



**Cátia Andreia dos  
Reis Clara**

**Avaliação do Ajustamento Psicossocial em Pacientes  
com Cancro do Pulmão e seus Cuidadores**



**Cátia Andreia dos  
Reis Clara**

**Avaliação do Ajustamento Psicossocial em Pacientes  
com Cancro do Pulmão e seus Cuidadores**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica, realizada sob a orientação científica da Doutora Sara Otilia Marques Monteiro, Professora Auxiliar convidada do Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro

## **o júri**

presidente

**Prof.<sup>a</sup> Doutora Anabela Maria Sousa Pereira**  
Professora Associada com Agregação da Universidade de Aveiro

**Prof.<sup>a</sup> Doutora Cláudia Margarida Correia Balula Chaves**  
Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu

**Prof.<sup>a</sup> Doutora Sara Otília Marques Monteiro**  
Professora Auxiliar Convidada da Universidade de Aveiro

## **agradecimentos**

No fechar deste ciclo, gostaria de agradecer a todos os que me acompanharam durante esta etapa:

À Professora Doutora Sara Monteiro, orientadora da presente dissertação, pela orientação, disponibilidade e apoio concedidos.

À Ana Cláudia Bártolo, pela ajuda e disponibilidade prestada.

Ao Serviço de Oncologia Médica do CHUC e respetiva Comissão de Ética, pelo apoio a esta dissertação, em especial à Doutora Alice Pego pela disponibilidade e interesse neste projeto.

A todas as pessoas que voluntariamente aceitaram participar nesta investigação, pois só com o seu contributo foi possível concretizar este trabalho.

Aos meus pais pelo apoio incondicional e por nunca deixarem de acreditar em mim.

Ao Miguel, à Joana, à Patrícia, à Ana Raquel, à Carolina, à Helena e à Ana Sofia por me terem acompanhado ao longo deste percurso e por terem feito esta jornada valer a pena.

E a todos os que aqui não mencionei, mas que de alguma forma foram elementos importantes no meu percurso, obrigada por todo o amor e carinho.

## palavras-chave

cancro do pulmão, pacientes, cuidadores, sintomatologia depressiva, sintomatologia ansiosa, qualidade de vida, sobrecarga

## resumo

O cancro do pulmão é uma das especificidades de doença oncológica mais frequente em todo o Mundo. O surgimento de uma patologia deste foro acarreta alterações não só na vida do paciente, designadamente problemas psicológicos, limitações funcionais e uma saúde mais empobrecida devido às consequências clínicas dos tratamentos, como também na sua família, onde os cuidadores frequentemente enfrentam o desafio de fornecer cuidados diários a longo prazo que neles induzem sobrecarga física, psicossocial e financeira. O presente estudo tem assim como principal objetivo comparar e relacionar os dois grupos (pacientes e cuidadores) tendo em conta a qualidade de vida (QV) e sintomas de distress psicológico (ansiedade e depressão). A amostra foi recrutada no CHUC sendo constituída no total por 30 pares de paciente/cuidador. Os instrumentos utilizados foram: Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS); *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire* (EORTC QLQ C-30) e o seu módulo específico para o cancro do pulmão (LC13); Questionário de Qualidade de Vida de Cuidadores de Doentes Oncológicos (CarGOQoL) e Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC). Dos resultados destaca-se: a) a influência da sintomatologia depressiva na QV dos pacientes; b) a influência da sintomatologia depressiva, ansiosa e da sobrecarga na QV dos cuidadores; c) correlação positiva entre a sintomatologia depressiva dos pacientes e cuidadores; e) diferenças entre grupos ao nível da sintomatologia ansiosa, com um resultado mais elevado no grupo dos pacientes. Por fim, os resultados são interpretados e discutidos à luz de literatura relevante.

**keywords**

lung cancer, patients, caregivers, depressive symptomatology, anxious symptomatology, quality of life, burden

**abstract**

Lung cancer is one of the most common specificities of cancer disease in the world. The emergence of a pathology from this forum leads to changes not only in the patient's life, such as psychological problems, functional limitations and poorer health due to the clinical consequences of the treatments, but also in his family, where caregivers often face the challenge of providing long-term daily care that induce physical, psychosocial and financial burden. The main objective of the present study was to compare and relate the two groups (patients and caregivers) taking into account quality of life (QoL) and symptoms of psychological distress (anxiety and depression). The sample was recruited in CHUC consisting of a total of 30 patient / caregiver pairs. The instruments used were: Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS); European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ C-30) and it's specific module for lung cancer (LC13); The CareGiver Oncology Quality of Life questionnaire (CarGOQoL) and Burden Interview Scale. The results highlight: a) the influence of depressive symptomatology on patients' QoL; b) the influence of depressive, anxious and burden symptoms on the QoL of caregivers; c) positive correlation between the depressive symptomatology of patients and caregivers; e) differences between groups at the level of anxious symptomatology, with a higher outcome in the patient group. Lastly, the results are interpreted and discussed in the light of relevant literature.

## Índice

|  |    |
|--|----|
| Introdução .....   | 1  |
| Método.....  | 8  |
| Participantes.....   | 8  |
| Instrumentos.....  | 11 |
| Procedimentos.....   | 14 |
| Resultados.....  | 16 |
| 1. Relação entre a sintomatologia depressiva e ansiosa e a QV dos pacientes .....  | 16 |
| 1.1. Efeito preditor da sintomatologia depressiva na QV dos pacientes .....  | 16 |
| 2. Relação entre sintomatologia depressiva, ansiosa e sobrecarga e a QV dos cuidadores .....   | 17 |
| 2.1. Efeito preditor da sintomatologia depressiva, ansiosa e da sobrecarga na QV dos cuidadores .....  | 17 |
| 3. Relação entre grupos relativamente à sintomatologia depressiva e ansiosa.....   | 18 |
| 3.1. Diferença entre grupos relativamente à sintomatologia depressiva e ansiosa ..   | 18 |
| 4. Papel da sobrecarga do cuidador no ajustamento psicossocial do paciente .....   | 19 |
| 5. Influência de variáveis sociodemográficas, clínicas/prestação de cuidados na sintomatologia depressiva, ansiosa e QV, entre pacientes e cuidadores..... | 19 |
| Discussão .....  | 19 |
| Referências Bibliográficas.....  | 25 |
| Anexos .....   | 31 |

## Índice de Tabelas

|  |    |
|--|----|
| Tabela 1 e 2. <i>Características sociodemográficas</i> .....   | 8  |
| Tabela 3 e 4. <i>Características clínicas</i> .....  | 9  |
| Tabela 5 e 6. <i>Características relacionadas com a prestação de cuidados</i> .....  | 10 |
| Tabela 7. <i>Relação entre a sintomatologia depressiva e a QV dos pacientes</i> .....  | 16 |
| Tabela 8. <i>Regressão linear da sintomatologia depressiva como preditora da QV dos pacientes</i> .....                          | 16 |
| Tabela 9. <i>Relação entre a sintomatologia depressiva, ansiosa e sobrecarga e a QV dos cuidadores</i> .....                     | 17 |
| Tabela 10. <i>Regressão linear da sintomatologia depressiva, ansiosa e sobrecarga como preditores da QV dos cuidadores</i> ..... | 18 |
| Tabela 11. <i>Relação entre os grupos relativamente à sintomatologia depressiva e ansiosa</i> .....                              | 18 |
| Tabela 12. <i>Diferenças entre grupos relativamente à sintomatologia depressiva e ansiosa</i> .....                              | 18 |
| Tabela 13. <i>Influência da sobrecarga do cuidador no ajustamento psicossocial do paciente</i> .....                             | 19 |



## Lista de Siglas e Acrónimos

|          |   |
|----------|---|
| UE       | União Europeia  |
| IARC     | <i>International Agency for Research on Cancer</i>                        |
| CP       | Cancro do Pulmão  |
| OMS      | Organização Mundial de Saúde  |
| QV       | Qualidade de vida   |
| HADS     | <i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>                              |
| QLQ-C30  | <i>Quality of Life Questionnaire 30 items</i>                             |
| QLQ-LC13 | <i>Quality of Life Questionnaire Lung Cancer specific module 13 items</i> |
| CarCOQoL | <i>The CareGiver Oncology Quality of Life questionnaire</i>               |
| ESC      | Escala Sobrecarga do Cuidador   |
| CHUC     | Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra                              |

## Introdução

Na União Europeia (UE), a previsão realizada pela *International Agency for Research on Cancer* (IARC) estima um aumento de 3.7% de novos casos de cancro só na próxima década, tendo unicamente por base o envelhecimento da população. Para Portugal as previsões apontam para um crescimento de 12.6% resultante da evolução da pirâmide populacional e dos estilos de vida. Neste cenário, a doença oncológica tornou-se uma das prioridades das políticas de saúde (Albuquerque & Cabral, 2015). De acordo com dados apresentados pela Liga Portuguesa Contra o Cancro, no dia 4 de abril de 2017, Portugal tem atualmente cerca de 500 mil sobreviventes de cancro e perto de 100 mil doentes em tratamento (Programa Nacional para as Doenças Oncológicas, 2017).

O cancro do pulmão (CP) é uma das especificidades da doença oncológica mais frequente em todo o Mundo. Com o incremento do tabagismo, o seu fator etiológico major, esta neoplasia é a causa de morte mais comum por cancro, responsável anualmente por 27.4% (2 093 876) dos novos casos de cancro e de 23.1% (1 761 007) das causas de morte por esta patologia a nível mundial (IARC, 2018). Na UE, de acordo com dados do ano de 2018, o CP foi responsável pela morte de 2 195 756 pessoas, representando 28.8% de todas as mortes relacionadas com a doença oncológica (IARC, 2018). Em Portugal, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) esta neoplasia surge em quarto lugar de incidência, com a estimativa de mais de 5.200 casos no ano de 2018, sendo a que apresenta a maior taxa de mortalidade no sexo masculino (Bray et al., 2018).

Esta neoplasia é também denominada por carcinoma do pulmão ou carcinoma pulmonar e é derivada de células epiteliais, sendo caracterizada por um crescimento não controlado das células do tecido do pulmão. O CP é categorizado em cancro do pulmão de pequenas células e cancro do pulmão de não pequenas células. Este último tipo constitui 80% de todos os diagnósticos de cancro do pulmão sendo classificado em adenocarcinoma, carcinoma de células escamosas e carcinoma de grandes células. Quando diagnosticado em estadio inicial o CP pode ser tratado cirurgicamente com uma boa taxa de sobrevivência, contudo, a maioria dos casos são identificados nos estadios tardios, quando a cirurgia já não é uma opção devido à presença de metástases à distância (Kanwal, Ding & Cao, 2017).

Fatores ambientais de risco têm-se encontrado subjacentes na grande maioria das doenças oncológicas, particularmente no CP, como é o caso do tabagismo, tabagismo passivo, poluição do ar, exposição a produtos químicos cancerígenos e consumo de álcool.

Além disso, a exposição a rádon, metais pesados utilizados na fundição e ao amianto aumenta acentuadamente o risco de desenvolver esta neoplasia (Kanwal et al., 2017).

Enfrentar um diagnóstico de doença oncológica e subsequentemente lidar com os respectivos tratamentos traduz-se numa experiência extremamente stressante, que afeta de forma generalizada a vida das pessoas, o seu autoconceito, os seus relacionamentos e os seus planos para o futuro (Caprara et al., 2016). Em comparação com indivíduos que não possuem doença oncológica, estes demonstram-se mais propensos a apresentar problemas psicológicos, limitações funcionais e uma saúde mais empobrecida devido às consequências clínicas dos tratamentos (Hewitt, Rowland & Yancik, 2003). Tal como o doente oncológico passa por inúmeras transformações na sua vida, tendo em conta a nova realidade, também a sua família sofre com estas alterações. Os cuidadores informais dos doentes oncológicos são geralmente cônjuges, filhos ou amigos próximos que têm um relacionamento pessoal significativo com o indivíduo e fornecem uma ampla gama de assistência à pessoa com uma condição incapacitante, como é o caso do indivíduo com CP (Borges et al., 2017). Durante o diagnóstico e as primeiras fases da doença, os cuidadores podem oferecer ajuda prática ao acompanhar o paciente durante as etapas de diagnóstico e apoio psicológico para lidar com a incerteza e o medo. Nas fases avançadas da doença, os cuidadores podem prestar assistência nos cuidados, assim como fornecer apoio emocional (Romito, Goldzweig, Cormio, Hagedoorn & Andersen, 2013). Na grande maioria dos casos, os cuidadores possuem receio de que algo ocorra durante a sua ausência e por isso tendem a ceder ao isolamento social, restringindo as suas atividades e rotinas diárias (Borges et al., 2017). Este cenário conduz frequentemente a sobrecarga dos cuidadores, levando-os a sentimentos de exaustão, sofrimento emocional e até mesmo ao negligenciar das suas próprias necessidades de saúde (Moreira de Souza & Turrini, 2011).

### **Qualidade de vida do paciente e cuidador**

Devido a todas estas implicações a curto ou longo prazo, a qualidade de vida (QV) emerge como um conceito cada vez mais importante na área da psico-oncologia. Segundo a OMS, qualidade de vida define-se como "a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (Massola, n.d.). Apresentando-se como um conceito multidimensional, subjetivo e dinâmico, a avaliação da QV na oncologia iniciou-se na década de 40 do séc. XX e atualmente as suas medidas são essenciais para avaliar os

resultados dos tratamentos, os resultados da doença, e ainda, como um fator de prognóstico na sobrevivência de indivíduos com CP (Xará, Amaral & Parente, 2011).

Esta tipologia de cancro encontra-se associada a uma maior carga de sintomas em comparação com outras neoplasias e estudos na área relacionam esta sobrecarga com uma QV mais pobre, significativamente menor do que a da população em geral, sendo que esta questão pode ser exacerbada pelos efeitos colaterais dos tratamentos (Kim et al., 2016). Estudos efetuados com pacientes submetidos a diferentes tipologias de tratamentos, nomeadamente quimioterapia e radioterapia, nos quais a QV foi avaliada com recurso ao *Quality of Life Questionnaire* (QLQ-C30) e ao seu módulo específico para esta neoplasia *Quality of Life Questionnaire Lung Cancer specific module* (QLQ-LC13) averiguaram que os sintomas de fadiga, perda de apetite, dor, problemas respiratórios, problemas de sono e tosse tendem a ser os mais recorrentes nesta população, sendo que quanto maior for a severidade dos mesmos, pior a QV (Brown, McMillan & Milroy, 2005; Polanski, Jankowska-Polanska, Rosinczuk, Chabowski, & Szymanska-Chabowska, 2016; Zucca, Boyes, Linden & Girgis, 2012). Outro aspeto que tem vindo a ser alvo de investigação diz respeito às diferenças de género nos resultados reportados na QV, sendo possível observar em estudos realizados utilizando o instrumento supramencionado, resultados significativamente mais baixos no género feminino nas escalas funcionais física e emocional e QV geral (Lee, Gibson, & Hilari, 2010; Michelson, Bolund, Nilsson & Brandberg, 2000; Schmidt et al., 2005).

Os cuidadores informais de pacientes com CP confrontam-se muitas vezes com a gestão destes sintomas e com a prestação de cuidados. Um estudo com 59 cuidadores, realizado por Scherbring (2002) relata uma maior sobrecarga do cuidador e pior QV associada com a falta de preparação para o papel de cuidar. A tarefa de assumir cuidados e responsabilidades possui um impacto negativo na QV geral dos cuidadores. Através do recurso ao instrumento *The CareGiver Oncology Quality of Life questionnaire* (CarCOQoL) foi realizado um estudo onde se comparou 47 cuidadores de pacientes com doença oncológica (glioma) com uma amostra de 188 cuidadores normativos da população no qual se verificou que os cuidadores oncológicos apresentam no geral uma qualidade de vida mais empobrecida com valores significativos sobretudo nos domínios de tempo de lazer ( $M = 38.33$ ) e de sobrecarga ( $M = 67.78$ ). A qualidade de vida do paciente depende em grande parte do bem-estar dos cuidadores, sem a sua assistência, os custos dos cuidados hospitalares

seriam significativamente maiores e as taxas de sobrevivência dos pacientes dramaticamente mais baixas, pelo que é de extrema importância prestar a devida atenção aos sentimentos e sintomas manifestados por ambos (Flores, Berbis, Chinot & Auquier, 2014).

### ***Distress (ansiedade e depressão) na QV e a influência da sobrecarga***

A literatura oncológica reconhece que muitas mudanças importantes ocorrem no paciente, quer no seu estado físico, quer no seu estado psicossocial com o evento de um diagnóstico de cancro e durante o processo de tratamento. Considerando a especificidade de experiências que tendem a acontecer em tais circunstâncias, o *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN), em 1999, propôs o uso do termo *distress* para descrever "uma experiência emocional multifatorial desagradável de natureza psicológica, social e/ou espiritual que pode interferir na capacidade de lidar efetivamente com a patologia, com os seus sintomas físicos e com o processo de tratamento" (Bergerot & Araujo, 2014). Neste contexto, o *distress* é uma experiência que varia ao longo de um *continuum* de sentimentos normais comuns de vulnerabilidade, tristeza e medo a problemas que podem tornar-se incapacitantes, como depressão, ansiedade e pânico, isolamento social e crise espiritual. Destes, os sintomas de ansiedade e depressão são os mais comuns nos pacientes com este tipo de patologia (Pandey et al., 2006). De acordo com Ashbury, Findlay, Reynolds e McKerracher (1998), pacientes que não possuam ajuda a tratar sintomas relacionados com o *distress* usam cinco vezes mais as unidades de saúde, duas vezes mais o serviço de urgência, e são mais frequentemente prescritos com tratamentos de quimioterapia de terceira e quarta linha.

Os sintomas de ansiedade sobrepõem-se com frequência aos sintomas da própria doença oncológica, nomeadamente sintomas de pânico. Estes sintomas não são previsíveis por género, idade ou estadios de CP, mas podem atingir o pico em certos estadios de diagnóstico. Os níveis de ansiedade são habitualmente mais elevados imediatamente após o início dos sintomas relacionados com o cancro, durante a investigação diagnóstica, progressão e início da fase terminal (Domingues & Albuquerque, 2008). Um estudo realizado com 75 pacientes de CP submetidos a diferentes tipologias de tratamento na Clínica Universitária Especializada em Cancro do Pulmão com recurso à *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) confirmou a presença de sintomatologia ansiosa em 22.7% (17/75) dos indivíduos (Kovacevic, Zaric, Stanic, Sakic & Perin, 2014). Outros estudos nesta área, nomeadamente visando o sofrimento relatado pelo paciente, verificaram que os

indivíduos portadores de CP são os que experienciam os maiores níveis de ansiedade (43.4%) em comparação com indivíduos portadores de outras neoplasias, e que esta sintomatologia aumenta significativamente durante o tratamento encontrando-se associada a uma diminuição na QV (Buchanan, Milroy, Baker, Thompson, & Levack, 2010; Li, Wang, Xin, & Cao, 2012; Zabora, Brintzenhofeszoc, Curbow, Hooker, & Piantadosi, 2001).

No que diz respeito à sintomatologia depressiva, a literatura na área sugere que a depressão atua diretamente reduzindo as reservas do sistema imunológico ou provocando mudanças hormonais que suprimem a sua função. Indiretamente, a depressão pode reduzir a expectativa de sobrevivência do paciente oncológico uma vez que afeta o seu estilo de vida ou a sua adesão às instruções dos médicos, resultando por vezes numa incorreta adesão ao tratamento (Reiche, Nunes, & Morimoto, 2004). Investigações nesta área, nomeadamente o estudo supracitado anteriormente com recurso à HADS, verificou a presença deste tipo de sintomatologia em 29.3% (22/75) destes indivíduos (Kovacevic et al., 2014). Por outro lado, um estudo realizado com 50 participantes portadores de CP decorrido no Hospital da Beira Interior constatou que a maior influência na QV foi provocada pela depressão, uma vez que está negativamente relacionada com todos os parâmetros das escalas funcionais do QLQ-C30, e também com um número importante de parâmetros da escala de sintomas (fadiga, náusea/vómito, dor, perda de apetite, obstipação e a dispneia) (Marçalo, 2013).

Relacionando os níveis de ansiedade e depressão entre pacientes e cuidadores foi possível inferir, através de um estudo realizado com cuidadores e pacientes diagnosticados com CP e cancro gastrointestinal incurável utilizando a HADS, que a sintomatologia depressiva não apresenta diferenças significativas entre grupos, no entanto, ao nível da sintomatologia ansiosa o grupo dos cuidadores apresentou resultados mais elevados em comparação com o grupo de pacientes (Nipp et al., 2016). Outros estudos realizados com base em diferenças de género sugerem que o género feminino apresenta uma maior predisposição para desenvolver e apresentar resultados mais elevados de sintomatologia depressiva e ansiosa quando comparado com o género masculino (Gater et al., 1998). Tal como referido anteriormente, cuidar de pacientes com CP pode ser uma longa jornada e os cuidadores frequentemente enfrentam o desafio de fornecer cuidados de longo prazo, originando sobrecarga física, psicossocial e financeira induzidas pelos cuidados diários aos pacientes (Tan, Molassiotis, Lloyd-Williams & Yorke, 2018).

A sobrecarga do cuidador é definida como "o *stress* emocional, social e financeiro que as doenças impõem aos cuidadores" (Chessick et al., 2007, p. 483). A sobrecarga de cuidar de pacientes com CP (bem como pacientes com outras neoplasias) é considerável e aumenta ao longo do tempo, enquanto os cuidadores se envolvem numa ampla gama de atividades de cuidados, incluindo cuidados pessoais diretos, tratamentos domiciliares e apoio em tarefas domésticas (Girgis & Lambert, 2009). A definição de sobrecarga engloba dois aspetos fundamentais: o objetivo e o subjetivo. A sobrecarga objetiva corresponde aos resultados negativos concretos e visíveis do papel do cuidador. Por outro lado, a sobrecarga subjetiva diz respeito às sensações que o cuidar desencadeia, ou seja, à avaliação pessoal dos cuidadores sobre a situação (Moreira de Souza & Turrini, 2011). Estudos nesta área demonstram que cuidadores que apresentam elevados níveis de sobrecarga apresentam maiores níveis de depressão e apresentam uma QV mais empobrecida, com níveis mais elevados de sofrimento (Rezende et al., 2005; Romito et al., 2013). Nesta linha de pensamento, um estudo realizado por Tan et al. (2018) com recurso à *Caregiver Burden Scale* e *Caregivers Quality of Life Index-Cancer* revelou que os cuidadores que apresentam sintomas de ansiedade e depressão sofrem uma maior sobrecarga e possuem uma QV mais empobrecida do que outros sem este tipo de sintomatologia.

A sobrecarga e alto desgaste emocional relatados pelos cuidadores é um problema significativo no que diz respeito ao ajustamento psicossocial do doente. Estudos longitudinais indicam que quando os cuidadores familiares se encontram sob elevados níveis de *distress* possuem um efeito negativo no ajuste a longo prazo do paciente, uma vez que com o passar do tempo um cuidador altamente ansioso pode aumentar a ansiedade experienciada pelo paciente (Northouse, Katapodi, Schafenacker, & Weiss, 2012). Neste sentido, um estudo realizado com 131 casais de mulheres diagnosticadas com cancro de mama averiguou que o ajustamento do marido ao diagnóstico de doença oncológica, sobretudo o fator *distress* emocional, desempenhou um efeito direto significativo no ajustamento da sua mulher e vice-versa. Estas descobertas salientam a necessidade de um modelo de cuidado a nível familiar de modo a que as intervenções sejam dirigidas não só ao paciente, como também ao cuidador pela sua influência mútua no ajuste à doença (Northouse, Templin, & Mood, 2001).

## **Justificação e Objetivos**

De um modo geral, as investigações na área oncológica demonstram a importância do estudo dos níveis de ansiedade e depressão na QV de pacientes portadores de CP e respetivos cuidadores, comparando e relacionando os dois grupos, dada a sua ligação intrínseca e vital no combate à doença oncológica. Pretendendo-se assim fundamentar a necessidade do desenvolvimento de intervenções que auxiliem a gestão das exigências da doença e da prestação de cuidados (Glajchen, 2012). Contudo, a informação encontrada na literatura com ênfase tanto na gravidade destes sintomas como na comparação dos dois grupos é escassa, envolvendo geralmente o estudo dos grupos em separado tendo em conta as suas especificidades. Deste modo, considera-se pertinente proceder a esta comparação, uma vez que paciente e cuidador se influenciam mutuamente e a maioria dos cuidados são realizados no seio familiar, particularmente no contexto atual em que a permanência no meio hospitalar é reduzida e as responsabilidades consequentes tendem a ser deslocadas para a família (Kurtz, Given, Given, & Kurtz, 1994). Esta realidade pode ser ainda mais exigente pelo CP ser usualmente caracterizado com mau prognóstico, no qual os indivíduos são frequentemente sujeitos a modalidades de tratamento intensivas (Stöppler, 2018).

Pretende-se desta forma (i) averiguar a relação entre a sintomatologia depressiva e ansiosa e a QV nos pacientes; ii) averiguar a relação entre sintomatologia depressiva, ansiosa e sobrecarga e a QV dos cuidadores; iii) analisar a relação entre pacientes e cuidadores relativamente à sintomatologia depressiva e ansiosa; iv) analisar o papel da sobrecarga do cuidador no ajustamento psicossocial do paciente; e (v) analisar e explorar a influência de variáveis sociodemográficas, clínicas e da prestação de cuidados na sintomatologia depressiva, ansiosa e QV entre os grupos, nomeadamente: diferenças de género nas perturbações psicológicas de depressão e ansiedade e QV, e a influência das horas diárias de prestação de cuidados na QV do paciente. Relativamente aos quatro primeiros objetivos, espera-se que (i) a sintomatologia depressiva e ansiosa desempenhem um papel preditor na QV do paciente, ou seja, que ambas as subescalas influenciem negativamente a QV; (ii) a sobrecarga e a sintomatologia depressiva e ansiosa influenciem negativamente a QV do cuidador; (iii) cuidadores apresentem maiores níveis de sintomatologia depressiva e ansiosa comparativamente aos pacientes, isto é, que pontuem significativamente mais em ambas as subescalas do HADS; (iv) a sobrecarga do cuidador influencie negativamente o ajuste psicossocial do doente, ou seja, quanto maior o nível de sobrecarga experienciado pelo



cuidador pior os resultados reportados pelo paciente ao nível da QV e maior a sintomatologia depressiva e ansiosa apresentada. Relativamente às variáveis sociodemográficas, clínicas e relacionadas com a prestação de cuidados, e de acordo com a literatura apresentada, prevê-se encontrar diferenças de género em ambos os grupos relativamente às perturbações psicológicas de ansiedade e depressão e QV, nomeadamente: (v) o género feminino pontue significativamente mais que o género masculino no que diz respeito à sintomatologia depressiva e ansiosa em ambos os grupos; (v) o género feminino se demonstre mais suscetível a apresentar uma pior QV global em ambos os grupos.

## Método

### Participantes

O presente estudo transversal abrangeu uma amostra de conveniência de 30 pares paciente/cuidador constituída no total por 34 indivíduos do género feminino (56.7%) e 26 do género masculino (43.3%), com idades compreendidas entre os 21 e 88 anos (M=60.8). O grupo de pacientes incluiu 15 indivíduos do género feminino (50%) e 15 do género masculino (50%) com média de idades de 68.6 anos. Este grupo foi constituído na sua maioria por indivíduos que nunca apresentaram hábitos tabágicos (60%), sendo o tipo de CP mais comum o Adenocarcinoma (70%). No que diz respeito ao tratamento, a grande maioria fez e/ou está a efetuar quimioterapia (60%), existindo alguns indivíduos que foram anteriormente sujeitos a outro tipo de terapêutica. O grupo dos cuidadores foi constituído por 19 indivíduos do género feminino (63.3%) e 11 do género masculino (36.7) com média de idades de 52.9 anos. Os cuidados são sobretudo desempenhados pelo marido/mulher do paciente (46.7%), existindo ajuda de outro familiar ou em alguns casos ajuda externa (60%). O tempo que os cuidadores dedicam à prestação de cuidados varia desde menos de 6 horas (46.7%) a 18 – 24 horas (33.3%) (Tabela 1, 2, 3, 4, 5 e 6).

Tabela 1.

#### *Características sociodemográficas*

|                     | Grupo Pacientes<br>n=30 |      | Grupo Cuidadores<br>n=30 |      |
|---------------------|-------------------------|------|--------------------------|------|
|                     | n                       | %    | n                        | %    |
| <b>Estado Civil</b> |                         |      |                          |      |
| Solteiro            | 8                       | 26.7 | 10                       | 33.3 |
| Casado              | 17                      | 56.7 | 18                       | 60.0 |
| Divorciado          | 2                       | 6.7  | 2                        | 6.7  |
| Viúvo               | 3                       | 10.0 | 0                        | 0    |

Tabela 2.  
*Características sociodemográficas*

|                               | Grupo Pacientes<br>n=30 |      | Grupo Cuidadores<br>n=30 |      |
|-------------------------------|-------------------------|------|--------------------------|------|
|                               | n                       | %    | n                        | %    |
| <b>Habilitações</b>           |                         |      |                          |      |
| Ensino primário               | 21                      | 70.0 | 4                        | 13.3 |
| Ensino básico                 | 4                       | 13.3 | 10                       | 33.4 |
| Ensino secundário             | 4                       | 13.3 | 13                       | 43.3 |
| Licenciatura                  | 1                       | 3.3  | 1                        | 3.3  |
| Mestrado                      | 0                       | 0    | 1                        | 3.3  |
| Doutoramento                  | 0                       | 0    | 1                        | 3.3  |
| <b>Situação Profissional</b>  |                         |      |                          |      |
| Desempregado                  | 1                       | 3.3  | 3                        | 10.0 |
| Empregado por conta de outrem | 4                       | 13.3 | 14                       | 46.7 |
| Empregado por conta própria   | 0                       | 0    | 5                        | 16.7 |
| Reformado                     | 25                      | 83.3 | 7                        | 23.3 |
| Estudante                     | 0                       | 0    | 1                        | 3.3  |

Nota. n: tamanho da amostra; %: percentagem

Tabela 3.  
*Características clínicas*

|   | Grupo Pacientes<br>n=30 |      |
|---|-------------------------|------|
|   | n                       | %    |
| <b>Hábitos tabágicos atualmente</b>     |                         |      |
| Sim                                     | 2                       | 6.7  |
| Não                                     | 28                      | 93.3 |
| <b>Hábitos tabágicos no passado</b>     |                         |      |
| Sim                                     | 12                      | 40.0 |
| Não                                     | 18                      | 60.0 |
| <b>Tempo de abstinência<sup>a</sup></b> |                         |      |
| Menos de 1 ano                          | 1                       | 10.0 |
| Entre 1 a 2 anos                        | 3                       | 30.0 |
| Entre 3 a 5 anos                        | 4                       | 40.0 |
| Mais de 10 anos                         | 2                       | 20.0 |
| <b>Tipo histológico da doença</b>       |                         |      |
| Adenocarcinoma                          | 21                      | 70.0 |
| Carcinoma de grandes células            | 1                       | 3.3  |
| Carcinoma de células escamosas          | 5                       | 16.7 |
| Carcinoma de pequenas células           | 3                       | 10.0 |

Nota. <sup>a</sup>: tamanho da amostra (n=10)

Tabela 4.  
*Características clínicas*

|  | Grupo Pacientes<br>n=30 |      |
|--|-------------------------|------|
|  | n                       | %    |
| <b>Tipo histológico da doença</b>      |                         |      |
| Adenocarcinoma                         | 21                      | 70.0 |
| Carcinoma de grandes células           | 1                       | 3.3  |
| Carcinoma de células escamosas         | 5                       | 16.7 |
| Carcinoma de pequenas células          | 3                       | 10.0 |
| <b>Tempo desde o diagnóstico</b>       |                         |      |
| Menos de 3 meses                       | 3                       | 10.0 |
| 3 – 6 meses                            | 8                       | 26.7 |
| 6 meses – 1 ano                        | 5                       | 16.7 |
| 1 – 2 anos                             | 5                       | 16.7 |
| 2 – 3 anos                             | 3                       | 10.0 |
| Mais de 3 anos                         | 6                       | 20.0 |
| <b>Tipo de tratamento</b>              |                         |      |
| Quimioterapia                          | 18                      | 60.0 |
| Quimioterapia e Radioterapia           | 3                       | 10.0 |
| Quimioterapia e Cirurgia               | 6                       | 20.0 |
| Quimioterapia, Radioterapia e Cirurgia | 2                       | 6.7  |
| Cirurgia                               | 1                       | 3.3  |

Nota. n: tamanho da amostra; %: percentagem

Tabela 5.  
*Características relacionadas com a prestação de cuidados*

|  | Grupo Cuidadores<br>n=30 |      |
|--|--------------------------|------|
|  | n                        | %    |
| <b>Relação parentesco com o paciente</b> |                          |      |
| Marido/Mulher                            | 14                       | 46.7 |
| Filho(a)                                 | 9                        | 30.0 |
| Genro/Nora                               | 2                        | 6.7  |
| Neta(o)                                  | 1                        | 3.3  |
| Sobrinha(o)                              | 3                        | 10.0 |
| Irmã(o)                                  | 1                        | 3.3  |
| <b>Ajuda no cuidar</b>                   |                          |      |
| Sim                                      | 18                       | 60.0 |
| Não                                      | 12                       | 40.0 |

Nota. n: tamanho da amostra; %: percentagem

Tabela 6.  
*Características relacionadas com a prestação de cuidados*

|                                   | Grupo Cuidadores |      |
|-----------------------------------|------------------|------|
|                                   | n=30             |      |
|                                   | n                | %    |
| <b>Coabita na mesma habitação</b> |                  |      |
| Sim                               | 18               | 60.0 |
| Não                               | 12               | 40.0 |
| <b>Durabilidade dos cuidados</b>  |                  |      |
| Menos de 6 meses                  | 9                | 30.0 |
| 6 meses – 1 ano                   | 5                | 16.7 |
| 1 – 2 anos                        | 7                | 23.3 |
| Mais de 3 anos                    | 9                | 30.0 |
| <b>Horas diárias dos cuidados</b> |                  |      |
| Menos de 6 horas                  | 14               | 46.7 |
| 6 – 12 horas                      | 2                | 6.7  |
| 12 – 18 horas                     | 4                | 13.3 |
| 18 – 24 horas                     | 10               | 33.3 |
| <b>Perceção estado de saúde</b>   |                  |      |
| Muito Fraca                       | 0                | 0    |
| Fraca                             | 3                | 10.0 |
| Razoável                          | 13               | 43.3 |
| Boa                               | 12               | 40.0 |
| Muito Boa                         | 2                | 6.7  |

Nota. n: tamanho da amostra; %: percentagem

### **Instrumentos**

Os instrumentos de avaliação utilizados foram respetivamente: um Questionário de Dados Sociodemográficos e Clínicos para os pacientes, um Questionário de Dados Sociodemográficos e sobre a Prestação de Cuidados para os cuidadores, a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (*Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS*, Zigmond & Snaith, 1983; versão portuguesa de Pais-Ribeiro et al., 2007), o Questionário de Qualidade de Vida (*The European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire - QLQ-C30*, Aarson et al., 1993; versão portuguesa de Pais-

Ribeiro, Pinto & Santos, 2008) e o módulo específico para a Qualidade de Vida no Cancro do Pulmão (*Quality of Life Questionnaire Lung Cancer specific module - QLQ-LC13*), o Questionário de Qualidade de Vida de Cuidadores de Doentes Oncológicos (*The CareGiver Oncology Quality of Life questionnaire – CarGOQoL*, Minaya et al., 2012; versão portuguesa de Pereira & Ferreira, 2016), e a Escala de Sobrecarga do Cuidador (*Zarit Burden Interview Scale*, Zarit, Reever & Bach-Peterson, 1980; versão portuguesa de Sequeira, 2007).

O Questionário de Dados Sociodemográficos e Clínicos/Prestação de Cuidados foi desenvolvido para este estudo e pretendeu obter algumas características sociodemográficas (e.g. sexo, idade, estado civil, profissão) de pacientes e cuidadores, características clínicas (e.g. tempo decorrido desde o diagnóstico, tipo histológico da doença, modalidade de tratamento) dos pacientes, e sobre a prestação de cuidados (e.g. relação com o paciente, há quanto tempo é cuidador, horas de cuidado diárias) por parte dos cuidadores.

A HADS foi desenvolvida por Zigmond & Snaith (1983) e validada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro et al. (2007) para avaliação dos índices de ansiedade e depressão. Esta escala é constituída por 14 itens (7 relativos à ansiedade e 7 relativos à depressão) de autopreenchimento e todos fazem referência ao estado emocional da pessoa, não refletindo sintomas somáticos. A sua cotação varia de 0 a 21 pontos sendo que os valores de 0-7 são considerados normais, entre 8-10 leve, entre 11-14 moderado e entre 15-21 severos para qualquer uma das dimensões avaliadas. Relativamente ao resultado global da escala, a obtenção de valores iguais ou superiores a 15 são considerados como sugestivos de níveis patológicos (Torres, 2012). No que diz respeito às suas qualidades psicométricas, tendo por base o estudo de validação para a população portuguesa realizado em 1322 indivíduos foram obtidos resultados satisfatórios para a subsescala de ansiedade com um alfa de *Cronbach* de .76 e para a subsescala de depressão de .81 (Pais-Ribeiro et al., 2007). No presente estudo obteve-se um alfa de *Cronbach* de .80 para a subsescala de ansiedade e .76 para a subsescala de depressão.

O QLC-C30 é composto por escalas de itens múltiplos e itens individuais que refletem a multidimensionalidade do construto da qualidade de vida. Os seus 30 itens incorporam cinco escalas funcionais (física, funcional, cognitiva, emocional e social), três escalas de sintomas (fadiga, dor e náuseas/vômitos), e uma escala global de saúde e qualidade de vida. Os itens individuais por sua vez avaliam sintomas adicionais geralmente

relatados por pacientes com cancro (dispneia, perda de apetite, distúrbios do sono, constipação e diarreia), bem como o impacto financeiro percebido da doença e do tratamento. Todas as escalas são pontuadas em escalas de tipo *Likert* de 4 pontos que variam de (1 – “não de todo” a 4- “muito”) exceto, os dois itens da subescala global de saúde e qualidade de vida que usa uma versão de uma escala analógica linear modificada de 7 pontos (Aarson et al., 1993). A cotação total das escalas e itens individuais variam numa escala de pontuação de 0 a 100, sendo que um resultado mais elevado nas escalas funcionais reflete uma melhor QV e nas escalas de sintomas/itens individuais representa uma maior presença da sintomatologia. Este instrumento foi traduzido e adaptado para a versão portuguesa por Pais-Ribeiro et al. (2008) tendo por base uma amostra de 933 indivíduos obtendo-se valores de alfa de *Cronbach* elevados para as 9 escalas do instrumento entre .57 e .88. No presente estudo os resultados obtidos foram semelhantes ao estudo de validação para a população portuguesa com valores entre .45 e .89 para as 9 escalas. A escala de sintomas de náuseas/vómitos foi eliminada por apresentar um valor de alfa de *Cronbach* (.45) inferior ao valor mínimo de confiabilidade considerado aceitável (.60) (Freitas & Rodrigues, 2005). Por sua vez, o módulo QLQ-LC13, como o nome sugere, abrange 13 sintomas típicos de pacientes portadores de cancro do pulmão, como tosse, dor, dispneia, neuropatia periférica e perda de cabelo. A sua pontuação faz-se de acordo com o princípio aplicado nas subescalas de sintomas e itens individuais de sintomas do QLQ-C30 (Koller et al., 2015).

O CarGOQoL é um instrumento composto por 29 itens tendo por base o ponto de vista exclusivo dos cuidadores e avalia o impacto do cancro e respetivo tratamento na QV (Flores et al., 2014). Este questionário foi desenvolvido por Minaya et al. (2012) e encontra-se a ser traduzido e adaptado para a população portuguesa por Pereira & Ferreira (2016) onde são avaliadas 10 dimensões: bem-estar psicológico (1 – 4); sobrecarga (5-8); relação com cuidados de saúde (9-11); administração e finanças (12-14); *coping* (15-17); bem-estar físico (18-21); autoestima (22 e 23); tempo de lazer (24 e 25); apoio social (26 e 27) e vida privada (28 e 29) e um resultado total. A pontuação de cada dimensão é calculada através da média obtida e a pontuação total do instrumento é obtida através do cálculo da média dos resultados das dimensões. As pontuações de todos os seus domínios e o índice do CarGOQoL variam de 0 a 100 pelo que, quanto maior a pontuação, melhor a QV. Para o cálculo do resultado total devem-se inverter os seguintes itens: 1,2,3,4,5,6,7,8,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21 e 28. A versão final do instrumento e as suas

propriedades psicométricas foram avaliadas numa amostra final de 837 cuidadores obtendo-se valores de alfa de *Cronbach* para as diferentes dimensões entre .55 e .88, e para a escala global de .90 (Minaya, et al., 2012). No presente estudo obtiveram-se valores de alfa de *Cronbach* semelhantes ao estudo original variando entre .52 e .90 para as respetivas dimensões e de .88 para a escala global. A dimensão do *coping* foi eliminada por não apresentar um valor de alfa de *Cronbach* (.52) considerado aceitável (Freitas & Rodrigues, 2005).

Por fim, a Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC), traduzida e adaptada para a população portuguesa por Sequeira (2007) possui 22 itens e cada um é pontuado usando uma escala tipo *Likert* de 0 a 4 pontos (0= nunca, 1= quase nunca, 2= às vezes, 3= muitas vezes e 4= quase sempre). Nesta versão obtém-se um resultado global que varia entre 0 e 88 pontos, sendo que segundo os pontos de corte uma pontuação inferior a 21 indica ausência de sobrecarga; entre 21 a 40 remete para sobrecarga ligeira; entre 41 e 60 a presença de uma sobrecarga moderada e, superior a 61 indica uma sobrecarga severa (Ferreira et al., 2010). O estudo de validação para a população portuguesa apresenta boa consistência interna nas 4 dimensões do instrumento com valores de alfa de *Cronbach* de .93 no impacto da prestação de cuidados (itens 1,2,3,6,9,10,11,12,13,17 e 22); .83 na relação interpessoal (itens 4,5,16,18 e 19); .67 nas expectativas face ao cuidar (itens 7,8,14 e 15), .80 na perceção da autoeficácia (itens 20 e 21), e na escala global de .93 (Sequeira, 2007). Contemplando os objetivos pré-definidos para o corrente estudo e a maioria dos trabalhos de investigação consultados, recorreu-se apenas à escala global, tendo-se obtido um valor de alfa de *Cronbach* de .81.

### **Procedimentos**

O presente estudo decorreu no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), mais precisamente no Hospital de Dia de Oncologia (Edifício São Jerónimo) tendo sido solicitada autorização para a sua realização junto do diretor executivo deste serviço e da Comissão de Ética do Centro Hospitalar (Anexo A, B e C). Estipulou-se como critério de inclusão geral a comparência de par paciente/cuidador na consulta de Pneumologia Oncológica e estabeleceram-se posteriormente critérios que variaram em função de cada grupo. Assim, para o grupo dos pacientes estipularam-se como critérios: i) diagnóstico de CP; (ii) sem diagnóstico psicopatológico; (iii) sem diagnóstico de múltiplos cancros; e (iv) capacidade de compreensão e resposta aos questionários. Para o grupo dos cuidadores os

critérios foram: (i) sem diagnóstico psicopatológico; e (ii) capacidade de compreensão e resposta aos questionários. Pacientes e cuidadores foram encaminhados pelos médicos desta unidade tendo sido explicado o objetivo do estudo, confirmado o cumprimento dos critérios de inclusão para a participação no mesmo, e pedido o consentimento informado para a participação voluntária e acesso às informações dos processos clínicos dos utentes. Posto isto, foi recolhida informação sociodemográfica e clínica/prestação de cuidados e solicitado o preenchimento dos instrumentos supramencionados (Anexo D e E). A recolha teve uma duração média de 15 minutos por participante, sendo que em alguns casos os questionários foram administrados sob a forma de entrevista, uma vez que os participantes possuíam dificuldades visuais ou de escrita, tendo sido realizada presencialmente numa sala do serviço supracitado; o protocolo foi aplicado simultaneamente ao par paciente/cuidador encontrando-se os indivíduos separados durante o seu preenchimento. Os participantes foram informados da possibilidade de desistir a qualquer momento e de esclarecer quaisquer dúvidas que surgissem no decorrer da recolha. Foi ainda garantido que os dados obtidos seriam absolutamente confidenciais e que tinham como único fim a realização do presente estudo.

### **Procedimentos estatísticos**

As análises estatísticas necessárias para o tratamento de dados foram efetuadas com recurso ao *IBM SPSS Statistics* versão 25.0. Os dados foram sujeitos a análises descritivas e inferenciais. Adicionalmente, realizaram-se análises de fiabilidade de forma a averiguar a consistência interna dos questionários utilizados. Recorreu-se ao teste de *Kolmogorov-Smirnov* para averiguar a distribuição da amostra. Apesar de não serem cumpridos os pressupostos da estatística paramétrica, a mesma foi utilizada uma vez que de acordo com o Teorema do Limite Central, a distribuição amostral da média tende a aproximar-se de uma distribuição normal em amostras superiores ou iguais a 30, o que acontece na amostra do presente estudo (Field, 2009). Análises correlacionais em ambos os grupos foram utilizadas com recurso ao coeficiente de correlação de *Pearson*, considerando-se que para valores superiores a .10, .30, .50, o tamanho do efeito é pequeno, médio e grande, respetivamente. Análises de regressão utilizando os modelos de regressão linear foram efetuadas tendo por base os resultados correlacionais significativos que foram obtidos de modo a sustentar a relação entre as respetivas variáveis. Testes *t-student* e teste de *Mann-Whitney* para amostras independentes foram ainda utilizados, o primeiro para análise de diferenças entre grupos e



entre géneros na sintomatologia depressiva, ansiosa e QV, o segundo para averiguar a influência da sobrecarga do cuidador no ajustamento psicossocial do paciente e a influência das horas de cuidados na QV do mesmo. Neste estudo optou-se por não se aplicar a correção *Bonferroni*. Apesar de diminuir o erro de tipo I, esta correção assume um carácter muito conservador, aumentando a probabilidade de rejeitar um efeito que de facto existe, conduzindo assim à perda de poder estatístico. O nível de significância estatística foi estipulado para valores de  $p < .05$  (Field, 2009).

## Resultados

### 1. Relação entre a sintomatologia depressiva e ansiosa e a QV dos pacientes

No que diz respeito à sintomatologia ansiosa não foram encontradas correlações significativas com QV dos pacientes. No entanto, a sintomatologia depressiva apresentou uma correlação negativa significativa de efeito grande com a escala emocional e médio com a escala global de saúde e QV, e ainda, uma correlação significativa positiva de efeito grande com distúrbios do sono, nomeadamente sintomas de insónia (Tabela 7).

Tabela 7.

*Relação entre a sintomatologia depressiva e a QV dos pacientes*

|                           | QV dos pacientes |      |                             |      |                    |      |
|---------------------------|------------------|------|-----------------------------|------|--------------------|------|
|                           | Escala Emocional |      | Escala Global de Saúde e QV |      | Distúrbios do Sono |      |
|                           | r                | p    | r                           | p    | r                  | p    |
| Sintomatologia depressiva | -.544**          | .002 | -.431*                      | .017 | .600**             | .000 |

Nota. r: coeficiente de correlação de *Pearson*; p: probabilidade; \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$

#### 1.1. Efeito preditor da sintomatologia depressiva na QV dos pacientes

De modo a analisar o efeito existente da sintomatologia depressiva na saúde e QV global dos pacientes obteve-se que a sintomatologia depressiva ( $B = -1,741$ ,  $p = .017$ ) atua como preditora da QV dos pacientes no modelo testado e explica 16% da variância existente (Tabela 8).

Tabela 8.

*Regressão linear da sintomatologia depressiva como preditora da QV dos pacientes*

|                           | R <sup>2</sup> | R <sup>2</sup> Ajustado | B      | t      | p     | F      |
|---------------------------|----------------|-------------------------|--------|--------|-------|--------|
| Sintomatologia depressiva | .186           | .157                    | -1.741 | -2.528 | .017* | 6.390* |

Nota. R<sup>2</sup>: coeficiente de determinação; B: coeficiente regressão; t: teste *t-student*; \* $p < .05$ ; F: *F-statistic*

## 2. Relação entre sintomatologia depressiva, ansiosa e sobrecarga e a QV dos cuidadores

Através da análise dos resultados foi possível verificar que, quer a sintomatologia ansiosa, quer a sintomatologia depressiva apresentam uma correlação negativa significativa de efeito grande com a escala de QV global e com algumas das respetivas dimensões (e.g. bem-estar psicológico e bem estar-físico). Ao nível da sobrecarga do cuidar foi possível analisar uma correlação negativa significativa de efeito grande com a escala de QV global e subconsequentemente com dimensões da escala (e.g. sobrecarga e vida privada). Na Tabela 9 encontram-se explícitas as relações obtidas para a escala global, pelo que os resultados obtidos nas respetivas dimensões podem ser consultados no Anexo F1. Ressalta-se ainda que a escala de sintomatologia depressiva apresentou uma correlação positiva significativa de efeito forte com a escala de ansiedade  $r=.590$ ,  $p<.01$  e de efeito médio com a escala de sobrecarga do cuidar  $r=.449$ ,  $p<.05$ . (Tabela 8).

Tabela 9.

*Relação entre a sintomatologia depressiva e ansiosa, sobrecarga e a QV dos cuidadores*

|                           | QV Global |      |
|---------------------------|-----------|------|
|                           | r         | p    |
| Sintomatologia ansiosa    | -.593**   | .001 |
| Sintomatologia depressiva | -.526**   | .003 |
| Sobrecarga do cuidar      | -.519**   | .003 |

Nota. r: coeficiente de correlação de *Pearson*; p: probabilidade; \*\* $p<.01$

### 2.1.Efeito preditor da sintomatologia depressiva, ansiosa e da sobrecarga na QV dos cuidadores

Ao analisar o efeito preditor da sintomatologia depressiva, ansiosa e da sobrecarga na QV dos cuidadores os resultados obtidos mostram que apenas a sintomatologia ansiosa ( $B = -1,408$ ,  $p=.037$ ) se demonstrou como preditora significativa da QV dos cuidadores no modelo de regressão testado ( $F= 7.815$ ,  $p=.001$ ) que explica 41% da variância (Tabela 10).

Tabela 10.

*Regressão linear da sintomatologia depressiva, ansiosa e sobrecarga como preditores da QV dos cuidadores*

|                           | R <sup>2</sup> | R <sup>2</sup> Ajustado | B      | t      | p     | F       |
|---------------------------|----------------|-------------------------|--------|--------|-------|---------|
| Sintomatologia ansiosa    |                |                         | -1.408 | -2.193 | .037* |         |
| Sintomatologia depressiva | .474           | .413                    | -.531  | -.851  | .403  | 7.815** |
| Sobrecarga do cuidar      |                |                         | -.399  | -1.923 | .065  |         |

Nota. R<sup>2</sup>: coeficiente de determinação; B: coeficiente regressão; t: teste t; \*p<.05; F: F-statistic; \*\*p<.01

### 3. Relação entre grupos relativamente à sintomatologia depressiva e ansiosa

Foi possível inferir relativamente à sintomatologia depressiva e ansiosa uma correlação positiva significativa de efeito médio entre os níveis de depressão dos cuidadores e dos pacientes, não existindo outras relações significativas entre os grupos (Tabela 11).

Tabela 11.

*Relação entre os grupos relativamente à sintomatologia depressiva e ansiosa*

|                  |                           | Grupo pacientes        |      |                           |      |
|------------------|---------------------------|------------------------|------|---------------------------|------|
|                  |                           | Sintomatologia ansiosa |      | Sintomatologia depressiva |      |
|                  |                           | r                      | p    | r                         | p    |
| Grupo cuidadores | Sintomatologia ansiosa    | .264                   | .158 | .312                      | .093 |
|                  | Sintomatologia depressiva | -.001                  | .997 | .458*                     | .011 |

Nota. r: coeficiente de correlação de *Pearson*; p: probabilidade; \*p<.05

#### 3.1. Diferença entre grupos relativamente à sintomatologia depressiva e ansiosa

Foram verificadas diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito à sintomatologia ansiosa entre grupos, com um resultado mais elevado no grupo dos pacientes (Tabela 12).

Tabela 12.

*Diferenças entre grupos relativamente à sintomatologia depressiva e ansiosa*

|                           | Grupo pacientes |      | Grupo Cuidadores |      | t      | p      |
|---------------------------|-----------------|------|------------------|------|--------|--------|
|                           | M               | DP   | M                | DP   |        |        |
| Sintomatologia ansiosa    | 7.23            | 3.29 | 4.60             | 3.68 | 2.922  | .005** |
| Sintomatologia depressiva | 6,43            | 4,12 | 8,03             | 3.96 | -1.534 | .130   |

Nota. M: média; DP: desvio-padrão; t: teste *t-student*; p: probabilidade; \*\*p<.01

#### 4. Papel da sobrecarga do cuidador no ajustamento psicossocial do paciente

Com vista a averiguar de que modo a sobrecarga se encontra relacionada com o ajustamento psicossocial do paciente recorreu-se ao teste de *Mann-Whitney* para amostras independentes. Após análise não foram encontrados dados significativos sugestivos da influência da sobrecarga do cuidador quer na sintomatologia depressiva e ansiosa, quer na QV global do paciente e respetivas escalas. Os resultados obtidos para a sintomatologia depressiva, ansiosa e QV global encontram-se descritos de seguida (Tabela 13), sendo que os resultados das dimensões da QV podem ser consultados no Anexo F2.

Tabela 13.

*Influência da sobrecarga do cuidador no ajustamento psicossocial do paciente*

| Grupo pacientes           | Sobrecarga cuidadores |       |       |        | U       | p    |
|---------------------------|-----------------------|-------|-------|--------|---------|------|
|                           |                       | M     | Mdn   | DP     |         |      |
| Sintomatologia depressiva | Alta                  | 6.18  | 5.00  | 3.81   | 101.500 | .705 |
|                           | Baixa                 | 6.77  | 6.00  | 4.62   |         |      |
| Sintomatologia ansiosa    | Alta                  | 7.47  | 7.00  | 3.11   | 107.000 | .883 |
|                           | Baixa                 | 6.92  | 7.00  | 3.62   |         |      |
| QV global                 | Alta                  | 45.10 | 41.67 | 16.153 | 110.000 | .983 |
|                           | Baixa                 | 45.51 | 41.67 | 17.88  |         |      |

Nota. M: média; Mdn: mediana; DP: desvio-padrão; U: teste de *Mann-Whitney*; p: probabilidade

#### 5. Influência de variáveis sociodemográficas, clínicas/prestação de cuidados na sintomatologia depressiva, ansiosa e QV, entre pacientes e cuidadores

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito ao género, quer no grupo dos pacientes quer no grupo dos cuidadores para a sintomatologia depressiva e ansiosa (Anexo F3). Na mesma linha de pensamento os dados observados também não sugerem diferenças ao nível da QV global para ambos os grupos (Anexo F4 e F5). Por fim, não foram encontrados dados sugestivos da influência das horas diárias de prestação de cuidados na QV global do paciente e respetivas escalas (Anexo F6).

### Discussão

Cada indivíduo diagnosticado com CP possui particularidades que o distinguem dos restantes, quer pelo tipo histológico ou estadió da neoplasia, quer por fatores individuais como o estado de saúde geral e resposta ao tratamento, sendo por isto o prognóstico da

doença único para cada situação. Apesar da esperança de vida ter melhorado nos últimos 40 anos, a taxa de sobrevivência a longo prazo, nomeadamente em 5 anos, permanece baixa (18.6%) (American Lung Association, 2016; Bigelow, n.d.).

Pelos custos de saúde serem elevados, as famílias são encorajadas a tornarem-se os principais prestadores de cuidados durante o processo de tratamento e estadios avançados da doença, gerindo preocupações inerentes ao ato de cuidar e sentimentos característicos. Esta responsabilidade leva os cuidadores a situações de *stress* que comprometem gravemente a sua saúde física e mental quando não existem estratégias de *coping* adequadas para gerir estes cenários (Lobchuk, Kristijanson, Degner, Blood, & Sloan, 1997). Conforme exposto anteriormente, as investigações na área, com realce no estudo dos grupos em simultâneo são escassas. Por conseguinte, o presente estudo pretendeu adicionar uma contribuição na área ao analisar o efeito da sintomatologia depressiva e ansiosa na QV nos grupos, ao comparar e avaliar diferenças entre pacientes e seus cuidadores ao nível da sintomatologia depressiva e ansiosa, ao estudar o papel da sobrecarga do cuidador no ajustamento psicossocial do paciente, assim como ao explorar a influência de variáveis sociodemográficas, clínicas e da prestação de cuidados na sintomatologia depressiva, ansiosa e QV entre os grupos.

Os resultados constituem evidência do efeito da sintomatologia depressiva na QV do paciente e do seu papel preditor sob a mesma, sendo que, quanto maior os níveis de sintomatologia depressiva experienciados pelo paciente, pior a sua QV global. Seria expectável encontrar resultados que sustentassem, por conseguinte a influência da ansiedade na QV como reportado nos estudos de Buchanan et al. (2010) e de Li et al. (2012), no entanto, no presente estudo essa influência não foi verificada contradizendo a hipótese de que a sintomatologia ansiosa apresenta um papel preditor na QV do paciente. Uma possível explicação remete para o facto de a sintomatologia ansiosa se relacionar significativamente ( $r = .438$ ) com a sintomatologia depressiva. É usual pessoas que possuem dificuldades em gerir sintomas de ansiedade sentirem-se deprimidas como consequência da forma como a ansiedade interfere nas suas vidas (Carbonell, n.d.). A existência de uma relação entre a sintomatologia depressiva e distúrbios do sono (insónia), sustentada pela literatura na área e exibida no presente estudo pode ainda ter desempenhado um papel essencial para esta sintomatologia apresentar uma influência significativa na QV ao invés da sintomatologia ansiosa, na medida em que os efeitos a longo prazo da privação do sono afetam a saúde física e mental dos indivíduos, originando problemas de saúde e o enfraquecimento do sistema

imunológico que contribui para uma QV mais débil (Weatherspoon, 2017). No grupo dos cuidadores os resultados evidenciam a presença do efeito da sintomatologia depressiva, ansiosa e da sobrecarga na QV dos mesmos, sendo a sintomatologia ansiosa a medida que atua como preditora significativa de acordo com o modelo testado. Os dados obtidos vão de encontro aos reportados no estudo de Tan et al. (2018) corroborando a hipótese de que a sintomatologia depressiva, ansiosa e sobrecarga influenciam negativamente a QV do cuidador. A revelação de apenas a sintomatologia ansiosa atuar significativamente como preditora da QV pode relacionar-se com o facto de que os cuidadores que experienciaram sintomatologia ansiosa apresentaram em simultâneo sintomatologia depressiva existindo uma relação significativa grande entre ambas ( $r = .59$ ), podendo o efeito da sintomatologia ansiosa ter sido exacerbado, e pelos cuidadores incluídos no estudo apresentarem na sua maioria níveis de sobrecarga ligeira, não evidenciando por conseguinte a sobrecarga do cuidar como um bom preditor da QV global (Croft, 2016).

Comparando e relacionando pacientes e cuidadores no que diz respeito à sintomatologia apresentada, os dados evidenciam uma relação positiva significativa entre a sintomatologia depressiva dos grupos, sendo possível inferir que quanto maior for a sintomatologia experienciada pelo paciente maior a sintomatologia apresentada pelo cuidador. Por outro lado, relativamente a diferenças entre grupos, o único resultado significativo encontrado foi referente à sintomatologia ansiosa com um resultado mais elevado no grupo dos pacientes. Esta condição diverge dos dados encontrados no estudo de Nipp et al. (2016) contradizendo assim a hipótese esperada de os cuidadores apresentarem maiores níveis de sintomatologia depressiva e ansiosa comparativamente aos pacientes. A maioria dos cuidadores incluídos no estudo apresentou ajuda nas atividades inerentes ao ato de cuidar (60%) e o número de horas dedicadas a estas tarefas foi sobretudo menos de 6 horas diárias (46.7%). O apoio social desempenha particular importância para os indivíduos em situação de *stress*, como é o caso do ato de cuidar, atuando como um fator protetor na saúde e QV de quem cuida (Nijboer, Tempelaar, Triemstra, Van den Bos, & Sanderman, 2001) o que poderá justificar os menores níveis de sintomatologia depressiva e ansiosa reportados pelos cuidadores.

No que concerne à relação entre a sobrecarga do cuidador e o ajustamento psicossocial do paciente, seria expectável encontrar dados que sustentassem a influência negativa da sobrecarga, quer na QV, quer na sintomatologia depressiva e ansiosa reportada

pelo paciente. No entanto, a mesma não foi verificada contrapondo as conclusões evidenciadas nos estudos de Northouse et al. (2012) e de Northouse et al. (2001). A idade do cuidador e a forma como este vive e encara o ato de cuidar encontram-se relacionados com a sobrecarga sentida na prestação de cuidados (Ferreira, 2013). O apoio social nesta vertente desempenha um papel fulcral no modo como a sobrecarga dos cuidados é percebida, sendo que, quanto menor apoio maiores os níveis de sobrecarga experienciados pelos cuidadores (Nijboer et al., 2001). No presente estudo 67% dos cuidadores possuem menos de 64 anos e na sua generalidade reportaram resultados ligeiros referentes à sobrecarga do cuidar ( $M= 38.6$ ), que experienciam e um bom apoio social ( $M= 69.2$ ). Tendo em conta que paciente e cuidador se influenciam mutuamente no combate à doença oncológica, tal como mencionado nos estudos supracitados, o facto de não terem sido obtidos níveis de sobrecarga elevada na maioria dos cuidadores pode ter condicionado a evidência de resultados significativos no ajustamento psicossocial do paciente.

Relativamente às variáveis sociodemográficas, clínicas e relacionadas com a prestação de cuidados era esperado o género feminino pontuar significativamente mais que o género masculino, quer para a sintomatologia depressiva, quer para a sintomatologia ansiosa em ambos os grupos, no entanto, os dados obtidos não sugerem diferenças estatisticamente significativas contestando a hipótese estipulada. Não foram ainda encontradas diferenças significativas na dimensão da QV em ambos os grupos. Apesar de se verificar em estudos na área uma prevalência superior de sintomatologia depressiva e ansiosa no género feminino (Gater et al., 1998), e conseqüentemente uma diminuição na auto-percepção da QV (Michelson et al., 2000), outros fatores têm de ser considerados, tais como o nível educacional e o estatuto socioeconómico, carecendo de maior esclarecimento o modo como estes elementos podem atuar como fatores de proteção ao desenvolvimento deste tipo de sintomatologia e à QV (Oliveira, 2010). No que diz respeito à influência das horas diárias dedicadas à prestação de cuidados na QV do paciente, apesar de ser possível verificar através dos dados um nível de QV ligeiramente mais elevado quando a duração dos cuidados é superior a 12 horas, esta diferença não se evidenciou significativa não sendo possível inferir uma relação entre as variáveis. Não foram ainda encontrados estudos na área que evidenciassem uma associação entre estas dimensões. Contudo, constata-se na revisão de literatura uma influência negativa das horas dedicadas ao cuidar na sobrecarga experienciada, sendo que, quanto maior a carga horária despendida a estas tarefas, maior os

níveis de sobrecarga reportados pelos indivíduos (Bevans & Sternberg, 2012). Seria assim expectável encontrar uma associação negativa entre as horas diárias de cuidados e a QV dos pacientes.

A leitura do trabalho apresentado deve ter em conta as suas limitações, exigindo algum cuidado na sua interpretação e generalização. Primeiramente, pelo número reduzido de participantes incluídos no estudo, sendo que uma amostra de maior dimensão poderia direcionar à deteção de outras diferenças e relações significativas entre os grupos e a uma melhor compreensão da influência das variáveis sociodemográficas, clínicas e relacionadas com a prestação de cuidados, assim como a resultados mais representativos da população de doentes com CP e seus cuidadores. Em segundo lugar, apesar de terem sido selecionados par paciente/cuidador, os protocolos aplicados diferiram no instrumento utilizado para avaliação da QV pelo facto de se ter optado por selecionar o questionário mais adequado tendo em conta as especificidades dos grupos. Assim, não foi exequível a análise de possíveis relações e diferenças entre os grupos nesta vertente. Por outro lado, a inconsistência na aplicação dos questionários, ou seja, o facto de alguns terem sido preenchidos pelos próprios participantes, enquanto outros sob a forma de entrevista, poderá ter enviesado as respostas devido à desejabilidade social. Apesar de aplicado individualmente, a presença do par na mesma sala no momento do preenchimento do protocolo poderá ainda ter condicionado as respostas. Um outro aspeto a ser tido em conta diz respeito à extensão dos protocolos aplicados, possibilitando que o cansaço ou a desmotivação dos participantes tenham exercido influência sobre os resultados. Ressalta-se ainda a natureza transversal do estudo, não sendo possível proceder a uma relação temporal entre determinadas variáveis (e.g. tempo desde o diagnóstico de doença oncológica e sintomatologia depressiva/ansiosa). Por fim, lembre-se que a amostra foi selecionada unicamente no CHUC, impondo, por isso, ponderação na generalização dos resultados obtidos para a população hospitalar no contexto nacional.

Apesar destas limitações, o presente estudo afirma-se como uma evolução importante em relação ao estado de arte atual, dado que são limitados os estudos que têm sido realizados no âmbito do CP e seus cuidadores. Este trabalho vem, assim, contribuir para o aumento dos conhecimentos na área da psico-oncologia, particularmente em áreas como a gestão de sintomas de *distress* e a melhoria do impacto do CP na vida diária dos pacientes e dos seus cuidadores. Ao estudar a sintomatologia depressiva e ansiosa destaca-se a importância do reconhecimento do *distress* pelos profissionais de saúde como um indicador fulcral da saúde



e QV desta população (Bultz & Carlson, 2005). O facto de se preconizar a doença oncológica como uma doença familiar, ou seja, que afeta toda a família e não apenas o indivíduo com a doença, concebe as necessidades dos cuidadores como uma componente crucial no cuidar dos pacientes, sendo que o presente estudo permitiu ainda realçar a importância de se proceder à elaboração de programas multidisciplinares que incluam pacientes, mas também os cuidadores, visando as necessidades dos mesmos tendo em consideração os níveis de sobrecarga e *distress* experienciados e o seu impacto na QV, com vista a minimizar o risco de *burnout* (Marques, 2012; Siminoff, Wilson-Genderson, & Baker, 2010). Além do mais, deve ser dada atenção aos cuidadores informais a fim de incentivá-los a obter um descanso adequado e não se sentirem obrigados a lidar com a condição do paciente em todos os momentos; é crucial recomendar que mantenham ou iniciem *hobbies*, descansem, mantenham relações sociais e preservem rotinas de forma a preservar-se do desgaste que pode inibir a sua capacidade de prestar cuidados e influenciar a saúde do paciente, como foi evidenciado pela relação encontrada alusiva à sintomatologia depressiva (Waechter, 2015). Apesar de não terem sido encontrados resultados significativos no estudo da influência das variáveis sociodemográficas, clínicas e relacionadas com a prestação de cuidados destaca-se o papel do género como um fator a ter em conta em futuras intervenções preventivas. Em todo o mundo, o género feminino exerce predominantemente os cuidados informais para membros da família com condições médicas ou físicas incapacitantes. Por conseguinte, este grupo encontra-se propenso a *stressores* de cuidado e tendem a perceber, relatar e lidar com estes de maneira diferente do género masculino experienciando níveis mais elevados de sobrecarga que devem ser considerados (Sharma, Chakrabarti, & Grover, 2016). Por fim, este estudo poderá ser uma ferramenta importante para sensibilizar técnicos de saúde, além dos psicólogos, que interagem com estes pacientes e cuidadores, para a importância de tudo o referido, de modo a que estes adquiram maior conhecimento acerca da vivência do CP.

Face aos resultados obtidos, e tendo por base o aumento da incidência do CP (IARC, 2018), o consequente desenvolvimento de perturbações a nível do foro psicológico (Pandey et al., 2006), e a relação de interdependência entre pacientes e cuidadores, as variáveis estudadas na investigação deverão continuar a ser objeto de estudo no futuro. Como sugestões para futuras investigações, e tendo em conta que o estudo científico nacional centrado na população com CP e seus cuidadores é escasso, propõe-se, primeiramente, que este trabalho seja replicado em amostras mais amplas e heterogéneas, com vista à

confirmação ou refutação dos resultados obtidos. Adicionalmente, considera-se uma mais valia explorar e comparar pacientes e cuidadores, com recurso ao mesmo instrumento face à QV. Além do mais, poderia ser interessante comparar os grupos em diferentes fases da doença (pós-diagnóstico, fase de tratamentos, terminal, sobreviventes) relativamente às variáveis estudadas, assim como explorar a influência de outras variáveis, como traços de personalidade (Turhal, Demirhan, Satıcı, Cinar, & Kinar, 2013). Sugere-se também a realização do presente estudo numa vertente longitudinal, acompanhando pacientes e cuidadores desde o momento do diagnóstico, de modo a mapear a QV, a sobrecarga e a sintomatologia depressiva e ansiosa ao longo da trajetória da doença (Lambert et al., 2012) e o modo como pacientes e cuidadores se influenciam mutuamente.

Por fim, o desenvolvimento de um estudo qualitativo poderia ser útil, para poderem ser tidos em consideração fatores subjetivos dos pacientes com CP e seus cuidadores, como os desafios de lidar com a doença e as experiências do ato de cuidar que não puderam ser quantificados na presente investigação e que poderiam clarificar os resultados obtidos (Molassiotis et al., 2011a).

### Referências Bibliográficas

- Aarson, N., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N., ... Takeda, F. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A Quality-of-Life Instrument for Use in International Clinical Trials in Oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85(5), 365-375. doi:10.1093/jnci/85.5. 365
- Albuquerque, E. & Cabral, S. A. (2015). *Psico-Oncologia: Temas Fundamentais*. Portugal: Lidel.
- American Lung Association. (2016). Lung Cancer Fact Sheet. Retrieved from <https://www.lung.org/lung-health-and-diseases/lung-disease-lookup/lung-cancer/resource-library/lung-cancer-fact-sheet.html>
- Ashbury, F. D., Findlay, H., Reynolds, B., & McKerracher, K. (1998). A Canadian survey of cancer patients' experiences: are their needs being met? *Journal of pain and symptom management*, 16(5), 298-306. doi:10.1016/S0885-3924(98)00102-X
- Bergerot, C. D., & Araujo, T. C. (2014). Assessment of distress and quality of life of cancer patients over the course of chemotherapy. *Investigación y educación en enfermería*, 32(2), 216-224. doi: 10.1590/S0120-53072014000200004
- Bevans, M., & Sternberg, E. M. (2012). Caregiving burden, stress, and health effects among family caregivers of adult cancer patients. *Jama*, 307(4), 398-403. doi: 10.1001/jama.2012.29
- Bigelow, R. (n.d.) Life Expectancy With Lung Cancer. Retrieved from <https://www.livestrong.com/article/190476-a-lung-cancer-diagnosis-life-expectancy-with-lung-cancer/>

- Borges, E. L., Franceschini, J., Costa, L. H. D., Fernandes, A. L. G., Jamnik, S. & Santoro, I. L. (2017). Sobrecarga do cuidador familiar: a sobrecarga de cuidar de pacientes com câncer de pulmão, de acordo com o estágio do câncer e a qualidade de vida do paciente. *Jornal Brasileiro Pneumologia*, 43(1), 18-23. doi:10.1590/s1806-37562016000000177
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *A cancer journal for clinicians*, 1-31. doi:10.3322/caac.21492
- Brown, D. J., McMillan, D. C., & Milroy, R. (2005). The correlation between fatigue, physical function, the systemic inflammatory response, and psychological distress in patients with advanced lung cancer. *Cancer*, 103(2), 377-382. doi: 10.1002/cncr.20777
- Buchanan, D., Milroy, R., Baker, L., Thompson, A. M., & Levack, P. A. (2010). Perceptions of anxiety in lung cancer patients and their support network. *Supportive Care in Cancer*, 18(1), 29. doi:10.1007/s00520-009-0626-2
- Bultz, B. D., & Carlson, L. E. (2005). Emotional distress: the sixth vital sign in cancer care. *Journal of Clinical Oncology*, 23(26), 6440-6441. doi:10.1200/JCO.2005.02.3259
- Caprara, G. V., Castellani, V., Alessandri, G., Mazzuca, F., Torre, M., Barbaranelli, C., ... Ziparo, V. (2016). Being positive despite illness: The contribution of positivity to the quality of life of cancer patients. *Psychology & Health*, 31(5), 524-534. doi:10.1080/08870446.2015.1117081
- Carbonell, D. (n.d.). Anxiety and Depression: Which one do I have?. Retrieved from <https://www.anxietycoach.com/anxiety-and-depression.html>
- Chessick, C. A., Perlick, D. A., Miklowitz, D. J., Kaczynski, R., Allen, M. H., Morris, C. D., ... Marangell, L. B. (2007). Current suicide ideation and prior suicide attempts of bipolar patients as influences on caregiver burden. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(4), 482-491. doi:10.1521/suli.2007.37.4.482
- Croft, H. (2016). Relationship Between Depression and Anxiety. Retrieved from <https://www.healthyplace.com/depression/anxiety-and-depression/relationship-between-depression-and-anxiety>
- Domingues, V., & Albuquerque, E. (2008). Cancro do pulmão: Aspectos psicológicos e psiquiátricos. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 14(2), 261-269. doi:10.1016/S0873-2159(15)30234-8
- Ferreira, F., Pinto, A., Laranjeira, A., Pinto, A. C., Lopes, A., Viana, A., ... & Miranda, J. (2010). Validação da escala de Zarit: sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliários, para população portuguesa. *Cadernos de Saúde*, 3(2), 3-19.
- Ferreira, I. N. (2013). *A sobrecarga do cuidador informal de pessoas com dependência*. (Master's thesis, Instituto Politécnico de Setúbal). Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/5097/1/trabalho%20final%20MESMP.pdf>
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS (Third Edition)*. London: SAGE Publications Ltd.
- Flores, P., Berbis, J., Chinot, O., & Auquier, P. (2014). Assessing the quality of life among caregivers of patients with gliomas. *Neuro-Oncology Practice*, 1(4), 191-197. doi:10.1093/nop/npu027

- Freitas, A. L. P., & Rodrigues, S. G. (2005). *A avaliação da confiabilidade de questionários: uma análise utilizando o coeficiente alfa de Cronbach*. Paper presented at XII SIMPEP, São Paulo, Brasil
- Gater, R., Tansella, M., Korten, A., Tiemens, B. G., Mavreas, V. G., & Olatawura, M. O. (1998). Sex differences in the prevalence and detection of depressive and anxiety disorders in general health care settings: report from the World Health Organization Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. *Archives of general psychiatry*, *55*(5), 405-413.  
doi:10.1001/archpsyc.55.5.405
- Girgis, A., & Lambert, S. (2009). Caregivers of cancer survivors: the state of the field. *Cancer Forum*, *33*(3).
- Glajchen, M. (2012). Physical well-being of oncology caregivers: an important quality-of-life domain. *Oncology nursing*, *28*(4), 226-235). doi:10.1016/j.soncn.2012.09.005.
- Hewitt, M., Rowland, J. H., & Yancik, R. (2003). Cancer survivors in the United States: Age, health, and disability. *The Journals of Gerontology, Biological Sciences & Medical Sciences*, *58*(1), 82-91.  
doi:10.1093/gerona/58.1.M82
- IARC. (2018). Cancer Today. Retrieved from <https://gco.iarc.fr/today/home>
- Kanwal, M., Ding, X. & Cao, Y. (2017). Familial risk for lung cancer. *Oncology Letters*, *13*, 535-542.  
doi:10.3892/ol.2016.5518
- Kim, J., Sun, V., Raz, D., Williams, A. C., Fujinami, R., Reckamp, K.,... Ferrell, B. (2016). The impact of lung cancer surgery on quality of life trajectories inpatients and family caregivers. *Lung Cancer*, *101*, 35-39. doi:10.1016/j.lungcan.2016.08.011
- Koller, M., Warncke, S., Hiermstad, M., Arraras, J., Pompili, C., Harle, A., ... Bottomley, A. (2015). Use of the lung cancer-specific Quality of Life Questionnaire EORTC QLQ-LC13 in clinical trials: A systematic review of the literature 20 years after its development. *Cancer*, *121*(24), 4300-4323.  
doi:10.1002/cncr.29682
- Kovacevic, T., Zaric, B., Stanic, J., Sakic, B., & Perin, B. (2014). Anxiety and depression in lung cancer patients - are there any relations to clinico-pathological characteristics? *European Respiratory Journal*, *44*(58).
- Kurtz, M. E., Given, C. W., Given, B. A., & Kurtz, J. C. (1994). The Interaction of Age, Symptoms and Survival Status on Physical and Mental Health of Patients with Cancer and their Families. *Cancer*, *74*(7), 2071-2078. doi:10.1002/1097-0142 (19941001)74:7+<2071::AID-CNCR2820741715>3.0.CO;2-R
- Lambert, S. D., Harrison, J. D., Smith, E., Bonevski, B., Carey, M., Lawsins, C., ... & Girgis, A. (2012). The unmet needs of partners and caregivers of adults diagnosed with cancer: a systematic review. *BMJ Supportive & Palliative Care*, *2*(3), 224-230. doi: 10.1136/224 bmjspcare-2012-000226
- Lee, M. T., Gibson, S., & Hilari, K. (2010). Gender differences in health-related quality of life following total laryngectomy. *International journal of language & communication disorders*, *45*(3), 287-294.  
doi: 10.3109/13682820902994218
- Li, S., Wang, Y., Xin, S., & Cao, J. (2012). Changes in Quality of Life and Anxiety of Lung Cancer Patients Underwent Chemotherapy. *Chinese Journal of Lung Cancer*, *15*(8), 465-470.  
doi:10.3779/j.issn.1009-3419.2012.08.03

- Lobchuk, M. M., Kristijanson, L., Degner, L., Blood, P., & Sloan, J. A. (1997). Perceptions of symptom distress in lung cancer patients: I. Congruence between patients and primary family caregivers. *Journal of pain and symptom management*, 14(3), 136-146. doi: 10.1016/S0885-3924(97)00022-5
- Machado, S. C. G. (2012). *Avaliação da sobrecarga do cuidador informal no desempenho de suas funções à pessoa idosa dependente, no Concelho de Santana* (Master's thesis, Universidade da Madeira). Retrieved from <https://digituma.uma.pt/bitstream/10400.13/587/1/MestradoSorayaMachado.pdf>
- Marçalo, S. C. (2013). *Avaliação da Qualidade de Vida de doentes com cancro do pulmão seguidos na Beira Interior* (Master's thesis, Universidade da Beira Interior). Retrieved from <https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/1362/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Sofia%20Mar%C3%A7alo.pdf>
- Marques, T. F. B. C. (2012). *Doentes oncológicos e seus cuidadores informais: Estudo exploratório da qualidade de vida, distresse e estratégias de coping* (Master's thesis, Universidade de Lisboa). Retrieved from [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/8065/1/ulfpie043052\\_tm.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/8065/1/ulfpie043052_tm.pdf)
- Massola, R. (n.d.). O que é a Qualidade de Vida? Podemos medi-la. Retrieved from <http://www.ricardomassola.com.br/o-que-e-qualidade-de-vida-podemos-medi-la>
- Michelson, H., Bolund, C., Nilsson, B., & Brandberg, Y. (2000). Health-related quality of life measured by the EORTC QLQ-C30: reference values from a large sample of the Swedish population. *Acta Oncologica*, 39(4), 477-484. doi:10.1080/028418600750013384
- Minaya, P., Baumstarck, K., Berbis, J., Goncalves, A., Barlesi, F., Michel, G., ... Auquier, P. (2012). The CareGiver Oncology Quality of Life questionnaire (CarGOQoL): Development and validation of an instrument to measure the quality of life of the caregivers of patients with cancer. *European Journal of Cancer*, 48, 904-911. doi:10.1016/j.ejca.2011.09.010
- Molassiotis, A., Wilson, B., Blair, S., Howe, T., & Cavet, J. (2011a). Living with multiple myeloma: experiences of patients and their informal caregivers. *Supportive Care in Cancer*, 19(1), 101-111. doi: 10.1007/s00520-009-0793-1
- Moreira de Souza, R., & Turrini, R. N. T. (2011). Paciente Oncológico Terminal: Sobrecarga do Cuidador. *Enfermeria Global*, 10(22) 1-13. Retrieved from [http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n22/pt\\_administracion2.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n22/pt_administracion2.pdf)
- NCCN (1999). What is Distress? In National Comprehensive Cancer Network (Eds.), *Distress* (pp. 8-12). Retrieved from <https://www.nccn.org/patients/guidelines/distress/files/assets/common/downloads/files/distress.pdf>
- Nijboer, C., Tempelaar, R., Triemstra, M., Van den Bos, G. A., & Sanderman, R. (2001). The role of social and psychologic resources in caregiving of cancer patients. *Cancer*, 91(5), 1029-1039. doi: 10.1002/1097-0142(20010301)91:5<1029::AID-CNCR1094>3.0.CO;2-1
- Nipp, R. D., El-Jawahri, A., Fishbein, J. N., Gallagher, E. R., Stagl, J. M., Park, E. R., ... & Temel, J. S. (2016). Factors associated with depression and anxiety symptoms in family caregivers of patients with incurable cancer. *Annals of Oncology*, 27(8), 1607-1612. doi: 10.1093/annonc/mdw205


- Northouse, L. L., Katapodi, M. C., Schafenacker, A. M., & Weiss, D. (2012). The impact of caregiving on the psychological well-being of family caregivers and cancer patients. *In Seminars in oncology nursing*, 28(4), 236-245. doi: 10.1016/j.soncn.2012.09.006
- Northouse, L., Templin, T., & Mood, D. (2001). Couples' adjustment to breast disease during the first year following diagnosis. *Journal of behavioral medicine*, 24(2), 115-136. doi: 10.1023/A:1010772913717
- Oliveira, M. R. D. M. (2011). *Depressão e o género: semelhanças e diferenças* (Master's thesis, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto). Retrieved from <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/53580/2/Depresso%20e%20Gnero%20%20Semelhanas%20e%20Diferenas.pdf>
- Pais-Ribeiro, J., Pinto, C. & Santos, C. (2008). Validation Study of the Portuguese Version of the QLC-C30-V.3. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 89-102. Retrieved from <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/1077/1/PSD%202008%209%281%29%2089-102.pdf>
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R. & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225-237. Retrieved from <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=02f8f730-15b1-49ef-b665-c44617ec7c3f%40sessionmgr103>
- Pandey, M., Sarita, G. P., Devi, N., Thomas, B. C., Hussain, B. M., & Krishnan, R. (2006). Distress, anxiety, and depression in cancer patients undergoing chemotherapy. *World Journal of Surgical Oncology*, 4(1). doi:10.1186/1477-7819-4-68
- Polanski, J., Jankowska-Polanska, B., Rosinczuk, B., Chabowski, M. , & Szymanska-Chabowska, A. (2016). Quality of life of patients with lung cancer. *OncoTargets and Therapy*, 16(9), 1023-1028. doi: 10.2147/OTT.S100685
- Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. (2017). *Programa Nacional para as Doenças Oncológicas*. Retrieved from <http://www.aenfermagemeasleis.pt/2017/09/21/relatorio-do-programa-nacional-para-as-doencas-oncologicas-2017-programas-de-rastreio-oncologico-aumentam/>
- Reiche, E. M. V., Nunes, S. O. V., & Morimoto, H. K. (2004). Stress, depression, the immune system, and cancer. *The lancet oncology*, 5(10), 617-625. doi:10.1016/S1470-2045(04)01597-9
- Rezende, V. L., Derchain, S. F. M., Botega, N. J., Sarian, L. O., Vial, D. L., & Morais, S. S. (2005). Depressão e ansiedade nos cuidadores de mulheres em fase terminal de câncer de mama e ginecológico. *Revista brasileira ginecologia obstetrícia*, 27(12), 737-743. doi:10.1590/S0100-72032005001200006
- Romito, F., Goldzweig, G., Cormio, C., Hagedoorn, M., & Andersen, B. L. (2013). Informal caregiving for cancer patients. *Cancer*, 119(11), 2160-2169. doi: 10.1002/cncr.28057
- Scherbring, M. (2002). Effect of caregiver perception of preparedness on burden in an oncology population. *Oncology nursing forum*, 29(6). doi:10.1188/02.ONF.E70-E76

- Schmidt, C. E., Bestmann, B., Küchler, T., Longo, W. E., Rohde, V., & Kremer, B. (2005). Gender differences in quality of life of patients with rectal cancer. A five-year prospective study. *World journal of surgery*, 29(12), 1630-1641. doi: 10.1007/s00268-005-0067-0
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes*. Coimbra, Portugal: Quarteto Editora.
- Sharma, N., Chakrabarti, S., & Grover, S. (2016). Gender differences in caregiving among family-caregivers of people with mental illnesses. *World journal of psychiatry*, 6(1), 7 – 17. doi: 10.5498/wjp.v6.i1.7
- Siminoff, L. A., Wilson-Genderson, M., & Baker Jr, S. (2010). Depressive symptoms in lung cancer patients and their family caregivers and the influence of family environment. *Psycho-oncology*, 19(12), 1285-1293. doi: 10.1002/pon.1696
- Stöppler, M. C. (2018). Lung Cancer. Retrieved from [https://www.medicinenet.com/lung\\_cancer/article.htm#how\\_common\\_is\\_lung\\_cancer](https://www.medicinenet.com/lung_cancer/article.htm#how_common_is_lung_cancer)
- Tan, J. Y., Molassiotis, A., Lloyd-Williams, M., & Yorke, J. (2018). Burden, emotional distress and quality of life among informal caregivers of lung cancer patients: An exploratory study. *European journal of cancer care*, 27(1). doi:10.1111/ecc.12691
- Torres, P. R. S. (2012). *Avaliação dos índices de ansiedade e depressão em doentes oncológicos a fazer tratamento de quimioterapia pós-cirurgia no Centro Hospitalar do Porto* (Master's thesis, Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar). Retrieved from [file:///C:/Users/ASUS/Downloads/AVALIACAO DOS INDICES DE ANSIEDADE E DEPRESSAO EM DOENTES ON%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/ASUS/Downloads/AVALIACAO%20DOS%20INDICES%20DE%20ANSIEDADE%20E%20DEPRESSAO%20EM%20DOENTES%20ON%20(2).pdf)
- Turhal, N. S., Demirhan, S., Satici, C., Cinar, C., & Kinar, A. (2013). Personality traits in cancer patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 14(8), 4515-4518. doi: 10.7314/APJCP.2013.14.8.4515
- Waechter, J. (2015). Caring for the Caregiver: Understanding the Importance of Caregiver Well-being. Retrieved from <https://crhcf.org/Blog/caring-for-the-caregiver-understanding-the-importance-of-caregiver-well-being/>
- Weatherspoon, D. (2017). The Effects of Sleep Deprivation on Your Body. Retrieved from <https://www.healthline.com/health/sleep-deprivation/effects-on-body#1>
- Xará, S., Amaral, T. F. & Parente, B. (2011). Desnutrição e Qualidade de Vida em Doentes com Cancro do Pulmão Não Pequenas Células. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 17(4), 153-158. doi:10.1016/j.rppneu.2011.01.006
- Zabora, J., Brintzenhofesoc, K., Curbow, B., Hooker, C., & Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology*, 10(1), 19-28. doi:10.1002/1099-1611(200101/02)10:1<19::AID-PON501>3.0.CO;2-6
- Zarit, S. H., Reever, K. E. & Back-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20, 649-655. doi:10.1093/geront/20.6.649
- Zigmond, A. S. & Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. doi:10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x
- Zucca, A. C., Boyes, A. W., Linden, W., & Girgis, A. (2012). All's well that ends well? Quality of life and physical symptom clusters in long-term cancer survivors across cancer types. *Journal of pain and symptom management*, 43(4), 720-731. doi:10.1016/j.jpainsymman.2011.04.023


## **Anexos**




**Anexo A - Autorização do Projeto de Investigação pela Unidade de Inovação e Desenvolvimento do CHUC**



**REPÚBLICA PORTUGUESA**  
SAÚDE



**SNS** SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



**CHUC**  
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

12.4

UNIDADE DE INOVAÇÃO E DESENVOLVIMENTO

A CA

R

11/10/2018

Exmo Senhor  
Prof. Doutor Fernando Regateiro  
Presidente do Conselho de Administração  
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

Prof. Doutor Fernando J. Regateiro  
Presidente do Conselho de Administração  
C.H.U.C. - EPE

| SUA REFERÊNCIA | SUA COMUNICAÇÃO DE | NOSSA REFERÊNCIA | DATA       |
|----------------|--------------------|------------------|------------|
|                |                    | CHUC-039-18      | 21-09-2018 |

**ASSUNTO:** Aprovação do Projeto de Investigação CHUC-039-18

A pedido de *Cátia Andreia dos Reis Clara*, recebeu esta Unidade um pedido de autorização de um Projeto de Investigação sobre **"AVALIAÇÃO DO AJUSTAMENTO PSICOSSOCIAL EM PACIENTES COM CANCRO DO PULMÃO E SEUS CUIDADORES"**, ao qual não se aplicam as normas previstas na Lei n.º 21/2014 de 16 de Abril e colheu parecer **favorável** da Comissão de Ética deste Hospital.

Informa-se V. Ex.ª. que este projecto não acarreta qualquer encargo financeiro adicional para o CHUC.

Solicita-se assim a autorização do Conselho de Administração para este Projecto.

Com os mais respeitosos cumprimentos,

Pl'A Coordenadora da Unidade de Inovação e Desenvolvimento

S. J. C.

---

(Prof. Doutor José Saraiva da Cunha)

C.H.U.C. - Conselho de Administração

Autorizado

18/10/2018

R

Prof. Doutor Fernando J. Regateiro

L. A.

Dr.ª L. A. Santos

M. M. M.

Dr.ª Mariana Mendes

P.

Dr.ª Patrícia

A. B.

Dr.ª Ana

C.H.U.C. - EPE

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Pag. N.º 6579 PCA

Origem \_\_\_\_\_

Data 28.9.2018

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra  
Praça Prof. Mota Pinto, 3000 - 075 Coimbra, PORTUGAL.  
TEL + 351 239 400 477 - FAX + 351 239 832 241 - EMAIL: [info@chuc.mn-saude.pt](mailto:info@chuc.mn-saude.pt) [www.chuc.mn-saude.pt](http://www.chuc.mn-saude.pt)

1/1

**Anexo B - Autorização do Projeto de Investigação pelo Comissão de Ética para a Saúde do CHUC**

|  |  |   |
|--|--|---|
|  <b>REPÚBLICA PORTUGUESA</b><br>SAÚDE |  <b>SNS</b> SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE |  <b>CHUC</b><br>CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA |
|--|--|---|

**Comissão de Ética para a Saúde**

Visto/À U.L.D. para difusão

  
Dr. Francisco Parente  
Diretor Clínico  
C.H.U.C. - EPE

Exmo. Senhor  
Dr. Francisco Parente  
Digmº Diretor Clínico do CHUC

|                       |                           |                              |             |
|-----------------------|---------------------------|------------------------------|-------------|
| <u>SUA REFERÊNCIA</u> | <u>SUA COMUNICAÇÃO DE</u> | <u>NOSSA REFERÊNCIA</u>      | <u>DATA</u> |
|                       |                           | N.º 0210/CES                 | 11-09-2018  |
|                       |                           | Proc. N.º <b>CHUC-039-18</b> |             |

**ASSUNTO:** Estudo Observacional "Avaliação do Ajustamento Psicossocial em Pacientes com Cancro do Pulmão e seus Cuidadores." – Cátia Andreia dos Reis Clara, aluna da Universidade de Aveiro e estagiária na Unidade de Psicologia Clínica do CHUC (estudo a ser realizado no Serviço de Oncologia Médica do CHUC).  
(Entrada do processo na CES a 03.04.2018)

Cumprе informar Vossa Ex.ª que a Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, reunida em 07 de Setembro de 2018, com a presença da maioria dos seus membros, após análise do projeto mencionado em epígrafe e ouvido o relator, emitiu parecer favorável à sua realização. Parecer aprovado por unanimidade

Mais se informa que a CES do CHUC deve ser semestralmente actualizada em relação ao desenvolvimento dos estudos favoravelmente analisados e informada da data da conclusão dos mesmos, que deverá ser acompanhada de relatório final.

A COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO CHUC, E.P.E.  
  
Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros  
Presidente da CES do CHUC

IP/CES  
A CES do CHUC: Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros; Prof.ª Doutora Maria Fátima Pinto Saraiva Martins; Dr. Mário Rui Almeida Branco; Ent.ª Adélia Thozza Mendes; Prof. Doutor Carlos Alberto Fontes Ribeiro; Dr. José António Fels; Dr. José Alves Gillo Gonçalves; Ent.ª Fernando Mateus; Dr. José António Pinheiro; Dra. Cidália Santos; Dr. Paulo Figueiredo.

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra  
Praça Prof. Mota Pinto, 3000 - 075 Coimbra, PORTUGAL  
TEL + 351 239 400 400 - FAX + 351 239 405 646 - EMAIL [secetica@chuc.min-saude.pt](mailto:secetica@chuc.min-saude.pt) - [www.chuc.min-saude.pt](http://www.chuc.min-saude.pt)

1/1

## Anexo C - Autorização do Projeto de Investigação pelo Serviço de Oncologia Médica



### Pedido de Autorização para realização de Investigação

Coimbra, 23 Janeiro de 2018

Exma Dr.ª Anabela Guimarães Barros

Eu, Cátia Andreia dos Reis Clara, aluna da Universidade de Aveiro e estagiária no serviço de Psicologia do CHUC, venho por este meio solicitar a sua autorização e colaboração no sentido de realizar a recolha de dados para fins de investigação relativo ao Projeto de Dissertação, integrado no Mestrado de Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica da Universidade de Aveiro sob a orientação da Doutora Sara Oflia Marques Monteiro. Os dados recolhidos são confidenciais e, em algum momento, os participantes serão identificados, acrescento ainda sob compromisso de honra que o funcionamento da instituição/serviço não será posto em causa.

No âmbito da investigação “Avaliação do Ajustamento Psicossocial em Pacientes com Cancro do Pulmão e seus Cuidadores” pretende-se avaliar respetivamente 30 pacientes portadores da patologia e 30 cuidadores através da aplicação dos questionários: Hospital Anxiety and Depression Scale (versão portuguesa), The European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (versão portuguesa), Escala de Sobrecarga do Cuidador e, The CareGiver Oncology Quality of Life questionnaire (versão portuguesa).

Os objetivos principais são: averiguar qual a relação das perturbações psicológicas de ansiedade e depressão com a qualidade de vida; analisar qual a relação das diferentes modalidades de tratamento oncológico com a QV; avaliar os níveis de sobrecarga objetiva e subjetiva apresentados pelo cuidador e, analisar a relação entre a sobrecarga do cuidador e a QV.

Saliento ainda que o estudo não envolve qualquer alteração no tratamento estabelecido e que o pedido de colaboração dos utentes será feito mediante consentimento informado.

Certa que o seu contributo me irá ajudar a desenvolver este estudo, agradeço antecipadamente a sua colaboração e disponibilidade.

**PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO RESPONSÁVEL DO SERVIÇO/UNIDADE**

Eu Arabela Guerreiro Bar  
\_\_\_\_\_, responsável do(a) Hospital de São João, autorizo/não autorizo a recolha de dados no âmbito do estudo de investigação "Avaliação do Ajustamento Psicossocial em Pacientes com Cancro do Pulmão e seus Cuidadores".

O(A) Responsável:

Arabela Bar  
\_\_\_\_\_  
06 de Febrero de 2018

A Investigadora:

Cátia Clara  
\_\_\_\_\_  
(Cátia Clara)

## Anexo D – Protocolo de Avaliação (Pacientes)



### Declaração de Consentimento Informado

No âmbito da Dissertação de Mestrado na Especialização de Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica da Universidade de Aveiro intitulada “Avaliação do Ajustamento Psicossocial em Pacientes com Cancro do Pulmão e seus Cuidadores” venho deste modo, pedir a sua colaboração na realização deste projeto através do preenchimento de questionários com duração de 15-20 minutos.

Saliento que a sua participação, embora de extrema importância para o desenvolvimento deste trabalho, é voluntária, não havendo qualquer tipo de penalização se houver recusa, tendo ainda total liberdade de desistir a qualquer momento. É também importante deixar claro que, neste estudo, o que importa são os dados obtidos no seu conjunto e não individualmente, pelo que a sua identidade será salvaguardada, ou seja, quaisquer dados identificativos serão confidenciais e anónimos.

Obrigado pela sua colaboração.

Eu, \_\_\_\_\_,

Aceito participar na Investigação

Não aceito participar na investigação

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(O Investigador)

## Questionário Sociodemográfico

Idade: \_\_\_\_\_ anos

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Género: 0-\_\_Feminino 1- \_\_ Masculino

Estado Civil: 0- \_\_Casado(a) ou união de facto 1- \_\_Solteiro(a)

2- \_\_Divorciado(a) ou separado(a) 3- \_\_Viúvo(a)

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Concelho de residência:\_\_\_\_\_

Possui atualmente hábitos de Tabagismo?

Sim  Não

E no passado?

Sim  Não

Se sim, por favor indique o tempo que se encontra em abstinência: \_\_\_\_\_

Tempo decorrido desde o diagnóstico de doença oncológica?

Menos de 3 meses  3-6 meses  6 meses – 1 ano  
 1 – 2 anos  2 – 3 anos  Mais de 3 anos

Tipologia histológica da doença oncológica:

Adenocarcinoma  Carcinoma de células escamosas  
 Carcinoma de grandes células  Carcinoma de pequenas células

Fez ou está a efetuar algum tipo de tratamento?

Sim  Não

Se sim, qual?

Quimioterapia  Radioterapia  Outro: \_\_\_\_\_

Hormonoterapia  Cirurgia

## ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR (HADS)

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no espaço anterior à resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana.

Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reacção imediata a cada questão será provavelmente mais correcta do que uma resposta muito ponderada.

Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta.

1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:

- Tanto como antes
- Não tanto agora
- Só um pouco
- Quase nada

3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:

- Sim e muito forte
- Sim, mas não muito forte
- Um pouco, mas não me aflige
- De modo algum

4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:

- Tanto como antes
- Não tanto como antes
- Muito menos agora
- Nunca

5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:

- A maior parte do tempo
- Muitas vezes
- Por vezes
- Quase nunca

6. Sinto-me animado/a:

- Nunca
- Poucas vezes
- De vez em quando
- Quase sempre

7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a:

- Quase sempre
  - Muitas vezes
  - Por vezes
  - Nunca
-

### ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR (HADS)

8. Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar:
- Quase sempre
  - Muitas vezes
  - Por vezes
  - Nunca
9. Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago:
- Nunca
  - Por vezes
  - Muitas vezes
  - Quase sempre
10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico:
- Completamente
  - Não dou a atenção que devia
  - Talvez cuide menos que antes
  - Tenho o mesmo interesse de sempre
11. Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a:
- Muito
  - Bastante
  - Não muito
  - Nada
12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:
- Tanto como antes
  - Não tanto como antes
  - Bastante menos agora
  - Quase nunca
13. De repente, tenho sensações de pânico:
- Muitas vezes
  - Bastantes vezes
  - Por vezes
  - Nunca
14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão:
- Muitas vezes
  - De vez em quando
  - Poucas vezes
  - Quase nunca

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.





### EORTC QLQ-C30 (version 3)

Gostaríamos de conhecer alguns pormenores sobre si e a sua saúde. Por favor, responda você mesmo/a a todas as perguntas fazendo um círculo à volta do número que melhor se aplica ao seu caso. Não há respostas certas nem erradas. A informação fornecida é estritamente confidencial.

|  | Não | Um pouco | Bastante | Muito |
|--|-----|----------|----------|-------|
| 1. Custa-lhe fazer esforços mais violentos, por exemplo, carregar um saco de compras pesado ou uma mala? | 1   | 2        | 3        | 4     |
| 2. Custa-lhe percorrer uma <u>grande</u> distância a pé?   | 1   | 2        | 3        | 4     |
| 3. Custa-lhe dar um <u>pequeno</u> passeio a pé, fora de casa?   | 1   | 2        | 3        | 4     |
| 4. Precisa de ficar na cama ou numa cadeira durante o dia?   | 1   | 2        | 3        | 4     |
| 5. Precisa que o/a ajudem a comer, a vestir-se, a lavar-se ou a ir à casa de banho?                      | 1   | 2        | 3        | 4     |

#### Durante a última semana :

|  | Não | Um pouco | Bastante | Muito |
|--|-----|----------|----------|-------|
| 6. Sentiu-se limitado/a no seu emprego ou no desempenho das suas actividades diárias?                | 1   | 2        | 3        | 4     |
| 7. Sentiu-se limitado/a na ocupação habitual dos seus tempos livres ou noutras actividades de lazer? | 1   | 2        | 3        | 4     |
| 8. Teve falta de ar?   | 1   | 2        | 3        | 4     |
| 9. Teve dores?   | 1   | 2        | 3        | 4     |
| 10. Precisou de descansar?   | 1   | 2        | 3        | 4     |
| 11. Teve dificuldade em dormir?  | 1   | 2        | 3        | 4     |
| 12. Sentiu-se fraco/a?   | 1   | 2        | 3        | 4     |
| 13. Teve falta de apetite?   | 1   | 2        | 3        | 4     |
| 14. Teve enjoos?   | 1   | 2        | 3        | 4     |
| 15. Vomitou?   | 1   | 2        | 3        | 4     |





## EORTC QLQ - LC13

Os doentes podem queixar-se dos seguintes sintomas. Indique, por favor, até que ponto sentiu esses sintomas ou problemas durante a semana passada. Responda fazendo um círculo à volta do número que melhor se aplica a si.

| <b>Durante a semana passada:</b>                    | <b>Não</b> | <b>Um<br/>pouco</b> | <b>Bastante</b> | <b>Muito</b> |
|---|------------|---------------------|-----------------|--------------|
| 31. Quanto tossiu?                                  | 1          | 2                   | 3               | 4            |
| 32. Tossiu sangue?                                  | 1          | 2                   | 3               | 4            |
| 33. Sentiu falta de ar quando estava em repouso?    | 1          | 2                   | 3               | 4            |
| 34. Sentiu falta de ar ao andar?                    | 1          | 2                   | 3               | 4            |
| 35. Sentiu falta de ar ao subir escadas?            | 1          | 2                   | 3               | 4            |
| 36. Teve alguma inflamação na boca ou na língua?    | 1          | 2                   | 3               | 4            |
| 37. Sentiu dificuldade ao engolir?                  | 1          | 2                   | 3               | 4            |
| 38. Teve a sensação de formigueiro nas mãos ou pés? | 1          | 2                   | 3               | 4            |
| 39. Teve queda de cabelo?                           | 1          | 2                   | 3               | 4            |
| 40. Sentiu dores no peito?                          | 1          | 2                   | 3               | 4            |
| 41. Sentiu dores no braço ou ombro?                 | 1          | 2                   | 3               | 4            |
| 42. Sentiu dores noutras partes do corpo?           | 1          | 2                   | 3               | 4            |
| Em caso afirmativo, onde .. _____                   |            |                     |                 |              |
| 43. Tomou medicamentos para passar as dores?        |            |                     |                 |              |
| <b>1</b>  | <b>Não</b> | <b>2</b>            | <b>Sim</b>      |              |
| Em caso afirmativo, até que ponto isso ajudou?      |            |                     |                 |              |
|   | 1          | 2                   | 3               | 4            |

## Anexo E – Protocolo de Avaliação (Cuidadores)



### Declaração de Consentimento Informado

No âmbito da Dissertação de Mestrado na Especialização de Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica da Universidade de Aveiro intitulada “Avaliação do Ajustamento Psicossocial em Pacientes com Cancro do Pulmão e seus Cuidadores” venho deste modo, pedir a sua colaboração na realização deste projeto através do preenchimento de questionários com duração de 15-20 minutos.

Saliento que a sua participação, embora de extrema importância para o desenvolvimento deste trabalho, é voluntária, não havendo qualquer tipo de penalização se houver recusa, tendo ainda total liberdade de desistir a qualquer momento. É também importante deixar claro que, neste estudo, o que importa são os dados obtidos no seu conjunto e não individualmente, pelo que a sua identidade será salvaguardada, ou seja, quaisquer dados identificativos serão confidenciais e anónimos.

Obrigado pela sua colaboração.

Eu, \_\_\_\_\_,

Aceito participar na Investigação

Não aceito participar na investigação

Data \_\_\_\_\_

---

(O Investigador)

## Questionário Sociodemográfico

Idade: \_\_\_\_\_ anos

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Género: 0- \_\_Feminino 1- \_\_ Masculino

Estado Civil: 0- \_\_Casado(a) ou união de facto 1- \_\_Solteiro(a)

2- \_\_Divorciado(a) ou separado(a) 3- \_\_Viúvo(a)

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Concelho de residência: \_\_\_\_\_

Qual a sua relação de parentesco com a pessoa a quem presta cuidados?

Companheiro(a)

Filho(a)

Outro: \_\_\_\_\_

Possui ajuda de mais alguém para cuidar do seu familiar?

Sim

Não

Coabita na mesma habitação que o seu familiar?

Sim

Não

Há quanto tempo se encontra a prestar cuidados?

< 6 meses

6 meses – 1 ano

1 – 2 anos

> 3 anos

Durante quanto tempo por dia presta cuidados?

< 6 horas

6 – 12 horas

12-18 horas

12- 24 horas

No geral diria que o seu estado de saúde é?

Muito bom

Bom

Razoável

Fraco

Muito Fraco

## ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR (HADS)

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no espaço anterior à resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana.

Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reacção imediata a cada questão será provavelmente mais correcta do que uma resposta muito ponderada.

Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta.

1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:

- Tanto como antes
- Não tanto agora
- Só um pouco
- Quase nada

3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:

- Sim e muito forte
- Sim, mas não muito forte
- Um pouco, mas não me aflige
- De modo algum

4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:

- Tanto como antes
- Não tanto como antes
- Muito menos agora
- Nunca

5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:

- A maior parte do tempo
- Muitas vezes
- Por vezes
- Quase nunca

6. Sinto-me animado/a:

- Nunca
- Poucas vezes
- De vez em quando
- Quase sempre

7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a:

- Quase sempre
  - Muitas vezes
  - Por vezes
  - Nunca
-

### ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR (HADS)

8. Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar:
- Quase sempre
  - Muitas vezes
  - Por vezes
  - Nunca
9. Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago:
- Nunca
  - Por vezes
  - Muitas vezes
  - Quase sempre
10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico:
- Completamente
  - Não dou a atenção que devia
  - Talvez cuide menos que antes
  - Tenho o mesmo interesse de sempre
11. Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a:
- Muito
  - Bastante
  - Não muito
  - Nada
12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:
- Tanto como antes
  - Não tanto como antes
  - Bastante menos agora
  - Quase nunca
13. De repente, tenho sensações de pânico:
- Muitas vezes
  - Bastantes vezes
  - Por vezes
  - Nunca
14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão:
- Muitas vezes
  - De vez em quando
  - Poucas vezes
  - Quase nunca

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.

**Questionário de Qualidade de Vida de Cuidadores de Doentes Oncológicos  
(CarGOQoL)**

(Minaya et al., 2012)

Versão de Investigação de Pereira & Ferreira, 2016

Grupo de Investigação em Saúde Familiar e Doença

Responda a cada questão, assinalando a opção que mais se aproxima do que pensou ou sentiu durante as últimas quatro semanas. Algumas das questões dizem respeito à sua vida privada. Estas questões são necessárias para avaliar todos os aspetos da sua qualidade de vida.

| Durante as últimas quatro semanas, no que diz respeito à pessoa de quem cuida, você...   | Nunca/<br>De modo nenhum | Raramente/<br>Um pouco | Às vezes/<br>Mais ou menos | Frequentemente/<br>Muito | Sempre/<br>Muitíssimo |
|--|--------------------------|------------------------|----------------------------|--------------------------|-----------------------|
| 1. Sentiu-se preocupado, ansioso(a)?   | 1                        | 2                      | 3                          | 4                        | 5                     |
| 2. Sentiu-se triste, deprimido(a)?   | 1                        | 2                      | 3                          | 4                        | 5                     |
| 3. Sentiu-se cansado(a) emocionalmente, esgotado(a)?   | 1                        | 2                      | 3                          | 4                        | 5                     |
| 4. Sentiu-se stressado(a)?   | 1                        | 2                      | 3                          | 4                        | 5                     |
| 5. Sentiu falta de liberdade?  | 1                        | 2                      | 3                          | 4                        | 5                     |
| 6. Sentiu-se incomodado(a) por estar fechado?  | 1                        | 2                      | 3                          | 4                        | 5                     |
| 7. Sentiu-se incomodado(a) porque a sua vida é totalmente dedicada à pessoa que necessita dos seus cuidados?                   | 1                        | 2                      | 3                          | 4                        | 5                     |
| 8. Sentiu-se envergonhado(a) por ser a única pessoa a prestar cuidados?  | 1                        | 2                      | 3                          | 4                        | 5                     |
| 9. Sentiu-se satisfeito(a) com a informação dada pelos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros,...)?                      | 1                        | 2                      | 3                          | 4                        | 5                     |
| 10. Sentiu-se tranquilizado(a) pelos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros,...)?  | 1                        | 2                      | 3                          | 4                        | 5                     |
| 11. Sentiu que o seu papel como cuidador(a) foi reconhecido pelos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros,...)?           | 1                        | 2                      | 3                          | 4                        | 5                     |
| 12. Teve dificuldades financeiras (alojamento, transporte,...)?  | 1                        | 2                      | 3                          | 4                        | 5                     |
| 13. Teve outras dificuldades (alojamento, transporte,...)?   | 1                        | 2                      | 3                          | 4                        | 5                     |
| 14. Teve dificuldades nos aspetos administrativos (papitada do seguro de saúde e outros documentos relacionados com a doença)? | 1                        | 2                      | 3                          | 4                        | 5                     |
| 15. Teve sentimentos de culpa?   | 1                        | 2                      | 3                          | 4                        | 5                     |



|  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 16. Sentiu-se incomodado por um sentimento de falta de controlo face à doença? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Teve sentimentos de injustiça, ira ou revolta?                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Teve dificuldades em dormir?   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Teve problemas com o seu apetite?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Sentiu-se cansado(a) fisicamente, esgotado(a)?                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Ficou com a impressão que a sua saúde é fraca?                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Sentiu que fez a diferença para a pessoa que está a cuidar/ajudar?         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Sentiu-se útil?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Conseguiu descansar, relaxar?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Conseguiu cuidar de si, prestar atenção à sua saúde?                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Foi ajudado(a), apoiado(a) e compreendido(a) pela sua família?             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. Foi ajudado(a), apoiado(a) e compreendido(a) pelos seus amigos?            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. Teve dificuldades na sua vida íntima e emocional?                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. Tem tido uma vida sentimental e sexual satisfatória?                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

### Escala de sobrecarga do cuidador (Sequeira, 2007)

A Escala de Zarit é uma escala que avalia a sobrecarga objectiva e subjectiva do cuidador informal. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modos se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

| N.º | Item  | Nunca | Quase nunca | Às vezes | Muitas vezes | Quase sempre |
|-----|---|-------|-------------|----------|--------------|--------------|
|     | Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela realmente necessita?                                     |       |             |          |              |              |
|     | Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?        |       |             |          |              |              |
|     | Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda outras tarefas por fazer?                             |       |             |          |              |              |
|     | Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?  |       |             |          |              |              |
|     | Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?  |       |             |          |              |              |
|     | Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a relação com os seus amigos/familiares?               |       |             |          |              |              |
|     | Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?   |       |             |          |              |              |
|     | Considera que o seu familiar está dependente de si?   |       |             |          |              |              |
|     | Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?  |       |             |          |              |              |
|     | Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?  |       |             |          |              |              |
|     | Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?                                       |       |             |          |              |              |
|     | Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?                   |       |             |          |              |              |
|     | Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitar devido ao seu familiar?                               |       |             |          |              |              |
|     | Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar? |       |             |          |              |              |
|     | Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?  |       |             |          |              |              |
|     | Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?  |       |             |          |              |              |
|     | Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?                         |       |             |          |              |              |
|     | Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?   |       |             |          |              |              |
|     | Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?  |       |             |          |              |              |
|     | Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?   |       |             |          |              |              |
|     | Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?  |       |             |          |              |              |
|     | Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do familiar?   |       |             |          |              |              |

## Anexo F – Tabelas

### Anexo F1

*Relação entre a sintomatologia depressiva, ansiosa e sobrecarga e as dimensões da QV dos cuidadores*

|                        | Sintomatologia ansiosa |      | Sintomatologia depressiva |      | Sobrecarga do cuidar |      |
|------------------------|------------------------|------|---------------------------|------|----------------------|------|
|                        | r                      | p    | r                         | p    | r                    | p    |
| <b>Dimensões da QV</b> |                        |      |                           |      |                      |      |
| Bem-estar físico       | -.634**                | .000 | -.643**                   | .000 | -.692**              | .000 |
| Bem-estar psicológico  | -.655**                | .000 | -.835**                   | .000 | -.568**              | .001 |
| Tempo lazer            | -.645**                | .000 | -.270                     | .149 | -.206                | .274 |
| Vida privada           | -.480**                | .007 | -.440*                    | .015 | -.500*               | .010 |
| Sobrecarga             | -.296                  | .112 | -.446*                    | .014 | -.638**              | .000 |

Nota. r: coeficiente de correlação de *Pearson*; p: probabilidade; \*\*p<.01; \*p<.05

## Anexo F2

*Influência da sobrecarga do cuidador no ajustamento psicossocial do paciente (dimensões QV)*

| Grupo pacientes  | Sobrecarga cuidadores |        |       |       | U       | p    |
|------------------|-----------------------|--------|-------|-------|---------|------|
|                  |                       | M      | Mdn   | DP    |         |      |
| Escala Física    | Alta                  | 41.18  | 33.33 | 22.64 | 97.500  | .584 |
|                  | Baixa                 | 49.23  | 46.67 | 27.56 |         |      |
| Escala Funcional | Alta                  | 40.20  | 33.33 | 30.65 | 99.500  | .641 |
|                  | Baixa                 | 46,.15 | 50.00 | 35.46 |         |      |
| Escala Emocional | Alta                  | 70.10  | 66.67 | 15.88 | 98.500  | .611 |
|                  | Baixa                 | 71.79  | 75.00 | 22.19 |         |      |
| Escala Cognitiva | Alta                  | 74.51  | 83.33 | 25.76 | 107.500 | .897 |
|                  | Baixa                 | 75.64  | 83.33 | 25.11 |         |      |
| Escala Social    | Alta                  | 64.71  | 66.67 | 33.27 | 109.000 | .949 |
|                  | Baixa                 | 64.10  | 83.33 | 36.54 |         |      |

Nota. M: média; Mdn: mediana; DP: desvio-padrão; U: teste de *Mann-Whitney*; p: probabilidade

### Anexo F3

#### *Diferenças de género relativamente à sintomatologia depressiva e ansiosa nos grupos*

|                              |           | Grupo<br>pacientes |      |        |      | Grupo<br>cuidadores |      |      |      |
|------------------------------|-----------|--------------------|------|--------|------|---------------------|------|------|------|
|                              |           | M                  | DP   | t      | p    | M                   | DP   | t    | p    |
| Sintomatologia<br>depressiva | Feminino  | 5.13               | 3.50 | -1.795 | .083 | 8.42                | 4.41 | .698 | .491 |
|                              | Masculino | 7.73               | 4.38 |        |      | 7.36                | 3.11 |      |      |
| Sintomatologia<br>ansiosa    | Feminino  | 6.80               | 3.49 | -.716  | .480 | 5.11                | 3.80 | .987 | .332 |
|                              | Masculino | 7.67               | 3.13 |        |      | 3.73                | 3.47 |      |      |

Nota. M: média; DP: desvio-padrão; t: teste *t-student*; p: probabilidade;

#### Anexo F4

##### *Diferenças de género relativamente à QV global no grupo de pacientes*

|              |           | Grupo pacientes |       |      |      |
|--------------|-----------|-----------------|-------|------|------|
|              |           | M               | DP    | t    | p    |
| QV<br>global | Feminino  | 47.78           | 18.76 | .819 | .420 |
|              | Masculino | 42.78           | 14.39 |      |      |

Nota. M: média; DP: desvio-padrão; t: teste *t student*; p: probabilidade

## Anexo F5

### *Diferenças de género relativamente à QV global no grupo de cuidadores*

|              |           | Grupo cuidadores |       |       |      |
|--------------|-----------|------------------|-------|-------|------|
|              |           | M                | DP    | t     | p    |
| QV<br>global | Feminino  | 67.20            | 14.90 | -.931 | .360 |
|              | Masculino | 71.91            | 9.97  |       |      |

Nota. M: média; DP: desvio-padrão; t: teste *t student*; p: probabilidade

## Anexo F6

### *Influência do número de horas diárias de cuidados na QV do paciente*

| Grupo pacientes  | Nº horas de cuidados |       |       |       | U       | p    |
|------------------|----------------------|-------|-------|-------|---------|------|
|                  |                      | M     | Mdn   | DP    |         |      |
| QV global        | Menos de 12h         | 42.71 | 41.67 | 15.18 | 88.500  | .321 |
|                  | Mais de 12h          | 48.21 | 50.00 | 18.25 |         |      |
| Escala Física    | Menos de 12h         | 41.67 | 36.67 | 23.15 | 96.000  | .504 |
|                  | Mais de 12h          | 48.10 | 46.67 | 26.95 |         |      |
| Escala Funcional | Menos de 12h         | 42.71 | 41.67 | 28.53 | 108.000 | .866 |
|                  | Mais de 12h          | 42.86 | 33.33 | 37.90 |         |      |
| Escala Emocional | Menos de 12h         | 67.71 | 66.67 | 20.83 | 93.500  | .435 |
|                  | Mais de 12h          | 74.40 | 75.00 | 15.49 |         |      |
| Escala Cognitiva | Menos de 12h         | 67.71 | 66.67 | 27.53 | 72.000  | .086 |
|                  | Mais de 12h          | 83.33 | 83.33 | 19.61 |         |      |
| Escala Social    | Menos de 12h         | 67.71 | 75.00 | 29.48 | 106.500 | .815 |
|                  | Mais de 12h          | 60.71 | 58.33 | 39.55 |         |      |

Nota. M: média; Mdn: mediana; DP: desvio-padrão; U: teste de *Mann-Whitney*; p: probabilidade