



Universidade do Minho

Escola de Psicologia

Ana Sofia Cordeiro Botelho

**Qualidade de Vida, Otimismo, *Coping*,
Morbilidade Psicológica e Stress
Intrafamiliar em Pacientes com
Cancro Colo-Retal em Quimioterapia**



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Ana Sofia Cordeiro Botelho

**Qualidade de Vida, Otimismo, *Coping*,
Morbilidade Psicológica e Stress
Intrafamiliar em Pacientes com
Cancro Colo-Retal em Quimioterapia**

Dissertação de Mestrado
Mestrado Integrado em Psicologia
Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho realizado sob a orientação da
Professora Doutora Maria da Graça Pereira Alves

Junho 2013

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA DISSERTAÇÃO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE;

Universidade do Minho, ___/___/_____

Assinatura: _____

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	iii
RESUMO	iv
ABSTRACT.....	v
INTRODUÇÃO	1
MÉTODO.....	5
RESULTADOS.....	7
DISCUSSÃO.....	13
LIMITAÇÕES.....	16
CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES	16
REFERÊNCIAS	17

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela1: Coeficiente de Correlação de Pearson (R) entre as variáveis psicológicas	9
Tabela 2: Diferenças nas variáveis Psicológicas em Função da Presença/Ausência de Estoma	8
Tabela 3: Diferenças nas Variáveis Psicológicas em Função da Duração do Diagnóstico	10
Tabela 4: Diferenças nas variáveis psicológicas em função do Tratamento Realizado	11
Tabela 5: Preditores da Qualidade de Vida	11
Tabela 6: Preditores da Morbidade Psicológica	12

AGRADECIMENTOS

À Prof.^a Dr.^a Maria da Graça Pereira Alves pela orientação e disponibilidade, importantes e indispensáveis à realização deste trabalho.

À Comissão de Ética dos Hospitais de Braga e Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, por terem autorizado a minha entrada e recolha de dados no serviço de oncologia.

A todas as enfermeiras do Serviço de Oncologia dos respetivos hospitais, em particular à enfermeira Maria José do hospital de Braga, e às enfermeiras Célia, Maria José, Ana e Belinda do hospital Divino Espírito Santo, pela ajuda na recolha de dados e pelas importantes palavras de incentivo.

Aos homens e mulheres que aceitaram participar no estudo, um obrigado muito especial pela partilha das suas experiências, as relacionadas e as não relacionadas com o problema de saúde atual. Sem a vossa ajuda a realização deste trabalho não teria sido possível, e nem faria sentido algum.

A todos os professores da minha licenciatura da Universidade dos Açores e a todos os professores do mestrado da Universidade do Minho, pelos conhecimentos transmitidos e pelos momentos divertidos que nos proporcionaram.

À minha mãe, ao meu pai e aos meus irmãos, Elson e Rui, pela ajuda, incentivo, carinho e amor prestados a todo o momento.

Ao meu namorado, Miguel, pela ajuda, incentivo, carinho, amor e muita paciência prestados desde sempre.

À minha família em geral e à Sr.^a Graça, Sr.^o Jordão, tia Josefina, tio João Pacheco, Tia Cristina, tio João Jacinto, madrinha Suzete, Joana Silva e primas em particular, por estarem sempre presentes e pelas palavras de incentivo.

À Joana Benevides, Elizabete Pereira, Mónica Raposo, Kelly Monte, Ana Vale, Catarina Botelho, Ana Rita Tavares, Mónica Freitas, Matilde Sabino, Tânia Pimentel, Carla Medeiros, Soraia Ribeiro, Beatriz Bettencourt, Sara Pavão, pelos momentos de alegria e de tristeza que passámos juntas, pelo companheirismo, pela aprendizagem em conjunto e pelo carinho.

À Raquel Rebelo, Fernanda Dias, Ana Rita Tavares, Catarina Torres e Cristiana Torres, pelo último ano em que vivemos juntas, pelo vosso imenso apoio, carinho, amizade e dedicação.

Por fim, e não menos importante, um agradecimento à Catarina Ribeiro e Mafalda Ponte, pela ajuda e pelos momentos divertidos e, até mesmo, os de *stress* proporcionados ao longo da realização deste trabalho.

Qualidade de Vida, Otimismo, *Coping*, Morbilidade Psicológica e Stress Intrafamiliar em Pacientes com Cancro Colo-Retal em Quimioterapia

RESUMO

Este estudo analisou as diferenças na qualidade de vida, otimismo, *coping*, morbilidade psicológica e *stress* intrafamiliar em pacientes com e sem estoma, em função da duração do diagnóstico e tipo de tratamento, as relações entre as variáveis e os preditores da qualidade de vida e morbilidade psicológica.

A amostra foi composta por 100 pacientes com cancro colo-retal em quimioterapia. Os participantes foram recrutados dos Hospitais de Braga e Divino Espírito Santo de Ponta Delgada.

Os resultados mostraram que os pacientes ostomizados não se diferenciaram dos não ostomizados ao nível do otimismo, *coping*, *stress* intrafamiliar, morbilidade psicológica e qualidade de vida, porém tenderam a possuir mais dor. Os pacientes diagnosticados há menos de 1 ano possuem melhor qualidade de vida ao nível do funcionamento físico e mais *stress* intrafamiliar. Os que realizaram cirurgia/quimioterapia possuem mais *stress* intrafamiliar. A morbilidade psicológica mostrou ser um preditor da qualidade de vida e o otimismo, o *stress* intrafamiliar e a qualidade de vida mostraram ser preditores da morbilidade psicológica.

Os resultados enfatizam a necessidade de intervenção particularmente nos pacientes diagnosticados há menos de um ano e os que realizaram cirurgia/quimioterapia que apresentam maior risco.

Palavras-chave: Qualidade de vida, otimismo, *coping*, morbilidade psicológica, *stress* intrafamiliar

Quality of Life, Optimism, *Coping*, Psychological Morbidity and Intrafamilial Stress in Patients of Colorectal Cancer in Chemotherapy

ABSTRACT

This study examined the differences in quality of life, optimism, coping, psychological morbidity and intrafamilial stress in patients with and without stoma, depending on the duration of diagnosis and type of treatment, relationships between variables and predictors of quality of life and psychological morbidity.

The sample was comprised of 100 patients with colorectal cancer in chemotherapy. Participants were recruited from Braga Hospital and Divino Espirito Santo in Ponta Delgada.

The results showed that ostomy patients did not differ from non-ostomy at the level of optimism, coping, intrafamilial stress, psychological morbidity and quality of life, but tend to have more pain. Patients diagnosed less than 1 year have a better quality of life to the level of physical functioning and more intrafamilial stress. Those who underwent surgery / chemotherapy have more intrafamilial stress. The psychological morbidity was found to be a predictor of quality of life and optimism, intrafamilial stress and quality of life were shown to be predictors of psychological morbidity.

The results emphasize the need for intervention particularly in patients diagnosed less than a year and in those who underwent surgery / chemotherapy that are more at risk.

Keywords: Quality of life, optimism, coping, psychological morbidity, intrafamilial stress

INTRODUÇÃO

O cancro colo-retal constitui a segunda principal causa de morte por neoplasia no sexo feminino (570000 casos, 9,4%) e a terceira no sexo masculino (663000 casos, 10%), a nível mundial (Ferlay & Shin, 2010). Em Portugal, de acordo com o Registo Nacional de Oncologia, a incidência do cancro colo-retal é de 33,4% para as mulheres e 42,8% para os homens (Pontes, 2005).

A cirurgia e a quimioterapia são tratamentos no cancro colo-retal (Anjos & Zago, 2006). Do procedimento cirúrgico pode surgir um estoma para a saída de fezes advindas do intestino grosso (cólon), podendo ser temporário ou definitivo (Castro *et al.*, 2011). Esta situação pode acarretar alterações na vida dos pacientes ostomizados, nomeadamente a presença de depressão que pode dificultar as suas relações familiares (Castro *et al.*, 2011), podendo contribuir para o surgimento de *stress* intrafamiliar e podendo afetar a sua qualidade de vida (Michelone & Santos, 2004)

Mahjoubi *et al.* (2012) verificaram que a existência de um estoma estava associada a um maior comprometimento da qualidade de vida destes pacientes, nomeadamente ao nível do funcionamento emocional. No estudo de Chaves e Gorini (2011), os resultados relativos à qualidade de vida dos pacientes com cancro colo-retal em quimioterapia demonstraram que o domínio psicológico e o das relações sociais foram os mais afetados. Também verificaram que à medida que os pacientes se aproximavam do fim do tratamento percecionavam a sua qualidade de vida como sendo mais positiva (Chaves e Gorini, 2011).

Pereira *et al.* (2012) realizaram um estudo em que concluíram que os domínios mais afetados da qualidade de vida foram o físico, psicológico e o social e que o sexo feminino, ter renda baixa, não ter parceiro sexual e ter falta de orientação são os fatores sociodemográficos e clínicos que apresentam diferenças na qualidade de vida. Porém, os pacientes apresentaram uma qualidade de vida satisfatória apesar de viverem com estoma intestinal irreversível (Pereira *et al.*, 2012).

Gray *et al.* (2011) realizaram um estudo em que concluíram que os fatores como fadiga e a depressão, são os que mais afetam a qualidade de vida dos pacientes com cancro colo-retal. Couvreur (2001) acrescenta que a dor é um sintoma que perturba a qualidade de vida destes pacientes, contribuindo para diminuição das relações sociais, alterações psicológicas e surgimento de *stress* a nível familiar.

De facto, ao longo da literatura (Turagabeci *et al.*, 2007; Pereira & Roncon, 2010) verificou-se que o *stress* intrafamiliar encontra-se inversamente relacionado com a qualidade de vida e de forma direta com a morbidade psicológica.

O diagnóstico de cancro ocorre dentro de um sistema familiar, que é afetado em maior ou menor grau por este evento. (Salci & Marcon, 2010). Todas as alterações e consequentes reajustamentos advindos do diagnóstico de cancro, podem contribuir para que a família os percecionem como uma fonte de *stress* familiar (Alves *et al.*, 2007). Segundo Pereira e Lopes (2005), o *stress* familiar surge quando não existe um equilíbrio entre as exigências, advindas do diagnóstico e tratamento de cancro por exemplo, e os recursos que as famílias possuem. São poucos os estudos que enfatizam o *stress* intrafamiliar em pacientes com cancro. Porém, no estudo realizado por Casmarrinha (2008), verificou-se que os familiares dos doentes oncológicos em fim de vida tanto possuíam sentimentos de perda eminente como valorizavam a vida e os últimos momentos junto do ente querido. Esta situação pode acarretar alterações psicológicas, dado a incerteza relativamente à morte do familiar que podem contribuir para o surgimento de *stress* na família.

Baider *et al.* (1989) estudaram o ajustamento dos casais em que um dos parceiros possui cancro do cólon. Concluíram que os pacientes do sexo masculino adaptavam-se melhor à doença do que os pacientes do sexo feminino. Por outro lado, os parceiros do sexo feminino ajustavam-se melhor do que os demais. Esta situação de constantes ajustes e reajustes do casal, e restante família, ao diagnóstico de cancro pode contribuir para o surgimento de *stress* familiar, e consequentemente para diminuição da qualidade de vida do doente (Pereira & Roncon, 2010).

Hacpille (2000) partilha a opinião de que os doentes de cancro apresentam alterações a nível psicológico sendo as mais frequentes, a ansiedade e a depressão. Sendo assim, o estudo de Pereira e Figueiredo (2008) concluiu que os doentes com cancro colo-retal 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, os que possuíam uma ostomia apresentavam níveis mais elevados de ansiedade e depressão em comparação com os demais.

No estudo de Hyphantis *et al.* (2011), verificou-se que os sintomas de ansiedade e depressão aumentaram de forma significativa nos pacientes com cancro colo-retal, sendo que os homens apresentaram maior risco de desenvolver sintomatologia depressiva, e que as dimensões da qualidade de vida diminuíram de forma significativa durante o período de um ano. Também se verificou que o *distress* psicológico era um forte preditor da qualidade de vida (Hyphantis

et al., 2011). O estudo realizado por Pereira *et al.* (2011) também verificou que a ansiedade e a depressão foram os principais preditores da qualidade de vida destes doentes.

Alacacioglu *et al.* (2010) verificaram que a morbidade psicológica estava correlacionada com a qualidade de vida dos doentes com cancro colo-retal. No estudo de Cotrim e Pereira (2008), a morbidade psicológica do paciente com cancro colo-retal contribuiu para a diminuição da sua qualidade de vida.

Tsunoda *et al.* (2005) verificaram que a depressão possui um maior impacto na qualidade de vida global dos doentes com cancro colo-retal do que a ansiedade.

Estudos têm ressaltado a importância da religião como estratégia de *coping* utilizada por doentes para enfrentarem situações adversas, como um diagnóstico de cancro, aliando-as ao suporte emocional, instrumental e informativo (Panzini & Bandeira, 2007; Liberato & Macieira, 2008). Deste modo, no estudo de Murken *et al.* (2010), verificou-se que os homens utilizavam mais o pensamento positivo e apresentavam estratégias de *coping* orientadas para o problema mais depressivas e menos ativas e que as mulheres usavam mais o *coping* religioso do que os homens. Para além disso, constatou-se uma forte correlação entre o uso do *coping* religioso e uma maior adaptação das mulheres à doença quando comparadas com os homens (Murken *et al.*, 2010).

Segundo McCaul *et al.* (1999), o *coping* a que os indivíduos recorrem para enfrentarem situações stressantes, como um diagnóstico de cancro, pode influenciar a qualidade de vida dos mesmos. Assim sendo, Balboni e cols. (2007) referem que muitos estudos realizados com pacientes oncológicos têm demonstrado que a religião relaciona-se de forma positiva com a qualidade de vida. Tarakeshwar e cols. (2006) referem que a utilização, de forma frequente, do *coping* religioso negativo relaciona-se de forma negativa com a qualidade de vida dos doentes. Pargament (1997) classificou as estratégias religiosas em positivas ou negativas consoante os resultados benéficos ou negativos, respetivamente.

Gonçalves (2006) estudou o tipo de *coping* utilizado por sobreviventes de cancro do cólon e do reto e concluiu que eles utilizavam predominantemente as estratégias de *coping* ativo, nomeadamente cognitivas e comportamentais.

Mattews e Cook (2009) verificaram que o otimismo constitui uma dimensão importante em pessoas com cancro, dado os estudos enfatizarem o papel do otimismo na adaptação à doença. Sendo assim, Friedman *et al.* (1992) verificaram que o otimismo disposicional relacionava-se de forma positiva com *coping* comportamental-ativo. Por outro lado, o *coping* de evitamento encontrava-se negativamente relacionado com o otimismo disposicional (Friedman *et al.*, 1992).

No estudo de Mazanec *et al.* (2010), verificou-se que o otimismo disposicional não foi considerado um fator primordial para a qualidade de vida relacionada em pacientes com cancro, pelo menos no momento inicial do diagnóstico e tratamento. Por outro lado, há estudos que comprovam a existência de uma influência positiva do otimismo na qualidade de vida de pacientes com cancro colo-retal nomeadamente, ao nível do bem-estar, emocional e funcional destes doentes (Steginga *et al.*, 2009).

Hodges e Winstanley (2012) realizaram um estudo, que teve por objetivo investigar o efeito do otimismo em sobreviventes de cancro e verificaram que o otimismo exercia um efeito positivo direto nestes pacientes (Hodges & Winstanley, 2012).

O estudo realizado por Sulkers *et al.* (2012) tinha por objetivo estudar os níveis de otimismo e pessimismo com cancro comparando-os com um grupo de controlo saudável. Verificaram que apesar dos pacientes com cancro não serem mais otimistas do que o grupo de controlo, eram significativamente menos pessimistas (Sulkers *et al.*, 2012).

Gustavsson-Lillius *et al.* (2012) pretenderam estudar também as relações entre o otimismo e o *distress* (depressão e ansiedade) em pacientes com cancro e verificaram que os pacientes mais otimistas mencionaram menos sintomas de ansiedade e depressão quando comparados com os indivíduos menos otimistas.

Tendo em consideração o Modelo Stress-Coping na Doença Crónica (Maes *et al.*, 1996), as características da doença, e factores sócio demográficos juntamente com a resposta emocional e cognitiva à doença influenciam o coping considerado preditor da qualidade de vida. No presente estudo, foi apenas estudado a resposta emocional à doença através da morbidade psicológica. Segundo o modelo, o coping é influenciado por recursos externos e internos. Ao nível dos recursos externos foi avaliado o *stress* intrafamiliar e ao nível dos recursos internos, o otimismo. As variáveis clínicas estudadas foram a presença de estoma, tipo de tratamento e duração do diagnóstico e ao nível das variáveis sociodemográficas, a idade, sexo e grau de escolaridade. Tendo por base este modelo, o presente estudo teve por objetivo analisar a relação entre as variáveis *stress* intrafamiliar, morbidade psicológica, otimismo, coping e qualidade de vida; analisar o impacto da presença/ausência de estoma, duração do diagnóstico e do tipo de tratamento (cirurgia/quimioterapia e quimioterapia), nas referidas variáveis, e conhecer os melhores preditores da qualidade de vida e da morbidade psicológica.

MÉTODO

Amostra

A amostra deste estudo foi constituída por 100 pacientes, 44 mulheres e 56 homens, com cancro colo-retal a realizarem quimioterapia, com idades compreendidas entre os 32 e os 82 anos ($X = 62,10$, $DP = 10,98$), sendo que 55% possuía baixa escolaridade (não sabiam ler nem escrever ou tinham o 1º ciclo) e 45% possuía escolaridade alta (2º ou 3º ciclo, secundário ou ensino superior). 67% dos participantes foram diagnosticados há menos de 1 ano ao passo que 33% foram diagnosticado há mais de 1 ano. A maioria dos pacientes realizou cirurgia (87%) e 80% não possuía estoma.

Procedimento

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética dos hospitais de Braga e Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, tendo sido autorizada a recolha de dados no serviço de oncologia destes hospitais. Os participantes foram convidados pelos investigadores a participarem no estudo após ter sido explicado os objetivos e de ter sido garantida a confidencialidade dos dados recolhidos. Os indivíduos que concordaram em participar assinaram o consentimento informado e receberam um caderno de questionários para completarem. Os critérios de inclusão foram: (1) estar a realizar tratamento de quimioterapia; (2) ter idade superior a 18 anos; (3) ser capaz de responder aos questionários por escrito ou em forma de entrevista.

Instrumentos

Os participantes completaram um questionário sociodemográfico, constituído por 9 perguntas sobre dados sociodemográficos e clínicos (Pereira & Botelho, 2011).

Brief COPE. Para aceder aos estilos e estratégias utilizadas pelos pacientes para lidarem com a doença utilizou-se o instrumento desenvolvido por Carver (1997). O questionário, de 28 itens, mede 14 estilos e estratégias de coping. Os alfas das escalas variaram entre .50 e .90. A versão adaptada de Pais Ribeiro e Rodrigues (2004) apresentou as mesmas propriedades da versão original (Carver, 1997), sendo que os alfas variaram entre .55 e .84. Neste estudo, os alfas das escalas variaram entre .50 e .94, tendo sido utilizadas as escalas de coping de religião, coping ativo e coping de suporte social emocional cujos alfas assim o permitiam.

EORTC QLQ-30. Para avaliar a qualidade de vida dos pacientes utilizou-se o instrumento desenvolvido por Aaronson *et al.* (1993). Este instrumento, de 30 itens, avalia diversas dimensões da qualidade de vida através de cinco escalas de funcionamento (físico, de papéis, cognitivo, emocional e social), três de sintomas (fadiga, dor, e náuseas/vómitos), uma de

saúde/QV global e vários itens que avaliam diversos sintomas como perda de apetite, dispneia, problemas no sono, obstipação e diarreia. Um resultado nas escalas de funcionamento e na de saúde/qualidade de vida geral representa um elevado nível de funcionamento e qualidade de vida. Um resultado nas escalas de sintomas representa um elevado nível de sintomatologia ou problemas. Os alfas das escalas variaram entre .54 e .86. A versão adaptada de Pais Ribeiro *et al.* (2008) apresentou as mesmas propriedades da versão original (Aaronson *et al.*, 1993), sendo que os alfas variaram entre .57 e .88. Neste estudo, os alfas das escalas variaram entre .53 e .89, tendo sido utilizadas nos testes de hipóteses as escalas funcionamento físico, social, emocional e cognitivo, saúde/QV global, fadiga e dor, cujos alfas assim o permitiam.

Index of Family Relations (IFR) de Hudson (1993). O instrumento é constituído por 25 itens. Valores elevados indicam níveis elevados de *stress* intrafamiliar. O alfa de Cronbach foi de .95. No presente estudo utilizou-se o questionário adaptado por Pereira e Roncon (2010). O alfa de foi .95, revelando propriedades adequadas para avaliar as relações familiares (Pereira & Roncon, 2010). Neste estudo, o valor do alfa foi de .95.

Life Orientation Test – Revised (LOT-R). Para avaliarmos o otimismo disposicional como característica estável dos indivíduos utilizamos o instrumento de Scheier *et al.* (1994). O instrumento é constituído por 10 itens. Quanto maior a pontuação, maior o otimismo disposicional. O valor do alfa foi de .78. A versão portuguesa de Laranjeira (2008) possui as mesmas propriedades do instrumento original (Scheier *et al.*, 1994), apresentando um alfa de .71. Neste estudo, o alfa de Cronbach foi de .82. O estudo da validade inclui a análise fatorial em componentes principais. Os resultados obtidos revelaram que a melhor solução incluía um fator que explicava 56,05% da variância total dos resultados.

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Para avaliarmos a ansiedade e a depressão em pacientes oncológicos utilizamos o instrumento desenvolvido por Zigmond e Snaith (1983). O HADS é constituído por duas subescalas, ansiedade e depressão, cada uma com 7 itens. Maior pontuação corresponde a maior morbidade psicológica. A versão portuguesa de McIntyre *et al.* (1999) possui as mesmas propriedades do instrumento original, apresentando um alfa de .94 na escala total, .91 na subescala ansiedade e de .88 para a depressão. Neste estudo o alfa da escala total foi de .87, .84 na subescala ansiedade e de .73 na da depressão.

Análise de Dados

Para avaliarmos as relações entre as variáveis psicológicas foi utilizado o Coeficiente de Correlação de *Pearson*. Para testar as diferenças na qualidade de vida, otimismo, morbidade psicológica, *stress* intrafamiliar e o *coping* em função da presença (n = 20) /ausência (n = 80) de estoma e em função do tipo de tratamento realizado, cirurgia/quimioterapia (n = 87) e quimioterapia (n = 13), foi utilizado o teste de Mann-Whitney, por não estarem cumpridos os pressupostos subjacentes à realização de um teste paramétrico. Para testar as diferenças nas variáveis psicológicas em função da duração do diagnóstico, menos de 1 ano (n = 67) e mais de 1 ano (n = 33), foi utilizado o teste da MANOVA para as subescalas e o T-Teste para os totais das escalas das variáveis. Os melhores preditores da qualidade de vida e da morbidade psicológica foram avaliados através da Regressão Linear Múltipla (método *Enter*), tendo sido introduzidas como preditores apenas as variáveis que se relacionaram com a variável dependente. Para analisar as diferenças nas variáveis psicológicas e clínicas em função do sexo, feminino (n = 44) e masculino (n = 56), e da escolaridade, baixa (n = 55) e alta (n = 45), foi utilizado a MANOVA para as subescalas e o t-teste para os totais das escalas; e em função da idade, inferior a 50 anos (n = 14) e superior a 50 anos (n = 86), foi utilizado o teste de Mann-Whitney.

RESULTADOS

Relação entre otimismo, coping, qualidade de vida, morbidade psicológica e stress intrafamiliar

Os resultados mostraram uma relação positiva significativa entre o otimismo e a qualidade de vida (*EORTC QLQ-30*) ($r = .332, p = .001$) e o *coping* ativo ($r = .217, p = .030$); e uma relação negativa significativa com a morbidade psicológica ($r = -.491, p < .001$). Sendo assim, os pacientes mais otimistas percebem melhor a sua qualidade de vida e utilizam mais o *coping* ativo como estratégia para lidarem com a doença quando comparados com os pacientes menos otimistas que por sua vez, possuem mais morbidade psicológica, ansiedade e depressão. O *coping* de suporte social emocional relacionou-se positivamente com a depressão ($r = .219, p = .028$) e negativamente com a qualidade de vida, ao nível do funcionamento físico ($r = -.321, p = .001$). Os pacientes que utilizam o *coping* suporte social emocional possuem níveis mais elevados de depressão e menor funcionamento físico. O *coping* religioso relacionou-se negativamente com a qualidade de vida, subescala

funcionamento físico ($r = -.219, p = .028$). Sendo assim, os pacientes que mais utilizam o *coping* religioso possuem menor funcionamento físico. A qualidade de vida relaciona-se de forma negativa com a morbidade psicológica ($r = -.424, p < .001$). Os pacientes que percebem a sua qualidade de vida como sendo boa possuem menores níveis de morbidade psicológica, ansiedade e depressão do que os que percebem a sua qualidade de vida como sendo pobre. A morbidade psicológica relacionou-se positivamente com o *stress* intrafamiliar ($r = .23, p = .019$). Assim, os pacientes que apresentam mais morbidade psicológica apresentam igualmente mais *stress* intrafamiliar (tabela 1).

Diferenças ao nível da qualidade de vida, otimismo, morbidade psicológica, stress intrafamiliar e coping em função da presença/ausência de estoma

Verificaram-se diferenças marginalmente significativas na qualidade de vida ao nível da subescala dor ($U = 589, p = .051$). Os pacientes ostomizados tendem a possuir mais dor em comparação com os não ostomizados. Não se verificaram diferenças significativas nas restantes variáveis (tabela 2).

Tabela 2: Diferenças nas variáveis Psicológicas em Função da Presença/Ausência de Estoma

Variáveis Psicológicas	Presença de estoma (n =20)	Ausência de estoma (n =80)	U
	Ordem média	Ordem média	
EORTC QLQ-30			
Dor	61,05	47,86	589 [†]
Fadiga	51,03	50,37	789,5
Funcionamento Físico	47,48	51,26	739,5
Funcionamento Cognitivo	55,40	49,28	702
Funcionamento Emocional	55,08	49,36	708,5
Funcionamento Social	47,30	51,30	736
Saúde/QV Global	49,08	50,86	771,5
HADS	41,60	52,73	622
Ansiedade	44,13	52,09	672,5
Depressão	41,13	52,84	612,5
LOT-R	53,73	49,69	735,5
IFR	51,95	50,14	771
COPE			
Ativo	51,10	50,35	788
Suporte Social Emocional	51,18	50,33	786,5
Religião	52,95	49,89	751

[†] $p < .10$

Tabela 1: Coeficiente de correlação de Pearson entre as Variáveis Psicológicas

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1.FF	-----													
2.FE	.34***	-----												
3.FS	.45***	.52***	-----											
4.FC	.29**	.44***	.43***	-----										
5.S/QVG	.28**	.49***	.47***	.26*	-----									
6.Fadiga	-.45***	-.47***	-.48***	-.45***	-.46***	-----								
7.Dor	-.30**	-.13	-.30**	-.11	-.32**	.54***	-----							
8.C. Ativo	-.05	.03	.06	.05	.14	-.13	-.10	-----						
9.C.S.S.E	-.32**	-.11	-.06	-.13	.05	.09	.09	.31**	-----					
10.C. R.	-.22*	-.11	.03	-.02	-.01	.12	.09	.17	.22*	-----				
11.LOT-R	.36***	.41***	.31**	.23*	.33**	.02	.04	.22*	-.05	.13	-----			
12.HADS	-.33**	-.65***	-.56***	-.50***	-.42***	.42***	-.49***	-.07	.14	-.00	-.49***	-----		
13.HADS-A	-.20*	-.59***	-.49***	-.44***	-.33**	.31**	-.40***	-.03	.05	-.02	-.40***	.93***	-----	
14.HADS-D	-.43***	-.60***	-.53***	-.47***	-.46***	.47***	-.51***	-.10	.22*	.03	-.51***	.89***	.66***	-----
15.IFR	.14	-.06	-.08	.00	-.14	.01	.04	.07	-.09	-.11	-.02	.23*	.34**	.05

*p < .05; **p < .01; ***p < .001

FF (funcionamento físico), FE (funcionamento emocional), FS (funcionamento social), FC (funcionamento cognitivo), S/QVG (saúde/qualidade de vida global), C.S.S.E (*coping* suporte social emocional), C.R. (*coping* religião), LOT-R (otimismo), HADS (morbilidade psicológica), HADS-A (ansiedade), HADS-D (depressão), IFR (*stress* intrafamiliar)

Diferenças nas Variáveis Psicológicas em função da Duração do Diagnóstico

Existem diferenças significativas na qualidade de vida ao nível do funcionamento físico ($F(1,98) = 6.707, p = .011$) e marginalmente significativas no *coping* religião ($F(1,98) = 2.885, p = .093$) e do *stress* intrafamiliar ($t(93,741) = 1.939, p = .056$). Os pacientes diagnosticados há menos de 1 ano possuem maior funcionamento físico e tendem a possuir mais *stress* intrafamiliar. Por outro lado, os pacientes diagnosticados há mais de 1 ano utilizam mais o *coping* religioso. Não se verificaram diferenças significativas ao nível das restantes variáveis (tabela 3).

Tabela 3: Diferenças nas Variáveis Psicológicas em Função da Duração do Diagnóstico

Variáveis Psicológicas	Menos de 1 ano (n = 67)	Mais de 1 ano (n = 33)	T (98;93,74) / F (1,98)
	M (DP)	M (DP)	
EORTC QLQ-30			
Dor	3.19 (1.89)	3.82 (1.81)	2.47
Fadiga	6.40 (2.60)	7.00 (2.74)	1.13
Funcionamento Físico	16.27 (2.77)	14.64 (3.33)	6.71*
Funcionamento Cognitivo	7.03 (1.45)	6.73 (1.38)	1.00
Funcionamento Emocional	11.90 (3.73)	11.12 (4.00)	0.91
Funcionamento Social	6.88 (1.66)	6.27 (1.96)	2.64
Saúde/QV Global	9.52 (2.70)	8.85 (2.25)	1.53
HADS	10.60 (7.53)	11.06 (7.86)	-0.29
Ansiedade	6.28 (4.67)	6.09 (4.74)	0.04
Depressão	4.31 (3.69)	4.97 (3.62)	0.71
COPE			
Ativo	3.90 (1.99)	3.52 (2.11)	0.78
Suporte Social emocional	3.66 (2.26)	3.58 (2.51)	0.03
Religião	3.84 (2.13)	4.58 (1.87)	2.89 [†]
LOT-R	16.90 (5.48)	15.48 (6.81)	1.12
IFR	31,65 (12.73)	28,22 (4.83)	1.94 [†]

[†] $p < .10, *p < .05$

Diferenças nas variáveis psicológicas em função do tratamento realizado (quimioterapia/cirurgia e quimioterapia)

Existem diferenças significativas entre os pacientes que foram submetidos a tratamentos de quimioterapia/cirurgia e os que só foram submetidos a tratamento de quimioterapia ao nível do *stress* intrafamiliar (IFR) ($U = 355,5, p = .029$). Os pacientes que realizaram quimioterapia/cirurgia possuem maior *stress* intrafamiliar em comparação com os que só receberam quimioterapia (tabela 4). Não se verificaram diferenças ao nível das restantes variáveis.

Tabela 4: Diferenças nas Variáveis Psicológicas em função do Tratamento Realizado

Variáveis	Quimioterapia/ Cirurgia (n =87)	Quimioterapia (n =13)	U
	Ordem média	Ordem média	
IFR	52,91	34,35	355,5*
COPE			
Ativo	49,67	56,08	493
Suporte Social Emocional	51,09	46,54	514
Religião	51,50	43,81	478,5
EORTC QLQ-30			
Dor	49,67	56,04	493,5
Fadiga	50,26	52,08	545
Saúde/QV Global	49,80	55,19	504,5
Funcionamento Físico	50,55	50,15	561
Funcionamento Emocional	50,34	51,54	552
Funcionamento Cognitivo	51,10	46,46	513
Funcionamento Social	50,76	48,73	542,5
HADS	51,05	46,85	518
Ansiedade	50,94	47,54	527
Depressão	50,87	48	533
LOT-R	51,95	40,81	439,5

* $p < .05$

Preditores da Qualidade de Vida

A depressão prevê a qualidade de vida dos pacientes, explicando 19,7% da variância. Quanto maior a sintomatologia depressiva apresentada pelos pacientes em estudo, pior é a sua percepção da qualidade de vida (Beta = -.359, $t = -2.810$, $p = .006$). Não se verificaram diferenças significativas ao nível das restantes variáveis (tabela 5).

Tabela 5: Preditores da Qualidade de Vida

Variáveis	Qualidade de Vida			
	R^2 (R^2 aj)	F (3,96)	β	t
Depressão			-.36	-2.81**
Ansiedade	.22 (.20)	9.12***	-.04	-.35
Otimismo			.13	1.27

** $p < .01$, *** $p < .001$

Preditores da Morbilidade Psicológica

O otimismo, a qualidade de vida e o *stress* intrafamiliar previram a morbilidade psicológica dos pacientes, explicando 33,3% da variância. Quanto maior o otimismo e a percepção da qualidade de vida menor a morbilidade psicológica apresentada pelos pacientes (Beta = -0,401, $t = -4,6$, $p < .001$) (Beta = -0,264, $t = -3,001$, $p = .003$), respetivamente. Por outro lado, quanto maior o *stress* intrafamiliar maior a morbilidade psicológica (Beta = 0,190, $t = 2,285$, $p = .025$), (tabela 6).

Tabela 6: Preditores da Morbilidade Psicológica

Variáveis	Morbilidade Psicológica			
	R^2 (R^2 aj)	F (3,96)	β	t
Qualidade de Vida			-.26	-3.00**
<i>Stress</i> Intrafamiliar	.35 (.33)	17.46***	.19	2.29*
Otimismo			-.40	-4.60***

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Diferenças ao nível das Variáveis Psicológicas e Clínicas em função do Sexo.

Existem diferenças significativas em função do sexo ao nível do funcionamento social (*EORTC QLQ-30*) ($F(1,98) = 8.619$, $p = .004$), saúde e qualidade de vida global (*EORTC QLQ-30*) ($F(1,98) = 5.466$, $p = .021$), fadiga (*EORTC QLQ-30*) ($F(1,98) = 11.635$, $p = .001$), e dor (*EORTC QLQ-30*) ($F(1,98) = 4.472$, $p = .037$); do *coping* religião ($F(1,98) = 4.538$, $p = .036$), e da morbilidade psicológica ($t(98) = 2.736$, $p = .007$), e depressão ($F(1,98) = 10.266$, $p = .002$) (HADS). As mulheres possuem mais morbilidade psicológica, depressão, fadiga e dor e utilizam mais o *coping* religioso. Os homens, por outro lado, possuem maior funcionamento social e percebem melhor a sua qualidade de vida. Não foram encontradas diferenças significativas ao nível das restantes variáveis.

Diferenças ao nível das Variáveis Psicológicas e Clínicas em função da Idade.

Existem diferenças significativas em função da idade ao nível do funcionamento emocional (*EORTC QLQ-30*) ($U = 386.5$, $p = .031$) e social ($U = 373$, $p = .013$); e do *coping* suporte social emocional ($U = 406.5$, $p = .044$). Os pacientes com mais de 50 anos de idade possuem maior funcionamento emocional e social e utilizam mais o *coping* suporte social emocional em comparação com os pacientes com menos de 50 anos. Não foram encontradas diferenças significativas ao nível das restantes variáveis.

Diferenças ao nível das Variáveis Psicológicas e Clínicas em função da Escolaridade.

Existem diferenças significativas em função da escolaridade ao nível do funcionamento físico ($F(1,98) = 4.076, p = .046$), do *coping* suporte social emocional ($F(1,98) = 7.789, p = .006$), do *coping* religião ($F(1,98) = 15.285, p < .001$) e do *stress* intrafamiliar ($t(77,439) = -2.156, p = .034$). Os pacientes com baixa escolaridade utilizam mais o *coping* suporte social emocional e religioso. Os pacientes com maior escolaridade, por sua vez, possuem maior funcionamento físico e mais *stress* intrafamiliar. Não foram encontradas diferenças significativas ao nível das restantes variáveis.

DISCUSSÃO

O presente estudo mostrou que os pacientes mais otimistas percecionaram melhor a sua qualidade de vida e utilizaram mais o *coping* ativo quando comparados com os pacientes com menos otimistas. Estes, por sua vez, possuíam mais morbidade psicológica, ansiedade e depressão. De facto, há estudos que revelam a existência de uma influência positiva do otimismo na qualidade de vida de pacientes com cancro colo-retal (Steginga *et al.*, 2009) e que o otimismo disposicional se relacionava de forma positiva com o *coping* ativo (Friedman *et al.*, 1992). Também há um estudo (Gustavsson-Lillius *et al.*, 2012) que refere que os pacientes otimistas possuem menos sintomatologia psicológica do que os menos otimistas.

Neste estudo verificou-se que os pacientes que mais utilizavam a religião como estratégia de *coping* perante a doença possuíam menor qualidade de vida ao nível do funcionamento físico. Estes resultados divergem dos estudos realizados com pacientes oncológicos que revelam que a qualidade de vida e o bem-estar religioso se relacionam de forma positiva (Balboni & cols., 2007). Uma explicação para os resultados pode estar no facto desses pacientes ao possuírem um menor funcionamento físico tenham sido conduzidos a uma maior utilização da religião como estratégia de *coping*.

Os resultados do estudo também revelam que os pacientes que percecionavam a sua qualidade de vida como sendo boa possuíam menores níveis de morbidade psicológica, ansiedade e depressão do que os demais. Estes resultados vão ao encontro dos estudos de Alacacioglu *et al.* (2010), o qual refere que a morbidade psicológica encontra-se fortemente correlacionada com a qualidade de vida, e de Hyphantis *et al.* (2011), o qual revelou que sintomatologia depressiva e ansiosa aumentou enquanto a qualidade de vida diminuiu de forma significativa.

Neste estudo verificou-se que os pacientes que apresentavam mais morbidade psicológica, possuíam mais *stress* intrafamiliar. Nos estudos de Turagabeci *et al.*, (2007) e Pereira &

Roncon, (2010) verificou-se que o *stress* intrafamiliar se relacionou de forma direta com a morbidade psicológica.

Estudos (Panzini & Bandeira, 2007; Liberato & Macieira, 2008) têm ressaltado a importância do suporte emocional como estratégia de *coping* que os doentes utilizam para enfrentarem situações adversas e para além disso, o *coping* a que os indivíduos recorrem para enfrentarem situações stressantes pode influenciar a qualidade de vida dos mesmos (McCaul *et al.*, 1999). Estas afirmações corroboram os resultados deste estudo na medida em que os pacientes que utilizavam mais o *coping* suporte social emocional possuíam menor funcionamento físico e maiores níveis de depressão. Uma explicação para esses resultados pode estar no facto desses pacientes ao possuírem um menor funcionamento físico e conseqüentemente níveis mais elevados de depressão tenham sido conduzidos a uma maior utilização do *coping* suporte social emocional.

Os resultados do presente estudo mostraram que apesar dos pacientes ostomizados tenderam a apresentar mais dor do que os pacientes não ostomizados, não se verificaram diferenças significativas em ambos os grupos relativamente à percepção da sua qualidade de vida. Estes resultados vão ao encontro da literatura (Pachler & Wille-Jorgensen, 2006; Castro *et al.*, 2011) que refere não ter encontrado diferenças em ambos os grupos no que concerne à qualidade de vida. A forma como os pacientes ostomizados lidam com as dificuldades com que se deparam depende tanto de fatores internos como externos (apoio familiar e dos profissionais de saúde), o que pode influenciar de forma direta a sua qualidade de vida (Sonobe *et al.*, 2002).

O estudo mostrou que os pacientes diagnosticados há mais de 1 ano possuíam menor funcionamento físico quando comparados com os pacientes diagnosticados há menos de 1 ano, apesar de não se ter verificado diferenças em ambos os grupos no que concerne à percepção da sua qualidade de vida. Embora sejam poucos os estudos que se debruçam sobre a avaliação da qualidade de vida em função da duração do diagnóstico de pacientes com cancro colo-retal, um estudo (Hobday *et al.*, 2002) verificou que os pacientes que concluíram o tratamento (diagnosticados há mais tempo) apresentaram uma qualidade de vida global melhor, apesar de possuírem um funcionamento físico pior quando comparados com a avaliação realizada antes do tratamento (diagnosticado há menos tempo).

Os resultados do presente estudo revelaram que os pacientes que realizaram cirurgia/quimioterapia possuíam mais *stress* intrafamiliar em comparação com os pacientes que só receberam quimioterapia. De facto o diagnóstico de cancro pode causar impacto não só nos pacientes como também nos seus familiares, nas diferentes fases da doença,

nomeadamente aquando do tratamento (Nicolussi & Sawada, 2009). Este processo pode contribuir para o surgimento de efeitos adversos ao nível do relacionamento familiar (Arndt *et al.*, 2004). A explicação para as diferenças encontradas entre os grupos de acordo com o tipo de tratamento realizado cirurgia/quimioterapia ou só quimioterapia pode residir no facto de os dois tratamentos em conjunto poderem provocar mais problemas e limitações do que *per se*. O presente estudo mostrou que a depressão previu a qualidade de vida dos pacientes. Os resultados vão ao encontro de outros estudos (Pereira *et al.*, 2011 & Hyphantis, 2011) que revelaram que a depressão foi um preditor da qualidade de vida dos pacientes com cancro colo-retal.

O otimismo, a qualidade de vida e o *stress* intrafamiliar foram preditores da morbilidade psicológica dos pacientes. Embora sejam poucos os estudos que se debruçam sobre os preditores da morbilidade psicológica, em pacientes com cancro colo-retal, um estudo (Gustavsson-Lillius *et al.*, 2012) encontrou que o otimismo do parceiro previa níveis mais baixos de ansiedade.

Os resultados mostraram que as mulheres possuíam mais depressão, fadiga e dor e utilizavam mais o *coping* de religião do que os homens. Estes, por outro lado, possuíam maior funcionamento social e percecionavam melhor a sua qualidade de vida em comparação com as mulheres. O estudo de Hyphantis *et al.* (2011) referiu que os homens com cancro colo-retal apresentaram maior risco de desenvolver sintomatologia depressiva do que as mulheres, o que não corrobora os resultados do presente estudo. Porém, os resultados podem ser explicados pelo facto das mulheres possuírem mais fadiga do que os homens e isso pode ter contribuído para a presença de maior sintomatologia depressiva, dado que no estudo de Santos *et al.* (2009) a fadiga e a depressão encontraram-se relacionadas de forma positiva em pacientes com cancro colo-retal. O estudo de Nicolussi e Sawada (2009) verificou que as mulheres com cancro colo-retal apresentaram mais dor e fadiga em comparação com os homens e o estudo de Murken, *et al.* (2010) revelou que as mulheres utilizavam mais o *coping* religioso do que os homens, tal como se verificou no presente estudo. O estudo de Pérez *et al.* (2004) mostrou que os homens possuíam melhor qualidade de vida em comparação com as mulheres, o que vai de encontro aos resultados alcançados.

Neste estudo verificou-se que os pacientes com mais de 50 anos de idade possuíam maior funcionamento emocional e social e utilizavam mais o *coping* de suporte social emocional; e que os pacientes com baixa escolaridade utilizavam mais o *coping* de suporte social emocional e religioso. Por outro lado, os pacientes com alta escolaridade possuíam maior funcionamento físico e mais *stress* intrafamiliar. Poucos são os estudos que se têm debruçado

sobre a avaliação da qualidade de vida, do *coping* e do *stress* intrafamiliar nos pacientes com cancro colo-retal em função da idade e escolaridade. O estudo de Pereira *et al.* (2012) não verificou diferenças na qualidade de vida em função da idade e da escolaridade dos pacientes com cancro colo-retal, o que não corrobora os resultados do presente estudo. Relativamente ao uso do *coping* em função da idade, os resultados do presente estudo podem ser explicados pelo facto de que os pacientes com mais de 50 anos de idade ao terem vivido mais tempo apresentam uma maior experiência ao nível do funcionamento social e emocional recorrendo mais a este tipo de suporte como estratégia de *coping* perante a doença, dado que pode ser vista como sendo “eficaz” nesse momento da sua vida. Lopes (2007) refere que os indivíduos com mais aptidões ultrapassam melhor uma mudança (e.g. diagnóstico de cancro) do que um indivíduo com baixo nível de literacia, e no último caso, tendem a tornar-se mais dependentes do seu suporte social. Sendo assim, o paciente com baixa escolaridade pode tornar-se mais dependente do seu suporte social fazendo maior uso deste tipo de suporte como estratégia de *coping* perante a doença.

LIMITAÇÕES

O facto da amostra ser pequena e dos participantes pertencerem apenas a dois hospitais do país, não permite a generalização dos resultados. Outra limitação refere-se ao uso exclusivo de questionários, sendo estes de autorrelato; e ao facto de não ter sido possível a utilização de algumas escalas do instrumento da QV e do COPE, devido ao valor do alfa de Cronback encontrado.

CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES

Os resultados apresentados permitiram visualizar que os pacientes com estoma não diferem dos demais ao nível das variáveis psicológicas. Os pacientes diagnosticados há menos de um ano e os que realizaram cirurgia/quimioterapia possuem maior *stress* intrafamiliar. Uma sugestão relevante refere-se à importância de intervenções que enfatizem o *stress* intrafamiliar nesses pacientes para que, juntamente com a sua família, possam vivenciar a situação de cancro da melhor forma possível. A relação existente entre o otimismo e a qualidade de vida, o *coping* ativo e a morbidade psicológica, sugere que intervenções ao nível do otimismo

poderão contribuir para uma melhor qualidade de vida, maior uso de estratégias de *coping* ativo e diminuição da morbidade psicológica, em pacientes com cancro colo-retal. Seria importante em investigações futuras com recurso a amostras maiores avaliar o optimismo como moderador na relação entre a morbidade psicológica e a qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- Aaronson, N., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, C., Cull, A., Duez, N. *et al.* (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life-instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85(5), 365-275.
- 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/s00520-009-0679-2.25.
- Alves, L., Leimann, B., Vasconcelos, M., Carvalho, M., Vasconcelos, A., Fonseca, T., *et al.* (2007). A influência das doenças crónicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de saúde Pública*, 23(8), 1924-1930.
- Anderson, J., Messina, C. & Dakhllalah, F. (2007). Body mass index. A marker for significant colorectal neoplasia in a screening population. *Journal Clinic Gastroenterology*, 41, 285-90.
- Anjos, A. & Zago, M. (2006). A experiência da terapêutica quimioterápica oncológica na visão do paciente. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14, 33-40.
- 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 Clinic Oncology*, 22(23), 4829-36.
- Baider, L., Perez, T. & De-Nour, A. (1989). Gender and adjustment to chronic disease. A study of couples with colon cancer. *General Hospital Psychiatry*, 11(1), 1-8.
- Balboni, T., Vanderwerker, L., Block, S., Paulk, M., Lathan, C., Peteet, J. & Prigerson, H. (2007). Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *Journal of Clinical Oncology*, 25(5), 555-560.
- Carvalho, M. (2003). *Introdução à Psiconcologia*. Campinas: Pleno.

- Carver, C. S. (1997). "You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE." *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100.
- Casmarrinha, M. (2008). *Familiares do doente oncológico em fim de vida dos sentimentos às necessidades*. Tese de Mestrado em Oncologia apresentada à Universidade do Porto.
- Castro, E., Scorza, A. & Chem, C. (2011). Qualidade de Vida e indicadores de ansiedade e depressão de pacientes com cancro colo-retal. *Psicologia, Saúde e Doença*, 12(1), 131-142.
- Chaves, P., Gorini, M. (2011). Qualidade de vida do paciente com câncer colorretal em quimioterapia ambulatorial. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 32(4),767-773.
- Cotrim, H. & Pereira, G. (2008). Impact of colorectal cancer on patient and family: Implications for care. *European Journal of Oncology Nursing*, 12, 217-226.
- Couvreur, C. (2001). *A Qualidade de Vida: Arte para Viver no Século XXI*. Loures: Lusociência.
- Ferlay, J., Shin, H. (2010). Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *Journal Cancer*, 127, 2893-2917.
- Friedman, L., Nelson, D., Baer, P., Lane, M., Smith, F. & Dworkin, R. (1992). The relationship of dispositional optimism, daily life stress, and domestic environment to coping methods used by cancer patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 15(2), 127-141.
- Gonçalves, S. (2006). *Para além da doença...sobreviventes de cancro do colon e reto satisfação sexual, autoeficácia e coping*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto Superior da Psicologia Aplicada.
- Gray, N., Hall, S., Browne, S., MacIrod, U., Mitchell, E., Lee, A., Johnnton, M., Wykes, S., Samuel, L., Weller, D. & Campbell, N. (2011). *British Journal of Cancer*, 104, 1697-1703.
- Gustavsson-Lillius, M., Julkunen, J., Keskivaara, P., Lipsanen, J. & Hietanen, P. (2012). Predictors of distress in cancer patients and their partners: the role of optimism in the sense of coherence construct. *Psychology e Health*, 27(2), 178-95. DOI: 10.1080/08870446.2010.484064.
- Hacpille, L. (2000). A dor cancerosa e seu tratamento. *In Abordagem em cuidados paliativos*. Lisboa. Instituto Piaget.
- Hodges, K., Winstanley, S. (2012). Effects of optimism, social support, fighting spirit, cancer worry and internal health locus of control on positive affect in cancer survivors: a path analysis. *Stress and Health*, 28(5), 408-415.

- Hobday, T., Kugler, J., Mahoney, M., Sargent, D., Sloan, J., Fitch, T., *et al.* (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 Clinic Oncology*, 20(23), 4574-80.
- Hudson, W. (1993). Index of Family Relations. *The Walmyr Assessment Scales Scoring Manual*. Tempe: Walmyr Publishing Company.
- Hyphantis, T., Oshima, C. & Forones, 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(5), 411-421. Doi: 10.1016/j.jpsychores.
- Laranjeira, C. (2008). Tradução e validação portuguesa do revised life orientation test (LOT-R). *Universitas Psychologica*, 7 (2), 469-476.
- Liberato, R. & Macieira, R. (2008). Espiritualidade no enfrentamento do câncer. Em Carvalho, V., Franco, M., Kovács, M., Liberato, R., Macieira, R., Veit, M., Gomes M. & Barros, L. (Orgs.), *Temas em psicooncologia*, 414-431. São Paulo: Summus Editorial.
- Longacre, A., Cramer, L., Gross, C. (2006). Screening colonoscopy use among individuals at higher colorectal cancer risk. *Journal Clinic Gastroenterology*, 40, 490-6.
- Lopes, A. (2007). Generalidades e Singularidades da Doença em Família: Percepção da Qualidade de Vida, Stress e Coping. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica Sistémica apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. *Psicologia*.
- Maes, S., Leventhal, H., & De Ridder, D.T.D. (1996). Coping With Chronic Diseases. In Ziender, M., & Endler, N.S. (ed) *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications* (221-245). New York: Editore John Wiley & Sons, Inc.
- Mahjoubi, B., Mirzaei, R., Azizi, R., Jafarinia, M. & Zahedi-Shoolami, L. (2012). A cross-sectional survey of quality of life in colostomates: a report from Iran. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10, 136.
- Mattews, E. & Cook, P. (2009). Relationships among optimism, well-being, self-transcendence, coping, and social support in women during treatment for breast cancer. *Psycho-Oncology*, 18, 716-726.
- Maul, J., Burt, R., Cannon-Albright, L. (2007). A familial component to human retal cancer, independent of colon cancer risk. *Clinic Gastroenterology Hepatology*, 5, 1080-4.

- Mazanec, S., Daly, B. & Douglas, S. (2010). The relationship between optimism and quality of life in newly diagnosed cancer patients. *Cancer Nurs*, 33(3), 235-243. DOI:10.1097/NCC.0b013e3181c7fa80.
- McCaul, K., Sandgren, A., King, B., O'Donnell, S., Branstetter, A., & Foreman, G. (1999). *Psychooncology*, 8, 230-236.
- McCray, N. (2000). Questões psicossociais e da qualidade de vida. In: Otto, S. (Ed.), *Enfermagem em Oncologia*. Lusociência, 893-912.
- McIntyre, M., Pereira, G., Soares, V., Gouveis, J., & Silva, S. (1999). *Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar*. Versão Portuguesa de investigação. Universidade do Minho, Departamento de Psicologia.
- Michelone, A., Santos, V. (2004). Qualidade de vida de adultos com câncer colorretal com e sem colostomia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(6), 875-83.
- Murken, S., Namini, S., Gross, S. & Korber, J. (2010). Gender specific differences in coping with colon cancer – empirical findings with special consideration of religious coping. *Die Rehabilitation*, 49(2), 95-104. DOI: 10.1055/s-0030-1249029.
- Nicolussi, A. & Sawada, N. (2010). Fatores que influenciam a qualidade de vida de pacientes com câncer de cólon e reto. *Ata Paulista de Enfermagem*, 23 (1), 125-30.
- Pachler, J. & Wille-Jorgensen, P. (2006). Quality of life after recatl cancer, with or without colostomy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. Disponível em: <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab004323.html>.
- Pais Ribeiro, J. L. & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do *coping*: A propósito do estudo de adaptação do Brief COPE. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5(1), 3-15.
- Pais Ribreiro, J., Pinto, C. & Santos, C. (2008). Validation study of the Portuguese version of the QLC-C30-V.3. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 9(1), 89-102.
- Panzini, R. & Bandeira, D. (2007). Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(1), 126-135.
- Pargament, K. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, and practice*. New York: Guilford Press.
- Pereira, A., Cesarino, C., Martins, M., Pinto, M. & Netinho, J. (2012). Associação dos fatores sociodemográficos e clínicos à qualidade de vida dos estomizados. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 20(1).
- Pereira, M.G. & Botelho C. (2011). *Questionário sócio demográfico e clínico no cancro colo-rectal*. Escola de Psicologia, Universidade do Minho.

- Pereira, M. G., Figueiredo, A. P. (2008). Depressão, ansiedade e *stress* pós-traumático em doentes com cancro colo-retal: Validação do Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) e Impacto 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.
- Pereira, M. G. & Roncon, J. (2010). Relacionamento familiar em pessoas idosas: adaptação do índice de relações familiares (IFR). *Psicologia, Saúde e Doenças*, 11(1), 41-53.
- Pérez, L., Navarro Piñero, A. & Fuente Perucho, A. (2004). Study of factors related to quality of life in patients with locally advanced retal cancer. *Revista Espanhola de Enfermagem*, 96(11),746-57.
- Pontes, L. (2005). *Registo Oncológico Nacional*. Instituto Português de Oncologia: Porto.
- Salci, M. A., Marcon, S. S. (2011). Enfrentamento do câncer em família. *Texto Contexto de Enfermagem*, 20, 178-186.
- Santos, J., Mota, D. & Pimenta, C. (2009). Comorbilidade fadiga e depressão em pacientes com câncer colo-retal. *Revista Esc. de Enfermagem USP*, 43(4), 909-14.
- Scheier, M.; Carver, C. & Bridges, M. (1994). Distinguishing Optimism From Neuroticism (and trait Anxiety, Self-Mastery, and Self-Esteem): A Reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1063-1078.
- Sonobe, H., Barrichello, E. & Zago, M.(2002). A visão do colostomizado sobre o uso da bolsa de colostomia. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 48, 341-348.
- Steginga, S., Lynch, B., Hawkes, A., Dunn, J. & Aitken, J. (2009). Antecedents of domain-specific Quality of Life After Colorectal Cancer. *Psycho-Oncology*, 18, 216-220.
- Sulkers, E., Fleer, J., Brinksma, A., Roodbol, P. F., Kamps W. J., Sanderman, R. (2012). Dispositional optimism in adolescents with cancer: differential associations of optimism and pessimism with positive and negative aspects of well-being. *British Journal of Health Psychology*. DOI: 10.1111/j.2044-8287.2012.02096.x.
- Tarakeshwar, N., Vanderwerker, L., Paulk, E., Pearce, M., Kasl, S. & Prigerson, H. (2006). Religious Coping is Associated with the Quality of Life of Patients with Advanced Cancer. *Journal of Palliative Medicine*. 9(3), 646-657.
- 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/s10147-005-0524-7.

Turagabeci, A., Nakamura, K., Kizuki, M. & Takano, T. (2007). Family structure and health, how companionship acts as a buffer against ill health. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5, 61. DOI: 10.1186/1477-7525-5-61.

Zigmond, A. S. & Snaith, R.P. (1983). The Hospital and Anxiety and Depression Scale. *Acta Psiquiátrica Scandinavica*, 7, 361-370.