



Universidade de Aveiro Departamento de Educação
2014

**SILVANA CRISTINA
DA COSTA TAVARES**

**AJUSTAMENTO PSICOSSOCIAL E ADESÃO
TERAPÊUTICA EM DOENTES ONCOLÓGICOS**



**SILVANA CRISTINA
DA COSTA TAVARES**

**AJUSTAMENTO PSICOSSOCIAL E ADESÃO
TERAPÊUTICA EM DOENTES ONCOLÓGICOS**

**ESTUDO EM DOENTES COM CANCRO COLO-
RECTAL**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, realizada sob a orientação científica da Prof. Doutora Sara Monteiro, Professora Auxiliar Convidada do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro, e da Prof. Doutora Ana Torres, Professora Auxiliar Convidada do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro.

o júri

presidente

Prof^ª. Doutora Anabela Maria Sousa Pereira
professora associado com agregação da Universidade de Aveiro

Doutora Ana Filipa Fernandes Pimenta
investigadora auxiliar do instituto superior de psicologia aplicada

Prof^ª. Doutora Sara Otília Marques Monteiro
professora auxiliar convidada da Universidade de Aveiro

agradecimentos

Queria deixar o meu especial agradecimento a todas as pessoas que diretas ou indiretamente contribuíram na realização deste trabalho.

À Profª. Doutora Sara Monteiro e à Profª. Doutora Ana Torres por toda a dedicação e colaboração na realização da dissertação. Muito obrigada pelo apoio, orientação, críticas construtivas e estímulo intelectual.

Ao Dr. Renato Martins e à Liga Portuguesa Contra o Cancro que me permitiram a recolha da amostra.

Aos indivíduos que aceitaram participar voluntariamente neste estudo pela preciosa e imprescindível contribuição, sem a qual esta investigação não teria sido exequível. Agradeço-lhes a disponibilidade, as partilhas e ensinamentos.

À minha família que me deu todo o apoio incondicional e me motivaram nos momentos mais sensíveis, agradeço as palavras e as expressões de alento. Obrigado pelo esforço, por sempre acreditarem em mim, sempre respeitarem as minhas escolhas e objetivos e por fazerem esta caminhada comigo.

Ao meu namorado, Ricardo, uma das pessoas mais importantes na minha vida e ao longo de todo este processo, que esteve sempre presente nos momentos bons e menos bons, agradeço a compreensão, o apoio, a paciência, a capacidade de me motivar, o carinho e o amor.

Aos meus amigos que sempre recordarei pela amizade, apoio e aprendizagens que fizemos juntos ao longo deste percurso.

E a todos os docentes do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro intervenientes na minha formação enquanto psicóloga e pessoa.

palavras-chave

Cancro colo-rectal; Depressão; Ansiedade; Qualidade de Vida; Adesão Terapêutica.

resumo

O cancro do cólon e reto (CCR) representa uma das neoplasias malignas mais relevantes, não só pela morbilidade mas também pelas altas taxas de mortalidade. Paralelamente, esta neoplasia representa uma elevada sobrecarga psicossocial, para o indivíduo, que se reflete na existência de sintomatologia depressiva e ansiosa e de uma qualidade de vida deficitária e que se estima influenciar o processo de adesão terapêutica. Assim, o presente estudo tem como objetivo estudar a associação das variáveis sócio-demográficas, clínicas e de ajustamento psicossocial, com a adesão terapêutica em doentes com cancro colo-rectal. Trinta e cinco pacientes com cancro colo-rectal, acompanhados na Liga Portuguesa Contra o Cancro, foram selecionados de acordo com o método de amostragem de conveniência. Os instrumentos de avaliação psicossocial utilizados consistiram nos seguintes: questionário de variáveis sociodemográficas e clínicas; na Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (EADH); no questionário de Qualidade de Vida da Organização Europeia de Investigação e Tratamento de Cancro (QLQ-C30) e na Escala de Adesão Geral (EAG).

Os resultados obtidos revelam a existência de relações significativas entre sintomatologia psicopatológica, qualidade de vida e adesão ao tratamento em pacientes com CCR, mais especificamente, encontrou-se que: a sintomatologia psicopatológica correlacionou-se negativamente com adesão ao tratamento e com a qualidade de vida, e a adesão ao tratamento associou-se positivamente com a qualidade de vida.

Concluimos que o presente estudo contribui com a clarificação do sofrimento psicossocial do paciente com CCR e da interação das variáveis demográficas, clínicas e de ajustamento psicossocial com a adesão terapêutica destes doentes. Implicações clínicas e de investigação são apontadas neste contexto.

keywords

Colorectal Cancer; Depression; Anxiety; Quality of Life; Therapeutic Adherence.

abstract

Cancer of the colon and rectum (CCR) is one of the most relevant malignancies, not only by the morbidity but also by high mortality rates. In parallel, this tumor represents a high psychosocial encumbrance for the individual, which is reflected in the existence of depressive and anxious symptomatology and deficient quality of life and are expected to influence the process of therapy adherence. So, the present study aims to study the association of socio-demographic, clinical and psychosocial adjustment variables, with therapeutic adherence in patients with colorectal cancer. Thirty-five patients with colorectal cancer, accompanied by the “Liga Portuguesa Contra o Cancro”, were selected according to the sampling method of convenience. The psychosocial assessment instruments used were the following: sociodemographic and clinical variables questionnaire; on the Scale of Hospital Anxiety and Depression (EADH); the Quality of Life Questionnaire of the European Organization for Cancer Research and Treatment (QLQ-C30) and the Scale for General Adherence (EAG).

The results reveal the existence of significant relationships between psychopathological symptoms, quality of life and adherence to treatment in patients with CCR. The psychosocial symptoms correlated negatively with treatment adherence and quality of life, and adherence to treatment was positively associated with quality of life.

We conclude that the present study contributes to the clarification of the psychosocial distress of patients with CRC and the interaction of demographic, clinical and psychosocial adjustment variables with the therapeutic adherence of these patients. Clinical and research implications are pointed out in this context

Índice

Introdução	1
Método	7
Caraterização da amostra	7
Instrumentos	10
Procedimentos de investigação	11
Procedimentos estatísticos	12
Resultados	12
Discussão	18
Referências	23
Anexos	

Introdução

O cancro é tão antigo quanto a humanidade (Dias & Durá, 2002), sendo que o uso da palavra remonta aos tempos pré-históricos (Pereira & Lopes, 2005). Contudo, devido à sua generalidade e potencial crescimento substancial e continuado, apenas nas últimas décadas este fenómeno tem adquirido uma maior visibilidade e conseqüentemente tem alcançado, cada vez mais, relevo no panorama de saúde pública um pouco por todo o mundo (Barros & Lunet, 2006; Sá, 2008). De entre as várias doenças oncológicas, o cancro do cólon e recto assume-se como um processo neoplásico maligno que se desenvolve no epitélio do intestino grosso (Castro, Scorza & Chem, 2011) e que representa uma das neoplasias malignas mais relevantes, não só pela morbidade mas também pelas altas taxas de mortalidade. De acordo com as últimas estimativas da GLOBOCAN (2012) é responsável por aproximadamente 8,5% do total mundial de casos de cancro, o equivalente a cerca de 1,5 milhões de novos casos por ano, correspondendo assim à quarta causa de morte por cancro. Em Portugal, apresenta-se como a primeira causa de morte por cancro, onde ambos os sexos são afetados em proporção aproximadamente semelhante (Ferlay et al., 2013).

No entanto, apesar da perspetiva negativista projetada pela evidência estatística para as décadas futuras, tem-se comprovado uma melhoria significativa do decurso da doença oncológica (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007), em resultado dos progressos das ciências médicas, que tem permitido melhorias na deteção precoce, diagnóstico e tratamento do cancro (Pereira & Botelho, 2012). Assim, tem-se assistido a um aumento crescente do número de pessoas que sobrevivem ao cancro e que vivem para além da doença (Cardoso, Luengo, Trancas, Vieira & Reis, 2009). Neste contexto, o cancro é considerado uma doença crónica (Pereira & Botelho, 2012), que como tal, persiste, pode reincidir e requer cuidados médicos por extensos períodos de tempo (Pimentel, 2006), com efeitos colaterais a longo prazo decorrentes da doença e dos tratamentos e, concomitantemente, problemas psicossociais. Desta forma, impõe-se a necessidade de substituir a avaliação frequentemente sustentada apenas em indicadores biomédicos, por uma nova abordagem, mais ampla, que vá de encontro às carências destes doentes (Figueiredo, 2007). Este é um elemento da saúde do doente oncológico de tal forma relevante que vários autores defendem consensualmente que a avaliação do sofrimento emocional deve ser realizada como o sexto sinal vital, juntamente com a frequência cardíaca, pressão arterial, respiração, temperatura e dor (Bultz & Holland, 2006).

Por sua vez, o cancro continua a revelar-se uma das doenças mais temidas da humanidade (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007), por ser uma doença estigmatizante que causa mudanças significativas na vida dos indivíduos e por continuar a ser conotada como sinónimo de sofrimento, angústia, dor e morte (Castro et al., 2011; Medeiros, Oshima & Forones, 2010; Tavoli et al., 2007). Indutora de níveis de *stress* significativos, a doença oncológica, tem o potencial de desagregar o funcionamento

biopsicossocial dos doentes, assumindo-se como um importante fator de risco para a saúde mental (Tavoli et al., 2007). Como tal, são vários os autores que têm vindo a sugerir uma associação entre doença oncológica e sintomas psicológicos (Derogatis et al., 1983; Linden, Vodermaier, Mackenzie & Greig, 2012; Figueiredo, 2007; Massie, 2004; Mystakidou et al., 2005; Zabora et al., 2001), destacando-se os sintomas de depressão e de ansiedade, como sendo os quadros clínicos mais frequentes do foro psicológico na trajetória de um indivíduo com cancro (Bottino, Fráguas & Gattaz, 2009; Brown, Kroenke, Theobald, Wu & Tu, 2010; Castro et al., 2011; Martinho, Reis, Novo & Hübner, 2009; Medeiros et al., 2010; Mystakidou et al., 2005; Tsunoda et al., 2005). A depressão clínica assume-se como uma doença bem elucidada do ponto de vista médico, cujos sintomas podem ser intensos, prolongados no tempo e interferir nas atividades diárias dos indivíduos (Kandhelwal, Chowdhury, Regmi, Mendis & Kittirattanapaiboon, 2001). Os sintomas passam por alterações no apetite ou peso, sono e atividade psicomotora, diminuição da energia, perda de interesse ou de prazer, sentimentos de desvalorização pessoal ou culpa excessiva ou inapropriada, dificuldade em pensar, concentrar-se ou em tomar decisões e pensamentos recorrentes a propósito da morte, ideação, planos ou tentativas de suicídio (APA, 2002). Por sua vez, a ansiedade é definida como um sentimento vago e desagradável de medo, apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto derivado de antecipação de ameaça à integridade física ou psicológica (Ruiz et al., 2004; citado por Cotrim, 2007). Constituindo a doença oncológica uma ameaça à integridade física de qualquer indivíduo, a ansiedade é uma das primeiras alterações psicológicas a manifestar-se no doente com cancro (Cotrim, 2007).

Apesar da maior parte dos trabalhos apontarem para que a prevalência das sintomatologias depressiva e ansiosa em doentes com patologia oncológica seja, em média, três a quatro vezes superior à existente na população em geral (Brown et al., 2010), têm sido encontradas diferentes taxas de prevalência, a saber: desde 9% de depressão (Skarsteina, Aassb, Fossa, Skovlundb & Dahl, 2000), passando por 20 a 30% (Bottino et al., 2009; Carlson & Bultz 2003; Morse, Kendell & Barton, 2005; Odgen, 2004) até 85% (Derogatis et al., 1983; Teunissen, Graeff, Voest, & Haes, 2007) e de 7,8% % de ansiedade (Tsunoda et al., 2005), passando por 19 a 35% (Linden et al., 2012; Odgen, 2004; Teunissen, Graeff, Voest, & Haes, 2007; Zabora et al., 2001); até 85% (Derogatis et al., 1983). Esta variabilidade de intensidade dos sintomas encontra-se relacionada com diversos fatores, com evidência para: 1) características sociodemográficas dos pacientes: (a) pacientes mais jovens revelam mais ansiedade e depressão do que pacientes em idade mais avançada (Linden et al., 2012; Simon, Thompson, Flashman & Wandle, 2007; Tavoli et al., 2007; Zabora et al., 2001), (b) indivíduos do sexo masculino apresentam maior risco de desenvolver sintomatologia depressiva (Hyphantis, Paika, Almyroudi, Kamletsas & Pavlidis, 2011; Zabora et al., 2001), (c) pacientes com um nível de escolaridade superior apresentam níveis maiores de

depressão (Lavdaniti, Barbas, Fratzona & Zyga, 2012) e (d) pessoas casadas relatam menos depressão do que viúvos ou solteiros e por sua vez pacientes divorciados apresentam maiores níveis de ansiedade e depressão (Simon et al., 2008; Lavdaniti et al., 2012; Zabora et al., 2001); 2) fatores relacionados com a doença ou tratamento: (a) diferentes tipos de cancro apresentam diferentes taxas de prevalência de acordo com expectativas de sobrevivência, processos terapêuticos (uns mais agressivos do que outros) e alterações a nível da imagem corporal (mais ou menos mutilantes) (Linden et al., 2012), (b) pacientes que recebem tratamentos menos complexos apresentam níveis mais baixos de ansiedade e depressão (Pereira & Figueiredo, 2008; Simon et al., 2008), (c) a presença de limitações físicas relevantes ou desconforto físico conduz a uma maior prevalência de sintomatologia depressiva e ansiosa (Trancas, Cardoso, Luengo, Vieira & Reis, 2010) e (d) pacientes com doença em estádios mais avançados apresentam com mais frequência ansiedade e depressão (Alacacioglu et al., 2010; Medeiros et al., 2010; Matsushita, Matsushita & Maruyama, 2005; Simon et al., 2008; Vodermaier, Linden, MacKenzie, Greig, Marshall, 2011). Isto implica a existência de grupos de risco distintos (Linden et al., 2012). Contudo, estas conclusões são inconsistentes ao longo dos estudos, sendo que Tavoli e colaboradores (2007) no seu estudo não encontraram relação significativa entre ansiedade, depressão e estado civil, nível de escolaridade e sexo. Também Salvo e colaboradores (2012) e Vodermaier e colaboradores (2011) não corroboram os autores acima sendo que os seus resultados revelaram que as mulheres experienciam mais ansiedade e depressão.

Como acontece com outros tipos de cancro, no caso específico do cancro colo-rectal é igualmente exetável que os pacientes experienciem sofrimento psicológico (sintomatologia depressiva e ansiosa) numa proporção significativa. Esta premissa, apesar das discrepâncias metodológicas, foi atestada de forma consensual por vários autores, tais como Gray e colaboradores (2013), Hyphantis e colaboradores (2011), Lynch, Steginga, Hawkes, Pakenham & Dunn (2008); Matsushita e colaboradores (2005) e Tavoli e colaboradores (2007). No estudo de Silva, Ribeiro e Cardoso (2003), com uma amostra de 100 doentes, 50 com cancro colo-rectal e outros 50 sem patologia maligna, verificaram-se níveis mais elevados de ansiedade e depressão nos doentes com esta patologia maligna. Brintzenhofe-Szoc, Levin, Li, Kissane e Zabora (2009) reconheceram em doentes com diagnóstico de cancro do cólon taxas de 8,6% de depressão e 9,5% de ansiedade. Voog e colaboradores (2005) encontraram percentagens de 13% de depressão e 8% de ansiedade. E segundo Zabora e colaboradores (2001) 31,6% dos pacientes com cancro do cólon apresentaram sintomas de ansiedade e depressão, que consiste num taxa superior à observada no cancro da próstata e ginecológico mas consideravelmente inferior ao cancro do pulmão. Medeiros, Oshima e Forones (2010) constataram que após o tratamento cirúrgico do cancro colo-rectal, os índices de depressão e ansiedade foram maiores no grupo de pacientes tratados com quimioterapia.

Também Pereira, Figueiredo e Fincham (2011) concluíram que os doentes com cancro colo-rectal que realizaram cirurgia/quimioterapia e cirurgia/radioterapia apresentavam níveis de depressão e ansiedade mais elevados, quando comparados com os que realizaram apenas a cirurgia. Para além disso, estes autores também puderam verificar que os pacientes que possuíam uma ostomia apresentavam níveis mais elevados de ansiedade e depressão em comparação com os demais.

A literatura encontrada alertou cumulativamente para o papel preponderante dos sintomas psicopatológicos no processo de ajustamento destes doentes. Alacacioglu e colaboradores (2010) e Hyphantis e colaboradores (2011) verificaram que a morbilidade psicológica estava correlacionada com a qualidade de vida dos doentes com cancro colo-rectal, representando um forte preditor. O estudo realizado por Pereira e colaboradores (2011) também verificou que a ansiedade e a depressão foram os principais preditores da qualidade de vida destes doentes. No estudo de Cotrim e Pereira (2008), a morbilidade psicológica do paciente com cancro colo-rectal contribuiu para a diminuição da sua qualidade de vida. Tsunoda e colaboradores (2005) verificaram que a depressão possui um maior impacto na qualidade de vida global dos doentes com cancro colo-rectal do que a ansiedade. Bottino e colaboradores (2009) e Irving e Lloyd-Williams (2010) vão mais além e referem que a depressão está associada a um prolongamento do tempo de hospitalização, a um pior prognóstico e evolução clínica e a um aumento da mortalidade. Assim, reconhece-se a magnitude da interferência da sintomatologia depressiva e ansiosa no doente com cancro e a importância da avaliação da mesma em contexto oncológico, muitas vezes negligenciada devido à convicção de que é uma reação normal e universal a uma doença grave como cancro e também devido à partilha de sintomas entre o cancro e a depressão (como por exemplo, fadiga, perda de peso, insónia e incapacidade de experimentar prazer) (Pereira & Lopes, 2005; Spiegel & Giese-Davis, 2003; Teng, Humes & Demetrio, 2005).

Relativamente à Qualidade de Vida (QdV), esta representa uma das mais interdisciplinares terminologias da atualidade (Michelone & Santos, 2004), sendo utilizada em diferentes contextos, sem que, contudo, constitua um conceito claramente definido (Odgen, 2004). Efetivamente, não existe uma definição unânime de QdV, verificando-se, na literatura, uma variedade de definições tão rica quanto os domínios que se debruçam sobre este mesmo conceito. Definida genericamente pela OMS como sendo a “... *percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais está inserido, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*” (WHOQOL Group, 1994), o conceito de QdV pode ser objetivamente aplicado a um contexto de saúde, definindo-se como Qualidade de Vida Relacionada com Saúde (QdVRS). A QdVRS refere-se à qualidade de vida que depende ou está relacionada com a doença, designadamente, das significações da doença, que abrange as crenças acerca da etiologia e repercussões da doença, os preconceitos, os juízos que os outros fazem sobre a patologia, a

autoapreciação que o sujeito faz do “*eu doente*”, as emoções subjacentes, dos sintomas e da terapêutica (Ribeiro, 2002). Apesar de distinto, o termo QdV é frequentemente referido como QdVRS. Na prática, os estudos realizados no âmbito dos cuidados de saúde utilizam quase indiscriminadamente os termos QdV e QdVRS como sinónimos, apesar de a primeira ter um sentido mais amplo (Ribeiro, 2002).

O interesse em analisar a QdV na doença oncológica tem aumentado exponencialmente nos últimos anos, na medida em que se reconhece a importância de prover informação relacionada com as decisões de tratamento, monitorar os sintomas da doença, os efeitos colaterais não desejados e indicar intervenientes para melhorar a QdV (Nicolussi & Sawada, 2010), uma vez que não se pode pensar em aumentar a sobrevivência do paciente, sem que o mesmo tenha um mínimo de QdV (Sousa, 2011). De facto, têm vindo a ser realizados cada vez mais estudos que se dedicam à investigação da QdV em pacientes com CCR, esperando-se à partida comprometimento a este nível uma vez que nesta população muitas vezes é necessário o uso de um saco de colostomia, além do tratamento tradicional para o cancro (cirurgia, quimioterapia e radioterapia), o que parece exercer um efeito profundo no indivíduo e na saúde percebida (Cotrim & Pereira, 2008). A investigação nesta área tem evidenciado que a QdV de pacientes com CCR é em geral satisfatória, embora haja prejuízo em determinados domínios, nomeadamente: no domínio físico (em resultado de limitações específicas decorrentes da doença e da terapêutica, como dor, cansaço, fadiga, dispneia, insónia, obstipação, diarreia, náuseas, vómitos e modificações fisiológicas gastrointestinais, nomeadamente a perda do controlo fecal e da eliminação de gases, distúrbios urinários, complicações relacionadas com a ostomia e realização do autocuidado com o estoma); no domínio psicológico ou emocional e cognitivo (em consequência, essencialmente, da alteração da imagem corporal e das consequências que sucedem); no domínio social (resultante da alteração do papel e do *status* social da pessoa, na família e na sociedade, da irregularidade corporal e interiorização do estigma social que leva à limitação dos contatos sociais e isolamento), além das alterações na vida sexual (intimamente relacionadas com o conceito de autoimagem, particularmente nos pacientes ostomizados, e a consequente diminuição da autoestima e da perceção de atração sexual) (Arndt, Merx, Stegmaier, Ziegler & Brenner, 2004; Cascais et al., 2007; Chaves & Gorini, 2011; Cotrim, 2007; Cotrim & Pereira, 2008; Figueiredo, 2007; Marventano et al., 2013; Nicolussi & Sawada, 2009; Pereira & Botelho, 2012; Pereira, Cesarino, Martins, Pinto & Netinho, 2012; Roque & Forones, 2006; Ross et al., 2007; Souza et al., 2013).

Adicionalmente, alguns autores têm também sublinhado que a concomitância de sintomas ansiosos e depressivos, para além de poder afetar as diferentes dimensões da QdV, é igualmente suscetível de alterar o processo de adesão terapêutica dos doentes oncológicos, existindo fortes indicações de que a nível oncológico, a citada problemática possa ser três vezes mais frequente nos

doentes que apresentam perturbações afetivas e/ou uma QdV deficitária (WHO, 2003 Souza et al., 2013; Batista, 2012; DiMatteo, Heidi, Lepper, Thomas & Croghan, 2000; Ruddy, Mayer & Partridge, 2009). Entendida como o grau de conformidade entre as recomendações dos profissionais de saúde e o comportamento da pessoa relativamente ao regime terapêutico proposto (Cabral & Silva, 2010; Dias et al., 2011), a adesão terapêutica implica a existência de um papel ativo e colaborativo do indivíduo (Bugalho & Carneiro, 2004), não sendo por isso de estranhar que tal atividade seja consideravelmente afetada pela presença de sintomas depressivos e/ou ansiosos aumentados, e pela constância de uma QdV pouco satisfatória (WHO, 2003).

Neste contexto, as doenças crónicas e particularmente o cancro tem papel de destaque no perfil de morbidade e mortalidade nos contextos de saúde pública e a necessidade de tratamentos prolongados ou para toda a vida torna-se um desafio (Marques & Pierin, 2008), reconhecendo-se a extrema importância do problema da não adesão terapêutica. Efetivamente estima-se que, nos países desenvolvidos, a adesão entre os doentes com patologias crónicas ronda os 50%, sendo que esta percentagem diminui significativamente quando se reporta aos países em desenvolvimento (Dias et al., 2011; WHO, 2003). É inegável que são muitos os indivíduos que se revelam incapazes de acompanhar as mudanças impostas pelo surgimento de uma doença, o que pode agravar a sua saúde (Cabral & Silva, 2010). Contudo, a falta de adesão à terapêutica é ainda difícil de definir de forma consensual, assim como, a forma de a avaliar e quantificar, sendo que não existe consenso relativamente a qual será o grau de adesão adequado e qual o método *gold-standard* que permite avaliar o comportamento de adesão, o que provavelmente se deve a se tratar de um processo multifatorial.

Em resultado do que foi exposto, infere-se que a medição da adesão terapêutica, da sua correlação com a QdV e com a sintomatologia depressiva e ansiosa, constitui, indubitavelmente, uma componente fundamental ao nível do acompanhamento do doente oncológico (Mendonça, 2001). Consequentemente, apesar de já existir uma vasta literatura que aborda a relação entre sintomatologia psicopatológica e QdV no doente oncológico, ainda são poucos os trabalhos ao nível da avaliação do processo de adesão terapêutica, pelo que é essencial investigar as citadas realidades numa população que merece especial atenção, concretamente em indivíduos com cancro colo-rectal, pela frequência com que a doença ocorre, pelas limitações que a patologia pode provocar e pela escassez de estudos sobre esta temática em Portugal. Conclui-se, assim, que esta é uma área em que é pertinente investir, com vista a aumentar o conhecimento.

Deste modo, a concretização do presente trabalho, para além de possibilitar o estabelecimento de comparações com os resultados de estudos anteriores, permite a obtenção de um entendimento integrado da sintomatologia ansiosa e depressiva do doente com CCR e da relevância do controlo destas determinantes afetivas ao nível da QdV e do processo de adesão ao

tratamento clínico. Para tal foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos: 1) caracterizar a amostra quanto às variáveis sociodemográficas, clínicas (sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade, profissão, situação profissional, diagnóstico, recidiva, período de tempo desde o diagnóstico, estágio da doença e tipos de tratamento realizados e atuais) e psicossociais (sintomatologia psicopatológica, QdV e adesão terapêutica), 2) analisar o impacto das variáveis sociodemográficas e clínicas no ajustamento psicossocial e adesão e 3) estudar a relação entre as variáveis de ajustamento psicossocial e a adesão terapêutica.

Método

Caraterização da amostra

A população do presente estudo é constituída por 35 doentes portadores de CCR, oriundos da Liga Portuguesa Contra o Cancro, do Núcleo Regional Norte (LPCC-NRN).

Constitui uma amostra não probabilística e de conveniência, cujos participantes cumpriram os seguintes critérios de inclusão: indivíduos com idade superior a 18 anos; portadores de diagnóstico histológico de neoplasia maligna do cólon e/ou recto; que falem português, saibam ler e escrever, que compreendam o questionário e que estejam no uso pleno das suas faculdades mentais; que sejam capazes de expressar a sua opinião e que aceitem de forma livre fazer parte da amostra deste estudo.

Destes 35 doentes, 25 são do sexo feminino (71,4%) e 10 do sexo masculino (28,6%), com idades compreendidas entre os 35 anos (mínimo) e os 85 anos (máximo), perfazendo uma média de 49,2 (DP=11,4). No que refere ao estado civil, são predominantemente casados (65,7%; N=23), existindo apenas 1 divorciado/separado (2,9%). Relativamente às habilitações literárias, a maioria frequentou apenas o 1º ciclo (31,4%) e encontra-se atualmente, a nível profissional, no ativo (62,9%; N=22) (Tabela 1).

Tabela 1.

Características sociodemográficas da amostra.

Variáveis	Amostra (n=35)
Idade	M=49,17; DP=11,37
Min-Máx	35-85
Sexo	n (%)
Feminino	25(71,4%)
Masculino	10(28,6%)
Estado civil	
Solteiro	4(11,4%)

Casado/União de facto	23(65,7%)
Viúvo	7(20,0%)
Divorciado/Separado	1(2,9%)
Nível de escolaridade	
1º ciclo (1º-4º ano)	11(31,4%)
3º ciclo (7º-9º ano)	8(22,9%)
Ensino secundário (10º-12º ano)	10(28,6%)
Ensino superior	6(17,1%)
Profissão	
Representantes do Poder Legislativo e de Órgãos	
Executivos, Dirigentes, Diretores e Gestores Executivos	1(2,9%)
Especialistas das Atividades Intelectuais e Científicas	4(11,4%)
Técnicos e Profissões de Nível Intermédio	6(17,1%)
Pessoal Administrativo	5(14,3%)
Trabalhadores dos Serviços Pessoais, de Proteção e Segurança e Vendedores	10(28,6%)
Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura, da Pesca e da Floresta	1(2,9%)
Trabalhadores Qualificados da Indústria, Construção e Artífices	7(20,0%)
Trabalhadores Não Qualificados	1(2,9%)
Situação Profissional	
Ativo	22(62,9%)
Desempregado	6(17,1%)
Reformado	7(20,0%)

No que concerne aos aspetos clínicos que caracterizam a amostra, apresentados na Tabela 2, podemos observar que 34,3% (N=12) foram diagnosticados com carcinoma do cólon, outros 34,3% (N=12) foram diagnosticados com carcinoma do recto e em menor proporção, 31,4% (N=11), com diagnóstico de carcinoma do cólon e recto. Relativamente ao estadiamento da doença, observamos que a maioria dos participantes preenchia critérios correspondentes a um estágio III (54,3%; N=19). No que diz respeito aos tratamentos já realizados, verificou-se que a cirurgia em concomitância com quimioterapia intravenosa (62,9%) foram as terapêuticas de eleição nestes pacientes.

Tabela 2.*Caraterísticas clínicas da amostra*

Variáveis	Amostra (n=35)
	n (%)
Diagnóstico	
Cancro do Cólon	12(34,3%)
Cancro do Recto	12(34,3%)
Cancro do Cólon e Recto	11(31,4%)
Estádio da doença	
Estádio I	2(5,7%)
Estádio II	12 (34,3%)
Estádio III	19(54,3%)
Estádio IV	1(2,9%)
Desconhecido	1(2,9%)
Tratamentos atuais	
Quimioterapia oral	5(14,3%)
Quimioterapia intravenosa	1(2,9%)
Terapia hormonal	5(14,3%)
Tratamento Paliativo	1(2,9%)
Outros	22(62,9%)
Nenhum	1(2,9%)
Tratamentos realizados	
Cirurgia	2(5,7%)
Cirurgia + QT (oral)	1(2,9%)
Cirurgia + QT (i.v)	22(62,9%)
Cirurgia + QT (oral) + QT (i.v)	5(14,3%)
Cirurgia + QT (i.v) + RT	3(8,6%)
QT (oral) + QT (i.v)	1(2,9%)
Nenhum	1(2,9%)
Período de tempo desde o diagnóstico	
1-3 meses	1(2,9%)
3-6 meses	1(2,9%)
6-12 meses	7(20,0%)
13-24 meses	6(17,1%)
+ 25 meses	20(57,1%)

Recidiva

Não recidiva

35(100%)

Instrumentos

Todos os participantes responderam a um protocolo de avaliação psicológica que contemplou: um *Questionário Sociodemográfico e Clínico*, a *Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar* (EADH; de Zigmond & Snaith, 1983; versão portuguesa de Pais-Ribeiro et al., 2007), o *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire* (EORTC QLQ-C30; de Aaronson et al., 1993, versão portuguesa de Pais-Ribeiro, Pinto & Santos, 2008) e a *Escala de Adesão Geral* (EAG; de DiMatteo e Hays, 1992; versão portuguesa de Mestre & Pais-Ribeiro, 2008).

O *Questionário Sociodemográfico e Clínico* permitiu a recolha de informação relativa às variáveis sociodemográficas e clínicas dos doentes, nomeadamente: a idade, o sexo, o estado civil, o nível de escolaridade, a profissão, a situação profissional, o diagnóstico, a presença de recidiva, a data do diagnóstico, o estadiamento da doença e o tipo de tratamento(s) que realizaram ou que se encontram a realizar.

A *EADH* foi utilizada, na sua versão traduzida e validada para a população portuguesa, com o objetivo de avaliar a presença de sintomatologia psicopatológica, nomeadamente níveis de depressão e de ansiedade. O instrumento é constituído por 14 itens, que se dividem em duas subescalas, 7 dos quais relativos à subescala da ansiedade e outros 7 relativos à subescala da depressão. Cada item é composto por 4 possibilidades de resposta, quantificadas numa de escala de Likert, variando entre zero (0-baixo) e três (3-elevado), devendo o doente escolher a opção que melhor se adequa à forma como se tem sentido durante a última semana. Os resultados de cada subescala podem variar entre 0 e 21, considerando valores entre 0 e 7 “*normal*”, entre 8 e 10 “*leve*”, entre 11 e 14 “*moderado*” e entre 15 e 21 “*severo*”, para qualquer uma das dimensões avaliadas (ansiedade ou depressão) (Zigmond & Snaith, 1983). Relativamente, às qualidades psicométricas do instrumento, a versão portuguesa (Pais-Ribeiro et al., 2007) revelou bons valores de consistência interna para a escala de ansiedade (.76) e depressão (.81), coeficientes de teste-reteste e validade de constructo e discriminante. No presente estudo verificou-se que a subescala “ansiedade” apresentou um alfa de Cronbach de .74 e a subescala “depressão” apresentou um alfa de Cronbach de .85.

O questionário *QLQ-C30* (versão 3), desenvolvido pela EORTC, constitui uma escala base de avaliação da QdV específica para doentes oncológicos. Este questionário é composto por 30 questões, distribuídas em cinco escalas de funcionalidade (funcionamento físico, cognitivo, emocional, social e desempenho); três escalas de sintomas (fadiga, dor, náusea e vômito); uma

escala de qualidade de vida e saúde global e seis itens simples que avaliam sintomas comumente relatados por pacientes com cancro (dispneia, perda de apetite, insónia, obstipação e diarreia e dificuldades financeiras). A maioria dos itens são avaliados por uma escala tipo Likert de 4 pontos (“*não*”, “*um pouco*”, “*bastante*” e “*muito*”), à exceção dos dois últimos itens que dizem respeito à escala de saúde global e QdV, com 7 opções de resposta (em que “1” corresponde a “*péssima*” e “7” a “*ótima*”). Os scores obtidos podem ir de 0 a 100, sendo que valores elevados na escala de QdV e saúde global e nas escalas funcionais correspondem, respetivamente, a uma qualidade de vida elevada, enquanto níveis elevados de sintomatologia/ problemas correspondem a menor QdV. O estudo de aferição para a população portuguesa revela que a escala apresenta uma boa consistência interna, apresentando um coeficiente de alpha de Cronbach entre 0.74 e 0.87, à exceção da subescala de função cognitiva ($\alpha = 0.57$) (Pais-Ribeiro, Pinto & Santos, 2008). Na presente amostra, verificou-se um coeficiente de alpha de Cronbach entre 0.75 e 0.92, com exceção da subescala cognitiva ($\alpha = 0.39$).

A *EAG* é um instrumento que mede a tendência do sujeito em aderir às recomendações médicas e a facilidade com que o faz, a partir de 5 itens avaliados numa escala tipo Likert de 6 pontos (“*nunca*”, “*poucas vezes*”, “*algumas vezes*”, “*uma boa parte das vezes*”, “*a maior parte das vezes*” e “*sempre*”). Quanto maior o valor obtido pela soma dos itens, maior será a adesão ao tratamento médico. No estudo de aferição para a população portuguesa obtiveram um alfa de Cronbach de .82, o que revela que a escala exhibe uma boa consistência interna (Mestre & Pais Ribeiro, 2008). Na presente investigação o valor de consistência interna ($\alpha = .82$) foi concordante com o valor descrito pelos autores citados.

Procedimentos de investigação

Os participantes foram sinalizados e convidados a participar no projeto de investigação, através da Liga Portuguesa Contra o Cancro do Núcleo Regional do Norte. No contato com os indivíduos procedeu-se à formalização, da participação individual devidamente registada através da assinatura de um documento em que o paciente manifesta o seu consentimento informado. Deste modo os participantes tomaram conhecimento de que a sua participação seria voluntária e anónima, podendo desistir a qualquer momento, e que os dados recolhidos serão absolutamente confidenciais e apenas serão utilizados para análise estatística. Depois destes procedimentos éticos e deontológicos, administrou-se a bateria de instrumentos.

Posteriormente à recolha, os dados foram introduzidos e analisados com recurso ao Software de Análise Estatística *SPSS* (Statistical Package for the Social Science) versão 19.0, de modo a permitir a formulação das conclusões do estudo.

Procedimentos estatísticos

A análise estatística sustentou-se em duas metodologias principais: descritiva e inferencial. Recorreu-se à análise descritiva (frequência, média, mediana, mínimo, máximo, desvio-padrão e percentagem) com o intuito de caracterizar a amostra do ponto de vista sociodemográfico, clínico e em relação às variáveis psicossociais em estudo. As análises inferenciais (medida de associação e teste de diferenças) foram utilizadas com o propósito de estudar a relação entre as variáveis em estudo, sintomatologia depressiva e ansiosa, QdV e adesão terapêutica e entre estas e as variáveis sociodemográficas e clínicas. Dado não estarem cumpridos os pressupostos da estatística paramétrica utilizou-se estatísticas não paramétricas, mais especificamente, o Coeficiente de Correlação de Spearman, o Teste de Mann-Whitney e o Teste de Kruskal-Wallis. Adicionalmente, procedeu-se à análise das propriedades métricas dos instrumentos usados (em que para o estudo da fidelidade se procedeu à análise da consistência interna da escala, com recurso à computação do Alpha de Cronbach).

De referir ainda que se utilizou como referência um nível de significância de 5%, ou seja, os dados foram estatisticamente significantes para $p < 0.05$. E no que concerne ao coeficiente de correlação, r , usado como representação da magnitude da relação linear entre duas variáveis, considera-se que para valores de 0.20, 0.40, 0.60 e 0.80, a correlação é negligenciável, fraca, moderada e forte, respetivamente (Field, 2009).

Resultados

Com o objetivo de caracterizar a nossa amostra, no que concerne às variáveis psicossociais em estudo (Sintomatologia psicopatológica, QdV e Adesão terapêutica), comparámos os nossos resultados em relação aos valores referência obtidos no estudo de validação dos instrumentos para a população portuguesa. Encontram-se os resultados respetivos nas tabelas 3, 4 e 5 apresentadas de seguida.

Ao nível da caracterização dos doentes com cancro colo-rectal, no que diz respeito à sintomatologia psicopatológica, verifica-se que, os valores de ansiedade e depressão apresentados pela nossa amostra diferem significativamente dos valores obtidos pela população geral, sendo que a nossa amostra apresentou valores mais elevados para as subescalas EADH_A e EADH_D (Tabela 3).

Tabela 3.*Média e desvio padrão relativos à sintomatologia ansiosa e depressiva.*

Variáveis	Amostra	População geral	t	p
	M (DP)	M (DP)		
Ansiedade (EADH_A)	10,74	7.81	5.7	.000
Depressão (EADH_D)	10.14	3.22	9.6	.000

No que diz respeito à QdV, os dados sugerem que existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias da nossa amostra e a amostra de aferição do QIQ-C30 ao nível do estado geral de saúde/QdV e em algumas subescalas. Pode observar-se que o domínio de QdV menos pontuado é o domínio social. Os valores da nossa amostra evidenciam-se inferiores aos da amostra de validação, à exceção do domínio físico. Ao nível dos sintomas/dificuldades, verifica-se que os itens referentes à perda de apetite e dificuldades financeiras apresentam valores significativamente superiores aos encontrados na população do estudo de validação (Tabela 4).

Tabela 4.*Média e desvio padrão relativos à QdV*

Variáveis	Amostra (n=35)	População geral	t	p
	M (DP)	M (DP)		
Estado Geral de Saúde e Qualidade de Vida (QoL)	48.33(19.47)	62.00(22.60)	-.42	.000
Função física (PF)	81.52(19.27)	79.15(18.71)	.73	.471
Função emocional (EF)	66.67(20.81)	62.00(27.71)	1.33	.193
Função de desempenho de papel (RF)	67.14(26.04)	75.89(26.83)	-1.98	.055
Função social (SF)	60.00(29.76)	77.62(25.77)	-3.50	.001
Fadiga (FA)	30.48(24.75)	29.54(25.37)	.22	.824
Náuseas e vômitos (NV)	13.33(20.93)	9.17(21.73)	1.18	.247
Dor (PA)	17.14(22.68)	21.74(26.15)	-1.19	.239
Dispneia (DY)	8.57(18.69)	8.51(19.88)	.19	.985
Insónia (SL)	34.29(30.77)	33.22(34.45)	.20	.839
Perda de apetite (AP)	26.67(27.77)	16.63(28.25)	2.13	.040
Obstipação (CO)	21.90(24.18)	17.57(28.92)	1.06	.296
Diarreia (DI)	14.29(25.93)	7.57(19.96)	1.53	.135
Dificuldades financeiras (FI)	36.19(33.70)	22.22(30.94)	2.45	.019

E no que concerne à adesão terapêutica, os resultados sugerem que a adesão na nossa amostra não difere significativamente dos valores de referência (Tabela 5).

Tabela 5.

Média e desvio padrão relativos à adesão terapêutica

	Amostra (n=35)	População geral	t	p
Variáveis	M (DP)	M (DP)		
Adesão terapêutica (EAG_T)	4.85(0.59)	4,73(0.85)	1.20	.238

Podemos ver nas tabelas adjacentes que existem fatores que podem influenciar de modo significativo os valores das variáveis psicossociais, nomeadamente: o sexo, a idade, o tempo desde o diagnóstico, o diagnóstico e os tratamentos realizados (Tabela 6; Tabela 7; Tabela 8; Tabela 9 e Tabela 10). Para os restantes fatores clínicos e demográficos estudados os resultados revelaram-se não significativos (cf. Anexo F1, F2, F3, F4, F5, F6).

No que concerne à variável sexo, os resultados obtidos permitem verificar que existem diferenças estatisticamente significativas quanto ao valor de sintomatologia ansiosa e depressiva entre os doentes com CCR (Tabela 6). Para as restantes variáveis não se registam diferenças estatisticamente significativas (cf. Anexo F7).

Tabela 6.

Comparação dos resultados dos sintomas psicopatológicos, em função do sexo.

	Mdn		Z
	Feminino (n=25)	Masculino (n=10)	
Ansiedade	11.00	9.00	-2.12*
Depressão	11.00	7.50	-1.99*

* $p < .05$; ** $p < .001$

Os dados indicam que há uma relação positiva significativa, ainda que de fraca magnitude, entre a idade e a qualidade de vida, ou seja quanto maior a idade melhor a perceção de qualidade de vida (Tabela 7). Os resultados demonstram também que não existem relações significativas entre a idade e as restantes variáveis psicossociais (cf. Anexo F8).

Tabela 7.*Correlação de Spearman entre idade e QdV.*

	Idade		
	r_s	P	r^2
QoL	.38	.023	.14

Os dados sugerem que há diferenças estatisticamente significativas ao nível da adesão, em função do diagnóstico. Verifica-se também que há diferenças estatisticamente significativas ao nível da qualidade de vida global, adesão terapêutica e em algumas subescalas e itens simples, nomeadamente: “função física”, “função de desempenho de papel”, “função emocional”, “função social”, “fadiga”, “dor”, “insónia”, “perda de apetite” e “dificuldades financeiras” (Tabela 8). Para as restantes variáveis não se registam diferenças estatisticamente significativas (cf. Anexo F9).

Tabela 8.*Comparação dos resultados da QdV e da Adesão Terapêutica, em função do diagnóstico.*

	Mdn			H
	Cancro do Cólon	Cancro do Recto	Cancro do Cólon e Recto	
	(n=12)	(n=12)	(n=11)	
EAG_T	25.50	20.00	23.00	8.79*
QoL	67.67	33.33	33.33	25.56**
PF	90.00	73.33	73.33	10.58*
RF	83.33	66.67	58.33	14.31**
EF	75.00	50.00	58.33	16.82**
SF	83.33	33.33	41.67	21.91**
FA	16.67	33.33	50.00	12.04*
SL	.00	66.67	66.67	12.91*
AP	.00	33.33	50.00	8.92*
FI	33.33	66.67	.00	6.26*

* $p < .05$; ** $p < .001$

Os resultados demonstram que há uma relação positiva significativa entre o tempo desde o diagnóstico e a qualidade de vida global, bem como entre o tempo desde o diagnóstico e os domínios específicos “função de desempenho de papel”, “função emocional” e “função social”. Ou seja, o maior tempo desde o diagnóstico está associado a uma qualidade de vida mais elevada, melhor função de desempenho de papel, função emocional e função social. Os resultados

mostraram ainda a existência de uma relação negativa significativa entre o tempo desde o diagnóstico e as subescalas de sintomas “fadiga”, “náuseas e vômitos”, “dor” e “insônia”. O que sugere que os pacientes que o maior tempo desde o diagnóstico está associado a menos sintomas de fadiga, náuseas e vômitos, dor e insônia (Tabela 9). Para as restantes variáveis não se registam correlações estatisticamente significativas (cf. Anexo F10)

Tabela 9

Correlação de Spearman entre período de tempo desde o diagnóstico e QdV.

	Tempo desde o diagnóstico		
	r_s	P	r^2
QoL	.52	.001	.27
RF	.46	.005	.21
EF	.35	.038	.12
SF	.34	.045	.11
FA	-.37	.025	.13
NV	-.36	.033	.12
PA	-.37	.029	.13
SL	-.40	.015	.16

E, por último, os resultados mostram que há diferenças estatisticamente significativas ao nível das subescalas “funcionamento físico” e “fadiga”, referente à medida de QdV, em função dos tratamentos realizados (Tabela 10). Para as restantes variáveis não se registam diferenças estatisticamente significativas (cf. Anexo F11).

Tabela 10.

Comparação dos resultados da QdV, em função dos tratamentos realizados.

	Mdn		Z
	Cirurgia + QT (i.v.) (n=22)	Outros (n=12)	
PF	86.67	80.00	-2.08*
FA	22.22	33.33	-2.21*

* $p < .05$; ** $p < .001$

A análise da relação entre as variáveis psicossociais em estudo (entre sintomatologia ansiosa e depressiva, a qualidade de vida e a adesão terapêutica) revela a existência de uma

correlação negativa significativa de magnitude moderada entre a sintomatologia ansiosa e a qualidade de vida ($r_s = -.44$, $p < .05$), revelando que uma maior sintomatologia ansiosa está correlacionada com uma pior qualidade de vida. Os dados revelam também a presença de uma correlação negativa significativa ainda que de fraca magnitude entre a sintomatologia depressiva e a qualidade de vida ($r_s = -.34$, $p < .05$), isto é, uma maior sintomatologia depressiva está correlacionada com uma pior qualidade de vida (Tabela 11).

De entre os resultados obtidos, verificou-se ainda a existência de correlações significativas entre sintomas de ansiedade e depressão e as várias dimensões de QdV. Salientamos de entre os resultados obtidos, a existência de correlações positivas significativas de forte magnitude entre, sintomatologia ansiosa e sintomatologia depressiva, com um r_s de .70, e correlações positivas significativas de magnitude moderada entre sintomatologia ansiosa e as subescalas de sintomas “fadiga”, “dispneia”, “insónia” e “perda de apetite”, com coeficientes de correlação que variam entre .35 e .45. Paralelamente, verificámos a existência de correlações positivas significativas de fraca magnitude entre sintomatologia depressiva e as subescalas de sintomas “dispneia” e “insónia”, ambas com um r_s de .34. Encontramos também correlações negativas significativas de moderada magnitude entre, sintomatologia ansiosa e os domínios “físico”, “emocional”, “cognitivo” e “social”, com coeficientes de correlação que variam entre .33 e .49. Similarmente, observaram-se correlações negativas significativas de magnitude moderada entre, sintomatologia depressiva e os domínios “emocional” e “cognitivo”, com coeficientes de correlação que variam entre .45 e .58. Ou seja, os dados indicam, que quanto maior a sintomatologia ansiosa maior a sintomatologia depressiva, a fadiga, a dispneia, a insónia e a perda de apetite. Na mesma direção, quanto maior a sintomatologia depressiva maiores os sintomas de dispneia e insónia. Nesse sentido, quanto maiores os níveis de sintomatologia ansiosa menor o funcionamento físico, emocional, cognitivo e social. E, quanto maiores os níveis de sintomatologia depressiva menor o funcionamento emocional e cognitivo. Para as restantes variáveis não se registam correlações significativas (cf. Anexo F12).

Tabela 11.

Correlação de Spearman entre QdV geral e sintomatologia depressiva e ansiosa.

Variáveis	QdV geral		
	r_s	p	r^2
Depressão	-.34	.047	.12
Ansiedade	-.44	.009	.19

Verificou-se ainda a existência de uma correlação negativa significativa de fraca magnitude entre a sintomatologia ansiosa e a adesão, indicando que uma pior adesão terapêutica se encontra correlacionada com uma maior sintomatologia ansiosa. Paralelamente, os dados indicam a presença de uma correlação negativa significativa de fraca magnitude entre a sintomatologia depressiva e a adesão, pelo que uma pior adesão terapêutica se encontra correlacionada com uma maior sintomatologia depressiva. Por último, os dados sugerem a presença de uma correlação positiva significativa de forte magnitude entre a qualidade de vida e a adesão, mostrando que uma pior adesão terapêutica se encontra correlacionada com uma pior qualidade de vida. Salientamos ainda a existência de correlações positivas significativas de moderada magnitude entre, adesão e os domínios “emocional” e “social”. Ou seja, os dados sugerem, que quanto maior o funcionamento emocional e social maiores os níveis de adesão terapêutica. Também verificamos a existência de correlações negativas significativas de magnitude moderada entre adesão e as subescalas de sintomas “fadiga”, “dispneia” e “insónia”. Assim, depreende-se que quanto maiores os níveis de sintomas de fadiga, dispneia e insónia menor a adesão terapêutica (Tabela 12). Para as restantes variáveis não se registam correlações significativas (cf. Anexo F13).

Tabela 12.

Correlação Spearman entre Adesão terapêutica e sintomatologia depressiva e ansiosa e entre Adesão Terapêutica e QdV.

Variáveis	Adesão terapêutica		
	r_s	p	r^2
Depressão	-.34	.044	.12
Ansiedade	-.39	.020	.15
QoL	.59	.000	.35
EF	.49	.002	.24
SF	.34	.046	.11
FA	-.42	.010	.17
DY	-.39	.018	.15
SL	-.43	.010	.18

Discussão

O diagnóstico de CCR pode gerar mudanças significativas na vida dos pacientes, devido às implicações que detém, quer a nível físico quer psicológico. Estes doentes confrontam-se diariamente com um elevado número de indutores de *stress* pelo que se começa a reconhecer, para além da avaliação da sintomatologia psicopatológica e da QdV, a importância da avaliação da

adesão terapêutica em contexto oncológico, contudo ainda são conhecidos poucos estudos nesta área. Assim, a presente investigação foi realizada com o objetivo de estudar a associação das variáveis de ajustamento psicossocial com a adesão terapêutica em doentes com cancro colo-rectal.

Os resultados mostram que os pacientes com CCR possuem mais morbidade psicológica, ansiedade e depressão, do que a população em geral. Estes resultados vão de encontro ao que aponta a literatura desde os anos 80, que tem documentado que os doentes com cancro apresentam uma prevalência de sintomas psicopatológicos acrescida (Derogatis, 1983; Bultz & Holland, 2006; Pinto & Pais-Ribeiro, 2007; Zabora, 2001), nomeadamente, os doentes de cancro gastrointestinal (Nordin & Glimelius, 1999). Estes resultados também se compreendem se atendermos a que vários estudos têm encontrado implicações ao nível da imagem corporal, sexualidade e bem-estar físico e psicológico (Linden et al., 2012).

A reação à doença, avaliada pela presença de sintomatologia psicopatológica (ansiedade e depressão), com base nos resultados deste estudo, foi diferente de acordo com a variável sexo, tendo-se verificado valores mais baixos nos homens, ou seja, as mulheres com cancro colo-rectal relatam maior mal-estar psicológico. Este resultado é consistente com a maior taxa de ansiedade e depressão na mulher saudável na população em geral comparativamente aos homens (APA, 2002; Linden et al., 2012). No entanto, o estudo de Hyphantis e colaboradores (2011) mencionou que os homens com cancro colo-rectal apresentaram maior risco de desenvolver sintomatologia depressiva do que as mulheres, o que não corrobora os resultados do presente estudo. Os nossos dados podem ser explicados pela diferença cultural associada aos géneros sexuais, em que o sexo masculino está associado normalmente à falta de vontade de denunciar o sofrimento, e também pode surgir devido a diferenças na utilização de estratégias de *coping*, onde os homens apresentam uma maior eficácia na forma de lidar com a doença oncológica (Goldzweig et al., 2009).

Relativamente ao padrão de QdV verificamos uma pontuação total indicadora de uma QdV baixa. Embora a maioria dos estudos reportem um bom funcionamento psicossocial dos doentes com CCR, o estudo de revisão de Nicolussi (2008) descreve relatos do impacto da doença oncológica nos vários domínios (desempenho de papel, função emocional, social, física e psicológica). Os nossos resultados parecem ir de encontro dos estudos de Arndt e colaboradores (2004) e de Chaves e Gorini (2011), em que o domínio mais afetado foi o domínio social. Nestes estudos verificou-se que o cancro colo-rectal e o seu tratamento detêm um efeito adverso sobre o funcionamento social, incluindo trabalho e vida produtiva, relacionamentos com os pares (familiares, parceiros e/ou amigos) e outras atividades sociais e interesses. Esta interferência na área social poderá relacionar-se também com a importância colocada na autonomia e independência. Pacientes com e sem saco de estoma apresentam preocupações com a irregularidade intestinal. E em específico, doentes ostomizados deparam-se com a alteração da sua imagem

corporal e autoestima, experienciando sentimentos de repugnância de si mesmos e de desprestígio diante da sociedade, o que poderá resultar em isolamento social (Pereira et al., 2012). Relacionado de alguma forma com o domínio social, encontram-se as dificuldades financeiras, que também apresentaram um valor significativamente superior na amostra do presente estudo. Para além das razões associadas ao domínio social, encontra-se a possibilidade de deterioração da capacidade de trabalho destes doentes, devido a limitações físicas e necessidade de ausência laboral para realização de exames e tratamentos (Munir, Yarker & McDermott, 2009). Por outro lado, os nossos resultados não corroboram os dados fornecidos pelos estudos de Cotrim e Pereira (2008) e de Roque e Forones (2006), uma vez que estes autores indicam que os pacientes com CCR apresentam alterações significativas ao nível do domínio físico. No entanto, estes resultados podem ser explicados pela possível relutância dos pacientes em denunciar as suas limitações físicas e pelo facto da maioria se manter profissionalmente ativo. Paralelamente, ainda no que respeita à avaliação da QdV do paciente com CCR, verificou-se que o sintoma de perda de apetite se mostrou mais elevado, significativamente, do que na população. Este dado vai de encontro ao que Marventano e colaboradores (2013) mencionam no seu estudo de revisão. Estes autores concluíram que sintomas como diarreia, obstipação, fadiga e perda de apetite são manifestações muito comuns em doentes com CCR, o que faz sentido se pensarmos que os tratamentos de forma geral para a doença oncológica têm efeitos secundários, como as náuseas e os vómitos, que podem provocar consequentemente falta de apetite. Além disso, importa lembrar que estes doentes têm frequentemente de seguir restrições alimentares e também se sentem compelidos a gerir melhor a ingestão de alimentos para controlar a função intestinal e a defecação.

Ao estudarmos a QdV de acordo com os dados sociodemográficos e clínicos, notamos algumas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos que compõem a nossa amostra. Verificámos que os indivíduos com mais idade e que receberam o diagnóstico há mais tempo apresentam uma melhor perceção de QdV. Encontramos também no nosso estudo algumas diferenças em relação ao tipo de diagnóstico e tratamentos realizados, contudo não nos é possível perceber qual o sentido destas diferenças devido ao tamanho da nossa amostra. Em contraste, outros fatores clínicos e demográficos, como o sexo, estado civil, nível de escolaridade, profissão, situação laboral e estadiamento não parecem ter uma forte influência sobre o desenvolvimento temporal da QdV em pacientes com CCR. Marventano e colaboradores (2013) no seu estudo de revisão verificaram que a QdV de pacientes com CCR está associada a um número variado de fatores, contudo os estudos são controversos. Se, por um lado, há estudos que indicam que a idade se possa correlacionar de forma positiva com a QdV (Wilson & Alexander, 2008), outros autores não encontraram essa mesma correlação (Pereira et al., 2012). No entanto, os estudos são concordantes no que respeita à localização do tumor ou tipo de diagnóstico (Holland, 2010) e às

diferentes modalidades terapêuticas (Castro et al., 2011), admitindo que estes são dados importantes para determinar a QdV. Uma possível justificação para a influência da idade prende-se com o facto dos pacientes mais jovens poderem ser mais fortemente afetados por sequelas físicas e psicossociais e verem o cancro como uma ameaça inesperada, que pode comprometer os objetivos de vida ainda não cumpridos. Além disso, os pacientes mais jovens podem possuir menos estratégias de ajustamento (Arndt et al., 2006). Embora sejam poucos os estudos que se debruçam sobre a avaliação da QdV em função da duração do diagnóstico de pacientes com cancro colo-rectal, um estudo (Hobday et al., 2002) verificou que os pacientes diagnosticados há mais tempo apresentaram uma QdV global melhor.

No que respeita à adesão terapêutica, constatou-se um valor semelhante ao observado na população saudável. Estes dados não atestam os resultados encontrados na literatura, sendo que um elevado número de estudos apontam para uma taxa de adesão inferior em indivíduos portadores de doenças crónicas, como é o caso da doença oncológica (Dias et al., 2011). No entanto, os estudos reportam taxas de adesão muito variáveis, que vão desde aproximadamente 20% até 100%. E em particular, no estudo de Batista (2012) foi possível observar uma taxa de adesão em pacientes com CCR entre os 95.7% e os 100%. Os resultados encontrados por nós podem dever-se ao facto de o nosso grupo de doentes oncológicos estar a ser acompanhado regularmente em instituições hospitalares, o que segundo Dunbar-Jacob e Mortimer-Stephens (2001) poderá promover um maior comprometimento com o regime terapêutico prescrito. Outra justificação para os resultados encontrados pode associar-se ao facto de a adesão terapêutica poder ser afetada por múltiplos fatores que não foram avaliados neste estudo (como por exemplo: fatores socioeconómicos, fatores relacionados com o regime terapêutico e fatores relacionados com a relação médico-doente), bem como, a possibilidade de os participantes responderem de acordo com a desajustabilidade social. Neste sentido, no nosso estudo apenas observamos diferenças estatisticamente significativas ao nível da adesão, em função do tipo de diagnóstico (recto, colón ou colo-rectal) e novamente não pudemos tirar conclusões do sentido desta diferença.

Ao relacionar os sintomas de ansiedade e depressão com a QdV, os resultados revelam que os pacientes que percecionavam a QdV Geral como sendo deficitária possuíam maiores níveis de morbidade psicológica, ansiedade e depressão. Estes resultados parecem ir ao encontro dos estudos de Alacacioglu e colaboradores (2010), que concluem que a morbidade psicológica se encontra fortemente correlacionada com a qualidade de vida, e de Hyphantis e colaboradores (2011), que revelou que a sintomatologia depressiva e ansiosa aumentou enquanto a qualidade de vida diminuiu de forma significativa. Como esperado e em linha com os resultados de Cotrim (2007) verificamos também a existência de uma relação significativa entre ansiedade e depressão e as várias dimensões da QdV. Ou seja, este resultado indica que, quanto maior o grau de *distress*

emocional experienciado pelos indivíduos, menores os índices de funcionalidade percebidos. E, os pacientes que apresentavam pontuações elevadas de sintomatologia psicopatológica, apresentavam também níveis de sintomatologia física associada à doença oncológica mais elevados.

No que respeita à sintomatologia psicopatológica e adesão terapêutica, observou-se uma correlação negativa e estatisticamente significativa, quer para a ansiedade quer para a depressão, o que vai de encontro aos estudos de Lynch e colaboradores (2008) e de Batista (2012). Estes autores verificaram que as pessoas mais deprimidas e ansiosas tendem a aderir menos ao tratamento, tendo sido estes sintomas referidos como causas de não adesão. Assim, podemos concluir que o *distress* psicológico é determinante no processo de adesão terapêutica.

Ao analisar a associação da QdV com a adesão, observamos a existência de uma correlação positiva e significativa. Neste caso, uma melhor perceção de QdV está associada a uma maior adesão terapêutica. Liberato e colaboradores (2014) no seu estudo de revisão constataram que a relação entre qualidade de vida e adesão terapêutica permanece controversa, embora reconheçam estudos descritivos que mencionem a possibilidade de uma relação positiva pelo que vai de encontro aos nossos resultados. Ainda em resultado do estudo desta correlação, verificou-se que níveis superiores de funcionalidade no domínio emocional e social e níveis inferiores de fadiga, dispneia e insónia estão associados a uma maior adesão terapêutica. Estes resultados reforçam a importância do estudo das variáveis psicológicas ao nível da adesão terapêutica.

Embora os resultados não sugiram uma deficitária adesão destes pacientes, eles mostram uma associação com os níveis de sintomatologia psicopatológica e de QdV. Em suma, o presente estudo oferece uma imagem alusiva ao sofrimento psicossocial do paciente com CCR e, além disso, testemunha o papel inegável da sintomatologia psicopatológica na perceção de QdV e no processo de adesão terapêutica. Os resultados ajudam-nos a clarificar, a sensibilizar e a orientar as possíveis ações dos técnicos de saúde, relativamente ao apoio a prestar aos doentes com CCR. Efetivamente, a maior parte dos estudos aponta para a existência de elevada percentagem de subdiagnóstico da sintomatologia psicopatológica nos doentes oncológicos (Brown et al., 2010). Tal realidade sucede porque os médicos tendem a subestimar a gravidade das perturbações psicológicas dos doentes oncológicos por desconhecerem o seu real impacto, ao nível da minoração da QdV, da afetação do prognóstico, da fragilização da adesão terapêutica, do aumento da mortalidade, da exacerbação dos sintomas de dor e dos efeitos colaterais dos tratamentos, do prolongamento do tratamento e do concomitante aumento do tempo de hospitalização (Teng et al., 2005; Carvalho et al., 2008; Souza et al., 2013). A integração do diagnóstico dos quadros depressivos e ansiosos e a avaliação da QdV é importante para se alcançar benefícios clínicos e económicos evidentes. Paralelamente a adesão ao tratamento deve ser mais valorizada pelos profissionais de saúde que desejam prestar aos utentes

uma assistência baseada na visão holística do ser humano visando atingir o conceito alargado de saúde. Analisar o fenómeno da adesão demonstra ser fundamental, tanto para a melhoria das políticas e práticas de saúde voltadas ao aprimoramento da efetividade da assistência prestada, quanto para a QdV do doente (Liberato et al., 2014).

A leitura do trabalho apresentado deve ter em conta as suas limitações, exigindo algum cuidado na sua interpretação e extrapolação. Neste sentido, destaca-se, em primeiro lugar, o número reduzido da amostra que impossibilitou o uso de testes paramétricos e a deteção de possíveis diferenças entre os grupos que compõem a nossa amostra. Convém salientar também o fato de ser uma amostra de conveniência. Verificou-se ainda outra limitação que se refere ao facto da amostra corresponder unicamente a uma população da região do Distrito do Porto. É ainda importante ter em conta que não era conhecido o prognóstico nem a existência de outras condições clínicas de relevo destes doentes. E por último, ao nível dos instrumentos, o baixo valor de alfa da dimensão função cognitiva do instrumento de avaliação da QdV (*QIQ-C30*) impediu a sua utilização.

Face aos resultados obtidos no nosso estudo, e tendo por base a elevada incidência do cancro colo-rectal no nosso país e o conseqüente desenvolvimento de perturbações a nível do foro psicológico, torna-se imprescindível o desenvolvimento de outras investigações e de intervenções específicas para este grupo de doentes. Considera-se que seria interessante o alargamento do estudo a uma amostra representativa da população Portuguesa, que possibilitasse uma melhor compreensão das variáveis individuais, em termos da morbilidade psicológica, da QdV e da adesão terapêutica, do doente com CCR. Outra questão relevante refere-se à inclusão de um estudo qualitativo, sobre esta temática, para que sejam tidas em consideração as angústias, expectativas, crenças, padrões de vida e valores, ou seja, os fatores subjetivos destes pacientes que não puderam ser quantificados nesta pesquisa e que poderiam clarificar os achados deste estudo.

Referências

- Alacacioglu, A., Binicier, O., Gungor, O., Oztop, I., Dirioz, M., & Yilmaz, U. (2010). Quality of life, anxiety and depression in turkish colorectal cancer patients. *Journal of Supportive Care Cancer*, 18(4), 417-421. doi:10.1007/s005200090679-2.25.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Arndt, V., Merx, H., Stegmaier, C., Ziegler, H., & Brenner, H. (2004). Quality of Life in patients with colorectal cancer 1 year after diagnosis compared with the general population: A population-based study. *Journal of Clinical Oncology*, 22(23). 4829-4836. doi: 10.1200/JCO.2004.02.01.

- Arndt V, Merx H, Stegmaier C, Ziegler H, & Brenner H. (2006). Restrictions in quality of life in colorectal cancer patients over three years after diagnosis: A population based study. *European Journal of Cancer*, 42 (12), 1848-1857. doi:10.1016/j.ejca.2006.01.059.
- Aziz, N. (2007). Cancer survivorship research: State of knowledge, challenges and opportunities. *Acta Oncologica*, 46(4), 417-432. doi:10.1080/02841860701367878.
- Batista, E. M. M. (2012). *Avaliação da adesão à terapêutica farmacológica com antineoplásicos orais*. (Relatório de estágio para obtenção do Grau de Mestre da Universidade da Beira interior, Covilhã). Retirado de <http://www.fcsaude.ubi.pt/Thesis/upload/0/1043/relatrioelianabatist.pdf>.
- Barros, H., & Lunet, N. (2006). Cancro: Uma perspectiva de saúde pública. *Arquivos de Medicina*, 20(1/2), 31-36.
- Bottino, S. M. B., Fráguas, R., & Gattaz, W. F. (2009). Depressão e câncer. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 36(3), 109-15.
- Brintzenhofe-Szoc, K., Levin, T. T. Li, Y., Kissane, D. W., & Zabora, J. R. (2009). Mixed anxiety/depression symptoms in a large cancer cohort: Prevalence by cancer type. *Psychosomatic*, 50(4), 383-391. doi: 10.1176/appi.psy.50.4.383.
- Brown, L. F., Kroenke, K., Theobald, D. E., Wu, J., & Tu, W. (2010). The association of depression and anxiety with health-related quality of life in cancer patients with depression and/or pain. *Psycho-Oncology*. 19, 734–741. doi:10.1002/pon.1627.
- Bultz, B. D., & Holland, J. C. (2006). Emotional Distress in patients with cancer: The sixth vital sign. *Community Oncology*, 3(5), 311-314.
- Cabral, M., & Silva, P. (2010). *A adesão à terapêutica em Portugal. Atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas*. Associação Portuguesa da Indústria Portuguesa (APIFARMA), Retirado de <https://www.apifarma.pt/estudos/siteestudos/Documents/Conclus%C3%B5es%20Ades%C3%A3o%20Terap%C3%Aautica%20PT.pdf>.
- Cardoso, G., Luengo, A., Trancas, B., Vieira, C., & Reis, D. (2009). Aspectos psicológicos do doente oncológico. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca*. 8-18.
- Carlson, L. E., & Bultz, B. D. (2003). Cancer distress screening: Needs, models, and methods. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 403-409. doi:10.1016/S00223999(03)00514-2.
- Carvalho, V. A., Franco, M. H. P., Kovács, M. J., Liberato, R. P., Macieira, R. C., Veit, M. T., Gomes, M. J. B., & Barros, L. H. C. (2008). *Temas em Psico-Oncologia*. São Paulo: Summus Editorial.
- Cascas, V. M, F. A., Martint, G. J., & Almeida, S. J. P. (2007). Impacto da ostomia no processo de

- viver humano. *Texto & Contexto Enfermagem*, 16(1), 163-167.
- Castro, K. E., Scorza, A., & Chem, C. (2011). Qualidade de vida e indicadores de ansiedade e depressão de pacientes com cancro colo-rectal. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 12(1), 131-142.
- Chaves, P. L., & Gorini, M. I. P. C. (2011). Qualidade de vida do paciente com câncer colorrectal em quimioterapia ambulatorial. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(4), 767-773. doi.org/10.1590/S1983-14472011000400018.
- Cotrim, H. (2007). *Impacto do Cancro Colorectal no doente e cuidadores/família: Implicações para o Cuidar* (Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto). Retirado de <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/7231/2/Doutoramentoreform.pdf>.
- Cotrim, H., & Pereira, G. (2008). Impact of colorectal cancer on patient and family: Implications for care. *European Journal of Oncology Nursing*, 12, 217-226. doi:10.1016/j.ejon.2007.11.005.
- Derogatis, L. R., Morrow, G. R., Fetting, J., Penman, D., Piasetsky, S., Schmale, A. M.,..., Carnicke, C. L. M. (1983). The Prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *Psychiatric Disorders and Cancer Patients*, 249(6), 751-757.
- Dias, M. R., & Durá, E. (2002). *Territórios da Psicologia Oncológica* (1ª ed). Lisboa: Climepsi Editores.
- Dias, A. M., Cunha, M., Santos, A., Neves, A., Pinto, A., Silva, A.,...Castro, S. (2011). Adesão ao regime terapêutico na doença crónica: Revisão da literatura. *Millnium*, 40, 201-219.
- DiMatteo, M. R., Lepper, H. S., & Croghan, T.W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: Meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine*, 160(14), 2101-2107. doi:10.1001/archinte.160.14.2101.
- Dunbar-Jacob, J., & Mortimer-Stephens, M. K. (2001). Treatment adherence in chronic disease. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54 (1), 57-60.
- Ferlay, J., Steliarova-Foucher, E., Lortet-Tieulent, J., Rosso, S., Coebergh, J.W.W., Comber, H., ... Bray, F.(2013). Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012. *European Journal of Cancer*, 49, 1374-1403. doi: 10.1016/j.ejca.2012.12.027.
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS*. (3rd ed.). London: SAGE Publications.
- Figueiredo, S. R. P. A. (2007). *Impacto do tratamento do cancro colorrectal no doente e cônjuge: Implicações na qualidade de vida, morbilidade psicológica, representações de doença e*

- stress pós-traumático* (Dissertação de Mestrado. Universidade do Minho, Braga). Retirado de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/7063/4/Tese%20total%0%20utim%20vers%C3%A3o.pdf>.
- GLOBOCAN (2012). *Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012*. Obtido Maio 25, 2014 de http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx.
- Goldzweig, G., Andritsch, E., Hubert, A., Walach, N., Perry, S., Brenner, B., ..., Baider, L. (2009). How relevant is marital status and gender variables in coping with colorectal cancer? A sample of middle-aged and older cancer survivors. *PsychoOncology*, 18 (8), 866–874. doi: 10.1002/pon.149.
- Gray, N. M., Hall, S. J., Browne, S., Johnston, M., Lee, A. J., Macleod, U., ... Campbell, N.C. (2013). Predictors of anxiety and depression in people with colorectal cancer. *Support Care Cancer*. 22(2), 307-14. doi: 10.1007/s00520-013-1963-8.
- Holland, C. J., Breitbart, S. W., Jacobsen, B. P., Lederberg, S. M., Loscalzo J.M., & Mecorkle, R. (2010). *Psycho-oncology* (2ª ed). Oxford: Oxford University Press.
- Hobday, T., J., Kugler, J., W., Mahoney, M., R., Sargent, D., J., Sloan, J., A., Fitch, T., R.,... & Goldberg, R., M. (2002). Efficacy and Quality-of-Life data are related in a phase II trial of oral chemotherapy in previously untreated patients with metastatic colorectal carcinoma. *Journal of Clinical Oncology*, 20 (23), 4574-4580.
- Hyphantis, T., Paika, V., Almyroudi, A., Kamletsas, O. E., & Pavlidis, N. (2011). Personality variables as predictors of early non-metastatic colorectal cancer patients' psychological distress and health-related quality of life: A one-year prospective study. *Journal of Psychomatic Research*, 70, 411-421.
- Irving, G., & Lloyd-Williams, M. (2010). Depression in advanced cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(5), 395–399
- Khandelwal, S., Chowdhury, A., Regmi, S. K., Mendis, N., & Kittirattanapaiboon, P. (2001). *Conquering Depression*. World Health Organization. Retirado de http://whqlibdoc.who.int/searo/2001/SEA_Ment_120.pdf.
- Lavdaniti, M., Barbas, G., Fratzana, A., & Zyga, S. (2012). Evaluation of depression in colon cancer patients. *Health Science Journal*, 6(4), 681-692.
- Liberato (2014). Relação entre adesão ao tratamento e qualidade de vida: Revisão integrativa da literatura. *Revista eletrónica de Enfermagem*, 16(1), 191-198. doi: 10.5216/ree.v16i1.22041.
- Linden, W., Vodermaier, A., Mackenzie, R., & Greig, D. (2012). Anxiety and depression after cancer diagnosis: Prevalence rates by cancer, type, gender, and age. *Journal of Affective Disorders*, 141, 343-351. doi.org/10.1016/j.jad.2012.03.025.
- Lynch, B. M., Steginga, S. K., Hawkes, Pakenham, K. I., & Dunn, J. (2008). Describing and

- predicting psychological distress after colorectal cancer. *Cancer*, 112(6), 1363-1370. doi: 10.1002/cncr.23300.
- Martinho, A. F., Reis, N. I., Novo, N. F., & Hübner, C. K. (2009). Prevalência dos sintomas depressivos em pacientes oncológicos no ambulatório do Conjunto Hospitalar de Sorocaba. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, 7, 304-308.
- Maruyama, S. A. T., & Zago, M. M. F. (2005). O processo de adoecer do portador de colostomia por câncer. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13, 226-222.
- Marques, P. A. C., & Pierin, A. M. G. (2008). Fatores que influenciam a adesão de pacientes com câncer à terapia antineoplásica oral. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(2), 323-329.
- Marventano, S., Forjaz, M. J., Grosso, G., Mistretta, A., Giorgianni, G., Platania, A.,... & Biondi, A. (2013). Health related quality of life in colorectal cancer patients: State of the art. *Biomedcentral Surgery*, 13(2), 2-7. doi: 10.1186/1471-2482-13S2-S15.
- Massie, M. J. (2004). Prevalence of depression in patients with cancer. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 32, 57-71. doi:10.1093/jncimonographs/lgh014.
- Matsushita, T., Matsushima, E., & Maruyama, M. (2005). Anxiety and depression of patients with digestive cancer. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59, 576-583.
- Medeiros, M., Oshima, C. T. F., & Forones, N. M. (2010). Depression and anxiety in colorectal cancer patients. *Journal of Gastrointestinal Cancer*, 41, 179–184. doi: 10.1007/s12029010-9132-5.
- Mendonça, G. A. S. (2001). Tendências de investigação epidemiológica em doenças crônicas. *Caderno de Saúde Pública*, 17(3), 697-703.
- Mestre, S., & Pais Ribeiro, J. (2008, Janeiro). Validação de uma versão portuguesa da Escala de Adesão Geral do Medical Outcome Study. Poster apresentado no 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Porto, Portugal.
- Michelone, A. P. C., & Santos, V. L. C. G. (2004). Qualidade de vida de adultos com câncer colorretal com e sem ostomia. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 12(6), 875-883.
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Katsouda, E., Galanos, A., & Vlahos, L. (2005). Assessment of anxiety and depression in advanced cancer patients and their relationship with quality of life. *Quality of Life Research*, 14, 1825-1833. doi: 10.1007/s11136-0054324-3.
- Morse, R., Kendell, K., & Barton, S. (2005). Screening for depression in people with cancer: The accuracy of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 9, 188-196.
- Munir, F., Yarker, J., & McDermott, H. (2009). Employment and the common cancers: Correlates of work ability during or following cancer treatment. *Occupational Medicine*, 59, 381–389.

doi:10.1093/occmed/kqp088

- Nicolussi, A., & Sawada, N. (2010). Fatores que influenciam a qualidade de vida de pacientes com câncer de cólon e reto. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(1), 25-30. doi:10.1590/S0103-210020100001000.
- Nordin, K., & Glimelius, B. (1999). Predicting delayed anxiety and depression in patients with gastrointestinal cancer. *Br J Cancer*, 79, 525-529.
- Odgen, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pais-Ribeiro, J. L., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltazar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225-237. doi:10.1080/13548500500524088.
- Pais-Ribeiro, J. L., Pinto, C., & Santos, C. (2008). Validation study of the Portuguese version QLC-C30-V.3. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 89-102.
- Partridge, A. H., Avorn, J., Wang, P. S., & Winer, E. P. (2013). Adherence to therapy with oral antineoplastic agents. *Journal of the National Cancer Institute*, 94(9), 652-661.
- Pereira, M. G., & Lopes, C. (2005). *O doente oncológico e sua família*. 2ª ed. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pereira, M., & Figueiredo, A. (2008). Depressão, ansiedade e stress pós-traumático em doentes com cancro colo-rectal. Validação do Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) e Impact of Events Scale (IES) numa amostra de doentes oncológicos. *Oncology News*, 5, 11-19.
- Pereira, M. G., Figueiredo, A. P., & Fincham, F. D. (2011). Anxiety, depression, traumatic stress and quality of life in colorectal cancer after different treatments: A study with Portuguese patients and their partners. *European Journal of Oncology Nursing*, 1-6. doi:10.1016/j.ejon.2011.06.006.
- Pereira, N., & Botelho, M. A. R. (2012). Experiência vivida dos sobreviventes de cancro do cólon e reto após tratamento com intenção curativa : Revisão sistemática da literatura. *Pensar Enfermagem*, 16(2), 31-50.
- Pereira, A. P. S., Cesarino, C. B., Martins, M. R. I. Pinto, M. H., & Netinho, J. G. (2012). Associação dos fatores sociodemográficos e clínicos à qualidade de vida dos estomizados. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(1).
- Pimentel, F. L. (2006). *Qualidade de Vida e Oncologia*. Coimbra: Almedina.
- Pinto, C. A. S., & Pais-Ribeiro, J. L. (2007). Sobrevivente de cancro: Uma outra realidade! *Texto & Contexto Enfermagem*, 16(1), 142-148.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2002). *Qualidade de vida e doença oncológica*. In Dias, M. R., & Durá, E. Territórios da Psicologia oncológica (pp. 75-98). 1ª ed. Lisboa: Climepsi Editores.

- Roque, V. M. N., & Forones, N. M. (2006). Avaliação da qualidade de vida e toxicidades em pacientes com câncer colorrectal tratados com quimioterapia adjuvante baseada em fluoropirimidinas, *Arquivos de Gastroenterologia*, 43(2), 94-101.
- Ross L., Abild-Nielsen, A. G., Thomsen, B. L., Karlsen, R. V., Boesen, E. H., & Johansen C. (2007). Quality of life of Danish colorectal cancer patients with and without a stoma. *Support Care Cancer*, 15, 505–513. doi:10.1007/s00520-006-0177-8.
- Ruddy, K., Mayer, E., & Partridge, A. (2009). Patient adherence and persistence with oral anticancer treatment. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 59, 56-66. doi: 10.3322/caac.20004.
- Sá, G. M. P. (2008). *Cancro do cólon e recto* (Dissertação de Mestrado, da Universidade da Beira Interior, Covilhã). Retirado de <https://ubithesis.ubi.pt/bitstream/10400.6/844/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-Cancro%20do%20c%C3%B3lon%20e%20recto.pdf>.
- Salvo, N., Zeng, L., Zhang, L., Leung, M., Khan, L., Presutt, R., ... Chow, E. (2012). Frequency of reporting and predictive factors for anxiety and depression in patients with advanced cancer. *Clinical Oncology*, 24(2), 139–148. doi:10.1016/j.clon.2011.05.003.
- Skarsteina, J., Aassb, N., Fossa, S. D., Skovlundb, E., & Dahl, A. A. (2000). Anxiety and depression in cancer patients: Relation between the Hospital Anxiety and Depression Scale and the European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 27-34.
- Silva, T. S., Ribeiro, M. M., Cardoso, V. (2003). A psicologia na área da oncologia: Avaliação dos níveis de depressão e ansiedade em doentes com patologia colo-rectal maligna. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 5(2), 71-77.
- Simon, A. E., Thompson, M. R., Flashman, K., & Wardle, J. (2009). Disease stage and psychosocial outcomes in colorectal cancer. *Colorectal Disease*, 11, 19–25. doi:10.1111/j.1463-1318.2008.01501.
- Sousa, M. C. (2011). *Qualidade de vida, ajustamento conjugal e imagem corporal dos pacientes oncológicos*. (Dissertação de Mestrado da Universidade de Lisboa, Lisboa) Retirado de http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/5035/2/ulfpie039704_tm_Tese.pdf.
- Souza, B., Pires, F., Dewulf, L., Inocenti, A., Silva, A., & Misasso, A. (2013). Paciente em uso de quimioterápicos: depressão e adesão terapêutica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(1), 61-68.
- Spiegel, D., & Giese-Davis, J. (2003). Depression and cancer: Mechanisms and disease progression. *Biological Psychiatry*, 54, 269-282.
- Tavoli, A., Mohagheghi, A. M., Montazeri, A., Roshan, R., Tavoli, Z., & Omidvari, S. (2007).

- Anxiety and depression in patients with gastrointestinal cancer: Does knowledge of cancer diagnosis matter?. *Biomedcentral Gastroenterology*, 7(28), 1-7. doi:10.1186/1471-230X-7-28.
- Teng, T. C., Humes, C. E., & Demetrio, N. F. (2005). Depressão e comorbidades clínicas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32 (3), 149-159.
- Teunissen, S. C., Graeff, A., Voest, E. E., & Haes J. C. (2007). Are anxiety and depressed mood related to physical symptom burden? A study in hospitalized advanced cancer patients. *Palliative Medicine*, 21, 341–346.
- The WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.
- Tsunoda, A., Nakao, K., Hiratsuka, K., Yasuda, N., Shibusawa, M., & Kusano, M. (2005). Anxiety, depression and quality of life in colorectal cancer patients. *Japan Society of Clinical Oncology*, 10, 411-417. doi: 10.1007/s10147-0050524-7.
- Trancas, B., Cardoso, G. Luengo, A., Vieira, C., & Reis, D. (2010). Depressão no doente oncológico: Considerações diagnósticas e terapêuticas. *Acta Médica Portuguesa*, 23,1101-1112.
- Vodermaier, A., Linden, W., MacKenzie, R., Greig, D., & Marshall, C. (2011). Disease stage predicts post-diagnosis anxiety and depression only in some types of cancer. *British Journal of Cancer*, 105(12), 1814 – 1817. doi:10.1038/bjc.2011.503.
- Wilson, T. R., & Alexander, D. J. (2008). Clinical and no-clinical factors influencing postoperative health-related quality of life in patients with colorectal cancer. *British Journal of Surgery*, 95, 1408-1415. doi: 10.1002/bjs.6376.
- World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. Geneva: WHO.
- Zabora, J., Brintzenhofesoc, K., Curbow, B., Hooker, C., & Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology*, 10, 19-28.
- Zigmond, P., & Snaith, P. (1983). The hospital and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

Anexos

Anexo A- Pedido de autorização para utilização da EADH e do QLQ-C30

De: José Luis Pais Ribeiro (mailto:jlpr@fpce.up.pt)

Enviada: sábado, 23 de Novembro de 2013 01:16

Para: Silvana Tavares (silvana.tavares@ua.pt)

Não me oponho à utilização dos questionários que solicita cujas versões estudei para a língua portuguesa. O artigo de validação do QLQ C30 está disponível na página da EORCT e na internet. O HADS está no artigo de validação

José Luís Pais Ribeiro

jlpr@fpce.up.pt

mobile phone: (351) 965045590

web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

Em 22.11.2013 16:36, **Silvana Tavares escreveu:**

Bom dia,

Exmo. Senhor Professor Doutor José Luís Pais-Ribeiro,

Venho por este meio pedir a cedência dos instrumentos **"Hospital Anxiety and Depression Scale"** (HADS) validado no estudo *"Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale"* e **"Quality of Life Questionnaire Core-30"** (QLQ-C30 – V.3), validado para a população portuguesa e utilizado no estudo *"Validation study of the portuguese version of the QLC-C30-V.3"*. Os referidos instrumentos serão utilizados para a realização de um estudo científico que terá como principal objetivo "Estudar a relação entre as variáveis de ajustamento psicossocial (sintomatologia depressiva, ansiosa e qualidade de vida) e a adesão terapêutica em doentes com cancro colo-rectal."

Certa que a presente missiva será merecedora da sua maior atenção,

Com os meus melhores cumprimentos,

Silvana Tavares

Anexo B- Pedido de autorização para utilização do EORTC-QLQ-C30

Download

QLQ-C30 Core questionnaire, Lung, Breast, Head and Neck, Ovarian, Oesophageal, Gastric, Cervix, Multiple Myeloma, Oesophago-Gastric, Prostate, Colorectal Liver Metastases, Colorectal, Brain, Endometrial, Information, Bone Metastases, Hepatocellular Carcinoma, Carcinoid/Neuroendocrine Tumours and Elderly Modules

- Please complete the form below and submit it.
- On the following page, indicate those documents you require and submit your request.
- You will receive a email with instructions for downloading the documents.

PLEASE NOTE

That all EORTC modules are designed to be used in conjunction with the QLQ-C30 (Core questionnaire) and should **NOT** be used alone.

Title (eg Dr., Mr., Ms, etc)	<input type="text" value="Ms"/>
First Name	<input type="text" value="Silvana"/>
Last Name	<input type="text" value="Tavares"/>
Name of Hospital or Institution	<input type="text" value="Universidade de Aveiro"/>
Address	<input type="text" value="Glória"/>
State/County	<input type="text" value="Aveiro"/>
Postal code	<input type="text" value="3810-164"/>
Country	<input type="text" value="Portugal"/>
Telephone Number	<input type="text" value="915413294"/>
Fax Number	<input type="text"/>
E-mail address	<input type="text" value="silvana.tavares@ua.pt"/>
Title of Protocol	<input type="text" value="Ajustamento psicossocial e adesão terapêutica em doen"/>
Where did you hear about the EORTC QLQ-C30?	<input type="text" value="Academic colleague"/>
If "Other", please specify:	<input type="text"/>
<input type="button" value="Submit"/>	

Anexo C- Pedido de autorização para utilização da EAG

De: Sónia Mestre (soniamest@gmail.com)

Enviada: quarta-feira, 18 de Dezembro de 2013 10:52

Para: Silvana Tavares

3 anexos (total 188 KB)
Adesão.doc

Dra. Silvana,

Em anexo o instrumento que me pediu, bem como com as informações relativas à validade e resumo do referido instrumento. Se precisar de mais informações poderá consultar a minha tese de doutoramento, que se encontra on-line. Se tiver dificuldades em encontra-la poder-lhe-ei enviar. Com os melhores cumprimentos,

Sónia Mestre

Em 16.12.2013 19:27, **Silvana Tavares escreveu:**

Bom tarde,

Exma. Senhora Doutora Sónia Mestre,

Venho por este meio pedir a cedência do instrumento “**Escala de Adesão Geral**” (EAG) validado no estudo “**Validação de uma versão portuguesa da Escala de Adesão Geral do Medical Outcome Study**”. Os referidos instrumentos serão utilizados para a realização de um estudo científico que terá como principal objetivo “Estudar a relação entre as variáveis de ajustamento psicossocial (sintomatologia depressiva, ansiosa e qualidade de vida) e a adesão terapêutica em doentes com cancro colo-rectal.” Certa que a presente missiva será merecedora da sua maior atenção,

Com os meus melhores cumprimentos,

Silvana Tavares

Anexo D- Formulário de Consentimento

Consentimento Informado

Sou uma aluna do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade de Aveiro e, no âmbito da minha dissertação de mestrado, estou a realizar uma investigação que pretende medir níveis de ansiedade, depressão, qualidade de vida e adesão terapêutica em doentes com cancro colo-retal, sob a orientação da Doutora Sara Monteiro e a coorientação da Doutora Ana Torres.

A recolha de dados será realizada através do preenchimento dos questionários que se seguem.

Peço a sua colaboração voluntária nesta experiência, durante alguns minutos.

No final desta investigação, poderemos, se assim o desejar, fornecer informações mais detalhadas sobre a experiência e os resultados obtidos. A confidencialidade dos dados é inteiramente garantida e a sua participação só será utilizada após a autorização devidamente assinada.

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações à psicóloga se não estiver completamente esclarecido.

- Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e clarificados pela psicóloga, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que posso recusar a participação a qualquer momento e que os meus resultados serão exclusivamente usados para fim de investigação. Desejo colaborar no estudo de Mestrado da Psicóloga Silvana Tavares, autorizado pela Liga Portuguesa contra o Cancro da Delegação da Região Norte e pela Universidade de Aveiro.

Data: __/__/____

Nome: _____

Assinatura: _____

A equipa do projeto agradece a sua disponibilidade e colaboração.

*Para mais informações ou esclarecimentos
contactar: Silvana Tavares através do email:
silvana.tavares@ua.pt*

Anexo E- Protocolo de avaliação



Questionário Sócio-demográfico e clínico

Responda às questões, preenchendo os espaços em branco e colocando uma cruz (X) na opção que corresponde à sua situação.

1. Sexo: Masculino Feminino
2. Data de Nascimento: ___ / ___ / ____
3. Estado civil: _____
4. Nível de Escolaridade: _____
5. Profissão: _____
6. Situação Profissional: _____
7. Diagnóstico: _____
8. Recidiva Sim Não
9. Data do diagnóstico: ___ / ___ / ____
10. Estádio da doença: _____
11. Tipo de Tratamentos:

Tratamentos atuais	Tratamentos realizados
<input type="checkbox"/> Cirurgia	<input type="checkbox"/> Cirurgia
<input type="checkbox"/> Quimioterapia oral	<input type="checkbox"/> Quimioterapia oral
<input type="checkbox"/> Quimioterapia intravenosa	<input type="checkbox"/> Quimioterapia intravenosa
<input type="checkbox"/> Radioterapia	<input type="checkbox"/> Radioterapia
<input type="checkbox"/> Terapia hormonal	<input type="checkbox"/> Terapia hormonal
<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Outros _____

Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (EADH)

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 reação imediata a cada questão será provavelmente mais correta 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

- 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

Questionário de Qualidade de Vida (EORTC QLQ-C30-V3)

Gostaríamos de conhecer alguns pormenores sobre a sua saúde. Responda você mesmo/a, por favor, a todas as perguntas fazendo um círculo à volta do número que melhor se aplica ao seu caso. Não existem 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 grande distância a pé?	1	2	3	4
3. Custa-lhe dar um pequeno 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

Anexo F- Tabelas

Anexo F1

Comparação dos resultados dos sintomas psicopatológicos, da QdV e da Adesão Terapêutica, em função do estado civil.

	Mdn				H	p
	Solteiro (n=4)	Casado (n=23)	Viúvo (n=7)	Divorciado (n=1)		
EADH_D	22.00	15.33	23.36	26.00	4.77	.170
EADH_A	19.13	16.43	20.50	32.00	2.92	.441
EAG_T	15.00	18.33	19.43	12.50	.80	.890
QoL	8.75	19.17	20.86	8.00	5.34	.123
PF	12.75	20.37	12.21	25.00	5.15	.136
EF	12.00	19.65	16.57	14.00	2.33	.567
RF	13.38	18.85	18.21	15.50	1.10	.820
SF	13.13	18.41	20.93	7.50	2.64	.502
FA	20.13	17.15	19.93	15.50	.65	.914
NV	20.63	16.80	21.36	11.50	2.31	.550
PA	28.38	15.61	21.29	8.50	7.88	.053
DY	19.50	17.37	19.71	14.50	1.00	.765
SL	23.25	16.39	20.29	18.00	2.20	.585
AP	19.75	17.91	16.71	22.00	.44	.960
CO	18.75	16.70	21.00	24.00	1.60	.733
DI	16.88	17.63	20.57	13.00	1.20	.804
FI	14.88	16.76	22.43	28.00	3.25	.367

Anexo F2

Comparação dos resultados dos sintomas psicopatológicos, da QdV e da Adesão Terapêutica, em função do nível de escolaridade.

	Mdn				H	p
	1º ciclo (n=11)	3º ciclo (n=8)	Ensino secundário (n=10)	Ensino superior (n=6)		
EADH_D	11.00	7.50	10.50	11.50	2.26	.520
EADH_A	10.00	11.00	10.50	14.50	2.45	.484
EAG_T	26.00	23.50	24.50	24.00	6.47	.926
QoL	66.67	62.50	50.00	29.17	6.47	.091
PF	80.00	83.33	86.67	80.00	1.99	.589
EF	66.67	75.00	75.00	58.33	3.07	.381
RF	66.67	83.33	66.67	50.00	4.43	.221
SF	66.67	75.00	66.67	33.33	4.84	.183
FA	33.33	22.22	11.11	27.78	5.00	.172
NV	.00	.00	.00	16.67	3.35	.351
PA	.00	8.33	16.67	33.33	2.54	.479
DY	.00	.00	.00	.00	3.09	.397
SL	33.33	16.67	33.33	50.00	1.59	.678
AP	33.33	16.67	.00	50.00	8.17	.057
CO	33.33	.00	33.33	16.67	3.75	.301
DI	.00	.00	.00	.00	1.20	.290
FI	33.33	33.33	33.33	16.67	.41	.941

Anexo F3

Comparação dos resultados dos sintomas psicopatológicos, da QdV e da Adesão Terapêutica, em função da profissão

Profissão	Mdn								H	p
EADH_D	16.00	12.00	10.50	9.00	11.00	4.00	11.00	12.00	5.22	.63
EADH_A	15.00	12.00	10.50	11.00	10.50	5.00	10.00	12.00	6.58	.47
EAG_T	21.00	24.00	25.00	24.00	24.00	26.00	26.00	26.00	4.68	.69

QoL	33.33	20.83	37.50	50.00	58.33	66.67	50.00	66.67	10.42	.16
PF	73.33	70.00	86.67	86.67	90.00	80.00	73.33	100.00	12.42	.08
EF	33.33	45.83	66.67	75.00	75.00	91.67	66.67	91.67	10.75	.15
RF	50.00	41.67	66.67	83.33	83.33	33.33	66.67	83.33	16.38	.06
SF	50.00	33.33	41.67	66.67	75.00	100.00	66.67	83.33	11.26	.12
FA	55.56	55.56	27.28	22.22	11.11	33.33	44.44	.00	13.10	.06
NV	.00	41.67	8.33	.00	.00	33.33	.00	.00	8.25	.29
PA	33.33	41.67	.00	.00	8.33	16.67	16.67	.00	9.18	.24
DY	.00	16.67	.00	.00	.00	.00	.00	.00	4.35	.75
SL	66.67	66.67	50.00	.00	16.67	33.33	33.33	33.33	5.16	.72
AP	66.67	66.67	33.33	33.33	.00	.00	.00	33.33	13.58	.06
CO	.00	.00	16.67	33.33	.00	.00	33.33	33.33	6.49	.51
DI	33.33	33.33	.00	.00	.00	.00	.00	.00	4.84	.74
FI	.00	.00	16.67	33.33	33.33	100.00	33.33	.00	9.67	.20

Anexo F4

Comparação dos resultados dos sintomas psicopatológicos, da QdV e da Adesão Terapêutica, em função da situação profissional..

	Mdn			H	p
	Ativo (n=22)	Desempregado (n=6)	Reformado (n=7)		
EADH_D	11.00	10.00	8.00	.31	.861
EADH_A	11.00	10.50	10.00	2.30	.326
EAG_T	23.50	25.50	26.00	1.23	.553
QoL	45.83	54.17	66.67	1.53	.477
PF	84.24	93.33	80.00	2.78	.253
EF	70.83	75.00	66.67	2.11	.357
RF	66.67	75.00	66.67	.52	.777
SF	50.00	66.67	83.33	3.58	.170
FA	22.22	11.11	33.33	5.11	.074
NV	.00	.00	.00	1.57	.485
PA	8.33	8.33	16.67	1.09	.590
DY	.00	.00	.00	1.91	.476
SL	33.33	16.67	33.33	1.31	.520
AP	33.33	.00	.00	2.30	.324
CO	.00	16.67	33.33	.95	.647
DI	.00	.00	.00	.64	.778
FI	33.33	16.67	66.67	3.25	.198

Anexo F5

Correlação de Spearman entre estadiamento e sintomas psicopatológicos, QdV e Adesão Terapêutica.

	Estadiamento		
	r_s	p	r^2
EADH_D	.70	.665	.00
EADH_A	.04	.801	.00
EAG_T	-.10	.552	.01
PF	-.30	.078	.09
EF	-.12	.475	.01
RF	-.08	.625	.00
SF	-.20	.232	.04
FA	-.10	.562	.00
NV	-.07	.669	.00
PA	-.13	.427	.01
DY	-.20	.249	.04
SL	.16	.354	.02
AP	.22	.193	.04
CO	-.03	.853	.00
DI	-.22	.191	.04
FI	-.28	.09	.07

Anexo F6

Comparação dos resultados dos sintomas psicopatológicos, da QdV e da Adesão Terapêutica, em função do tratamento atual..

	Mdn		H	p
	Sem tratamento (n=24)	A receber tratamento (n=11)		
EADH_D	11.00	10.00	-.32	.766
EADH_A	11.00	10.00	.00	1.00
EAG_T	25.00	22.00	-1.62	.107
QoL	54.17	41.67	-1.31	.211
PF	86.67	80.00	-.90	.390
EF	75.00	50.00	-1.26	.224
RF	66.67	66.67	-1.24	.238
SF	66.67	33.33	-1.11	.283
FA	22.22	33.33	-1.31	.198
NV	.00	.00	-1.35	.252
PA	8.33	16.67	-.66	.540
DY	.00	.00	-1.58	.283
SL	33.33	66.67	-1.93	.067
AP	33.33	33.33	-.76	.494
CO	33.33	.00	-.11	.930
DI	.00	.00	-.67	.612
FI	33.33	33.33	-.55	.612

Anexo F7

Comparação dos resultados da QdV e Adesão Terapêutica, em função do sexo.

	Mdn		Z	p
	Feminino (n=25)	Masculino (n=10)		
EAG_T	24.00	25.50	-1.34	.186
QoL	50.00	62.50	-1.55	.131
PF	80.00	83.33	-.68	.506
EF	66.67	75.00	-1.41	.174
RF	66.67	75.00	-.09	.928
SF	66.67	83.33	-1.33	.98
FA	22.22	22.22	-.37	.733
NV	.00	8.33	-.86	.460
PA	16.67	16.67	-.35	.760
DY	.00	.00	-.105	.957
SL	33.33	16.67	-1.72	.105
AP	33.33	16.67	-.43	.706
CO	33.33	16.67	-.24	.843
DI	.00	.00	-.66	.602
FI	33.33	33.33	-.11	.928

Anexo F8

Correlação de Spearman entre idade e sintomas psicopatológicos, QdV e Adesão Terapêutica.

	Idade		
	r_s	p	r^2
EADH_D	.13	.441	.00
EADH_A	.04	.785	.00
EAG_T	.04	.785	.00
PF	-.11	.509	.01
EF	.09	.576	.00
RF	.26	.118	.06
SF	.32	.056	.10
FA	.03	.822	.00
NV	-.12	.477	.01
PA	-.15	.390	.02
DY	-.03	.826	.00
SL	-.01	.935	.00
AP	-.14	.421	.01
CO	.14	.397	.01
DI	.14	.422	.01
FI	.16	.335	.02

Anexo F9

Comparação dos resultados dos sintomas psicopatológicos e da QdV, em função do diagnóstico.

	Mdn			H	p
	Cancro do Cólon (n=12)	Cancro do Recto (n=12)	Cancro do Cólon e Recto (n=11)		
EADH_D	10.50	12.00	10.50	2.49	.287
EADH_A	10.50	13.00	10.50	3.00	.222
NV	.00	.00	33.33	3.82	.166
PA	8.33	.00	33.33	4.27	.120
CO	.00	33.33	33.33	1.528	.471
DI	.00	.00	.00	2.94	.223

Anexo F10

Correlação de Spearman entre período de tempo desde o diagnóstico e sintomas psicopatológicos, QdV e Adesão Terapêutica.

	Tempo desde o diagnóstico		
	r_s	p	r²
EADH_D	-.06	.718	.00
EADH_A	-.24	.163	.05
PF	.23	.168	.05
SF	.29	.090	.08
AP	-.30	.077	.09
CO	.18	.278	.03
DI	-.28	.095	.07
FI	-.01	.951	.00

Anexo F11

Comparação dos resultados dos sintomas psicopatológicos, da QdV, e da Adesão Terapêutica, em função dos tratamentos realizados.

	Mdn		Z	p
	Cirurgia + Q.T (i.v) (n=22)	Outros (n=12)		
EADH_D	10.50	11.00	-.60	.555
EADH_A	10.50	10.50	-.75	.468
EAG_T	24.50	25.00	-.91	.371
QoL	54.17	45.83	-1.63	.113
EF	75.00	58.33	-1.57	.121
RF	75.00	66.67	-2.00	.053
SF	66.67	50.00	-.93	.371
NV	.00	16.67	-1.73	.139
PA	8.33	16.67	-1.18	.271
DY	.00	.00	-1.34	.353
SL	33.33	66.67	-1.68	.113
AP	16.67	33.33	-1.37	.203
CO	16.67	33.33	-1.23	.271
DI	.00	.00	-.12	.933
FI	33.33	16.67	-.143	.906

Anexo F12

Correlação de Spearman entre Sintomatologia ansiosa, depressiva e as sub-escalas do instrumento de QdV.

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
1.EADH_A	-	.70**	-.33*	-.49**	-.37*	.35*	.45**	.35*	.45**
2.EADH_D	-	-	-.29 ^{ns}	-.45**	-.20 ^{ns}	.29 ^{ns}	.34*	.34*	.28 ^{ns}
3.PF	-	-	-	.59**	.52**	-.76**	-.59**	-.64**	-.53**
4.EF	-	-	-	-	.77**	-.66**	-.45**	-.66**	-.53**
5.SF	-	-	-	-	-	-.53**	-.46**	-.67**	-.54**
6.FA	-	-	-	-	-	-	.56**	.69**	-.59**
7.DY	-	-	-	-	-	-	-	.37*	.40*
8. SL	-	-	-	-	-	-	-	-	.56**
9. AP	-	-	-	-	-	-	-	-	-

* $p < .05$; ** $p < .001$

Anexo F 13

Correlação de Spearman entre Adesão terapêutica e as sub-escalas do instrumento de QdV.

	Adesão Terapêutica		
	r_s	p	r^2
PF	.30	.079	.09
RF	.17	.319	.02
NV	.01	.942	.00
PA	-.08	.621	.00
AP	-.18	.281	.03
CO	.00	1.000	.00
DI	-.25	.148	.06
FI	-.18	.290	.03