



e s c o l a s u p e r i o r d e  
e n f e r m a g e m  
d e c o i m b r a

---

# **XI CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA**

**Qualidade de vida dos doentes com cancro colorretal submetidos a  
quimioterapia no ambulatório**

Raquel da Silva Gonçalves Carvalho

Coimbra, *maio* de 2023





e s c o l a s u p e r i o r d e  
e n f e r m a g e m  
d e c o i m b r a

---

# **XI CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA**

## **Qualidade de vida dos doentes com cancro colorretal submetidos a quimioterapia no ambulatório**

Raquel da Silva Gonçalves Carvalho

Orientador: Professor Doutor Paulo Alexandre Carvalho Ferreira, Professor da Escola  
Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra  
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Coimbra, *maio* de 2023



## **AGRADECIMENTOS**

Tudo o que nos faz sair da zona de conforto, é de alguma forma algo muito importante para nós. Por vezes, perante as dificuldades o mais fácil é desistir e voltar aquele equilíbrio que tanto gostamos, mas que em nada nos supera. Este trabalho foi sem dúvida muitas vezes colocado em causa, mas com motivação e persistência de muitas pessoas o caminho foi se fazendo.

Desta forma queria agradecer especialmente a algumas pessoas que me ajudaram muito, nesta jornada.

A Deus por me guiar sempre nesta vida.

À minha sobrinha Miriam pela paciência, apoio e presença.

Ao Zé pelo apoio incondicional que meu deus durante todo o tempo, dizendo que “tu és capaz”.

Ao Lucas e Joana que não me deixaram desistir, nos momentos menos bons e que serão sempre o meu ponto de equilíbrio.

À minha família e amigos, pelas minhas ausências e tantos momentos roubados.

Ao Professor Paulo Alexandre Carvalho Ferreira, pela sua orientação, apoio e palavras de incentivo para continuar.

Ao serviço onde trabalho, especialmente às minhas colegas pelas suas palavras sábias e disponibilidade sempre presente.

A todos os doentes e famílias que tive a oportunidade de cuidar durante este percurso, sabendo que alguns, já não estão entre nós.

O meu muito OBRIGADO!



## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACES – Agrupamento dos Centros de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

Ex. – Exemplo

CCR – Cancro colorretal

OMS – Organização Mundial de Saúde

QV – Qualidade de Vida

QVRS – Qualidade de vida relacionada com a saúde

RIL – Revisão integrativa da literatura



## RESUMO

**Introdução:** Nos últimos anos, tem se verificado um aumento das doenças crônicas não transmissíveis, entre elas destacamos o cancro colorretal por ser um problema de saúde pública mundial. A avaliação da qualidade de vida (QV), constitui um importante indicador para a monitorização dos sintomas e efeitos das terapêuticas oncológicas. Deste modo, foi realizado a seguinte questão de investigação “Qual a qualidade de vida dos doentes do foro colorretal submetidos a quimioterapia, no ambulatório?”

**Objetivos:** Analisar a QV dos doentes do foro colorretal submetidos a quimioterapia; descrever e analisar quais os fatores que influenciaram a QV; analisar a relação entre QV e as características sociodemográficas, fatores de risco e efeitos secundários dos doentes submetidos a qualidade de vida.

**Metodologia:** Estudo quantitativo, descritivo, transversal e correlacional. A colheita de dados realizada com dois questionários: questionário de dados individuais e o instrumento de qualidade de vida Whoqol- bref (Serra et al., 2006), no período de abril a dezembro de 2022. A amostra de 50 doentes que realizaram quimioterapia num ambulatório de um hospital do centro. Foram realizados todos os procedimentos formais e éticos.

**Resultados:** A qualidade de vida tem um valor médio mais alto no domínio psicológico ( $M=76,92 \pm 14,82$ ), seguido o domínio social ( $M=75,0 \pm 12,37$ ), verificando-se o valor mais baixo no domínio físico com ( $M=70,43 \pm 18,58$ ). No domínio físico, os doentes profissionalmente ativos percecionam uma melhor qualidade de vida ( $p=0,020$ ). Nos fatores de riscos, o consumo de café é autopercecionado como indicador de melhor qualidade de vida no domínio psicológico ( $p=0,048$ ). Nos efeitos secundários, os doentes sem náuseas ( $p=0,021$ ), percecionam uma melhor QV no domínio físico, na ausência de alopecia, no domínio psicológico ( $p=0,037$ ) e no meio ambiente ( $p=0,042$ ), e na ausência de parestesias, no domínio físico ( $p=0,029$ ), psicológico ( $p=0,004$ ) e meio ambiente ( $p=0,007$ ). A presença de anorexia é percecionada como indicador de melhor QV no domínio social ( $p=0,030$ ).

**Conclusão:** Os doentes apresentam uma pior QV no domínio físico e melhor no domínio psicológico. A ausência de efeitos secundários tais como: náuseas, alopecia e parestesias

indicam melhor qualidade de vida. A presença de anorexia melhora a qualidade de vida no domínio social.

**Palavras-chave:** quimioterapia, qualidade de vida, ambulatório, cancro colorretal.

## ABSTRACT

**Introduction:** In recent years, there has been an increase in non-transmittable chronic diseases, among which the colorectal cancer stands out, for being a world public health issue. The assessment of the quality of life (QoL) constitutes an important indicator for monitoring the symptoms as well as the effects of cancer therapies.

Thus, the following research question arises: “What is the quality of life of colorectal patients undergoing chemotherapy in the outpatient department?”

**Objectives:** To analyse the quality of life of colorectal patients undergoing chemotherapy; to describe and analyse which factors influenced the Quality of Life; to analyse the relationship between the Quality of Life and the several sociodemographic characteristics, risk factors and side effects of patients undergoing quality of life.

**Methodology:** A quantitative, descriptive, cross and correlational study. The process of collecting data was carried out using two questionnaires: individual data questionnaire and the Whoqol-bref quality of life instrument (Serra et al., 2006), from April 2022 to December 2022. The 50 patients sample who underwent chemotherapy in an outpatient department of a hospital in the centre of Portugal. All formal and ethical procedures were carefully carried out.

**Results:** The quality of life displays a higher value in the psychological domain ( $M=76,92 \pm 14,82$ ), followed by the social domain ( $M=75,0 \pm 12,37$ ). The lowest value is situated in the physical domain ( $M=70,43 \pm 18,58$ ). In the physical domain, professionally active patients experience a better quality of life ( $p=0.020$ ). In risk factors, the consumption of coffee is self-perceived as an indicator of better quality of life in the psychological field ( $p = 0.048$ ). As to side effects, patients without nausea ( $p=0.021$ ) experience a better quality of life in the physical domain, through the absence of alopecia, as well as in the psychological field ( $p=0.037$ ) and also in the environment ( $p=0.042$ ), and in the absence of paresthesia, in the physical domain ( $p=0.029$ ), psychological field ( $p=0.004$ ) and in the environment ( $p=0.007$ ). The presence of anorexia is perceived as an indicator of a better Quality of Life ( $p=0.030$ ) in the social domain.

**Conclusion:** Patients present a worse quality of life in the physical domain and a better quality in the psychological domain. The nonexistence of side effects, such as nausea, alopecia and paresthesia, indicates a higher quality of life. The occurrence of anorexia improves the quality of life in the social field.

**Keywords:** chemotherapy, quality of life, outpatient department, colorectal cancer.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Alpha de Cronbach para os 4 domínios da escala de WHOQOL-BREF .....	49
<b>Tabela 2</b> – Estatísticas relativas à idade dos doentes em função do sexo .....	57
<b>Tabela 3</b> – Caracterização sociodemográfica dos doentes em função do sexo .....	59
<b>Tabela 4</b> – Caracterização dos fatores de risco .....	60
<b>Tabela 5</b> – Estatísticas relativas ao peso dos doentes em função do sexo .....	60
<b>Tabela 6</b> – Caracterização dos dados clínicos dos doentes em função do sexo .....	62
<b>Tabela 7</b> – Dados clínicos .....	63
<b>Tabela 8</b> – Avaliação da qualidade de vida WHOQOL-BREF .....	64
<b>Tabela 9</b> – Estatísticas relativas ao score global dos domínios da WHOQOL-BREF .....	66
<b>Tabela 10</b> – Relação entre as variáveis sociodemográficas e a qualidade de vida .....	67
<b>Tabela 11</b> – Relação entre os fatores de risco e a qualidade de vida (WHOQOL-BREF) .....	68
<b>Tabela 12</b> – Relação entre os efeitos secundários e a qualidade de vida (WHOQOL-BREF) .....	69



## **SUMÁRIO**

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	19
<b>1 - DOENÇAS ONCOLÓGICAS</b> .....	21
1.1 - EPIDEMIOLOGIA .....	21
1.2 - CANCRO E FATORES DE RISCO .....	22
<b>2 - CANCRO COLORRETAL</b> .....	25
<b>3 - QUIMIOTERAPIA E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b> .....	29
<b>4 - QUALIDADE DE VIDA</b> .....	31
<b>5 - MODELO DE ENFERMAGEM DAS TRANSIÇÕES DE AFAP MELEIS E O DESENVOLVIMENTO DO CONHECIMENTO EM ENFERMAGEM</b> .....	35
<b>PARTE II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO</b> .....	37
<b>1 - TIPO DE ESTUDO</b> .....	39
<b>2 - QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS</b> .....	41
<b>3 - POPULAÇÃO E AMOSTRA</b> .....	43
<b>4 - VARIÁVEIS E HIPÓTESES</b> .....	45
<b>5 - INSTRUMENTO E PROCESSO DE RECOLHA DE DADOS</b> .....	47
5.1 - QUESTIONÁRIO DE DADOS INDIVIDUAIS.....	47
5.2 - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL-BREF) .....	47
<b>6 - PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS</b> .....	51
<b>7 - PROCEDIMENTOS E ANÁLISE DOS DADOS</b> .....	53
<b>PARTE III: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	55
<b>1 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISES DOS RESULTADOS</b> .....	57
1.1 - ANÁLISE DESCRITIVA .....	57
1.1.1 - Caracterização sociodemográfica.....	57
1.1.2 - Fatores de risco .....	60
1.1.3 - Dados clínicos .....	61

<b>1.1.4 - Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF).....</b>	<b>64</b>
1.2 - ANÁLISE INFERENCIAL .....	66
<b>2 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>71</b>
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>81</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>85</b>

## **ANEXOS**

**ANEXO 1** - Escala de WHOQOL – BREF

**ANEXO 2** - Parecer da comissão de ética

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE 1** - Pedido autorização ao autor para utilização da escala Whoqol-bref

**APÊNDICE 2** - Questionário de dados individuais

**APÊNDICE 3** - Consentimento informado livre e esclarecido ao participante

**APÊNDICE 4** - Pedido de autorização ao Hospital para aplicação de questionário

**APÊNDICE 5** - Pedido à Comissão de Ética do Hospital onde vai ser realizado o estudo

## INTRODUÇÃO

O cancro é um problema de saúde pública mundial, na medida em que tem aumentado a sua prevalência no seio das doenças crónicas não transmissíveis, levando a elevados investimentos financeiros por parte dos países e a construção e implementação de políticas de saúde. Assim, o diagnóstico precoce e a adesão a estilos de vida saudáveis são fundamentais na prevenção desta doença (Ministério da Saúde, 2017).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2018, 18,1 milhões de pessoas sofreram de algum tipo de cancro. Prevê-se que em 2040 o número seja de 29,4 milhões de doentes com cancro (Organização Mundial de Saúde, 2020).

Das várias modalidades terapêuticas existentes para tratar as doenças oncológicas, a quimioterapia é a mais utilizada, consistindo num tratamento sistêmico, que permite tratar precocemente metástases não detetáveis de tumores sólidos e doenças onco-hematológicas (Filomeno, 2019). Esta é considerada uma terapêutica agressiva, pelo facto de eliminar não só células neoplásicas, mas atuar nas células normais causando efeitos secundários e toxicidades.

Há algumas décadas, a administração de quimioterapia era exclusivamente realizada em serviço de internamento. Porém, com a crescente incidência mundial de cancro e o aumento da pressão sobre os recursos hospitalares, bem como o tempo de viagem e espera dos doentes para o tratamento, fez alterar esta realidade.

Neste sentido, o avanço na prática clínica oncológica, mudou gradualmente a oferta de quimioterapia para ambientes de ambulatório e, posteriormente, para mais perto de casa, otimizando assim a capacidade do hospital e a satisfação do doente. A escolha do local e da via de administração do tratamento depende do protocolo de quimioterapia prescrito e da situação clínica do doente (Newton & Ingram, 2014). Todo este processo vai implicar mudanças na vida do doente, gerando por si só alterações na sua qualidade de vida.

Segundo a Organização Mundial e Saúde (OMS) qualidade de vida (QV) é definida como “percepção do individuo da sua posição da vida, no contexto da cultura e sistema de valores

nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group.,1995, p. 1405).

Neste sentido, a qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS) remete para a relação que a saúde exerce sobre a vida do indivíduo, de forma decisiva para o seu bem-estar (Nicolussi et al., 2014).

A QVRS é utilizada como um indicador de saúde da população e a sua avaliação é utilizada para estimular ações de promoção da saúde. Este conceito envolve várias vertentes da vida do indivíduo, como a vertente psicológica, física, crenças pessoais e relações pessoais (Almeida-Brasil et al., 2017).

Os fatores individuais podem condicionar a percepção do indivíduo acerca do seu estado de saúde e a sua satisfação com a vida (Irigaray & Trentini, 2009). Deste modo ao longo do tempo a qualidade de vida vai alterando, sendo condicionada pela idade e experiência (Pimentel, 2006).

Assim, perante a problemática apresentada, surge a questão da investigação “Qual a qualidade de vida dos doentes do foro colorretal submetidos a quimioterapia, no ambulatório?” e para dar resposta foram traçados objetivos gerais e específicos para o estudo.

Definiu-se como objetivo geral: analisar a qualidade de vida dos doentes do foro colorretal submetidos a quimioterapia. Como objetivos específicos: descrever e analisar quais os fatores que influenciam a qualidade de vida e analisar a relação entre a qualidade de vida e as características sociodemográficas, fatores de risco e efeitos secundários dos doentes submetidos a quimioterapia.

Para a realização deste documento, foi realizada antecipadamente uma RIL (revisão integrativa da literatura) conforme os pressupostos metodológicos inerentes, e foram identificados 5 artigos sobre a temática. Nos diferentes estudos explanados evidencia-se que os sintomas físicos e psicológicos resultantes da quimioterapia são os mais comuns. Sendo que, os sintomas físicos vão potenciar os sintomas psicológicos, diminuindo qualidade de vida (Röhrl et al., 2020). Segundo Hirose et al., (2020) os eventos adversos neuropatia periférica, mal-estar e edemas dos membros, estão significativamente correlacionados com uma diminuição na QV, independentemente do tipo de cancro ou drogas antineoplásicas. Silva et al., (2022) refere que os sintomas mais prevalentes foram perda de apetite, fadiga, dor e insônia. É importante trabalhar a autoconfiança dos doentes,

pois isso vai criar maior capacidade para gerir os efeitos físicos e psicológicos e garantir uma melhor qualidade de vida (Akin & Kas Guner, 2019). A QV está associada ao tratamento utilizado, à própria doença e sua duração (Lewandowska et al., 2020), o suporte social e as comorbilidades associadas ao tratamento com quimioterapia vão condicionar a QV, evidenciando que um apoio social adequado e a melhor intervenção para satisfazer as necessidades dos doentes, vão contribuir para melhorar a QV (HO, 2018).

Estes achados que vão contrapor com os resultados deste estudo, de forma a fomentar a realização de intervenções de enfermagem autónomas a nível da promoção e prevenção da saúde/doença.

A relevância do presente estudo sustenta-se em vários motivos, entre os quais, a importância que a qualidade de vida tem demonstrado como sendo um instrumento fundamental na prática clínica oncológica, assim como, na efetividade dos tratamentos e no funcionamento dos serviços de saúde. Por outro lado, espera-se que esta investigação contribua para a melhoria dos cuidados em enfermagem, que se traduz em ganhos em saúde.

Neste sentido, esta investigação é importante para desenvolver um melhor acompanhamento ao doente, que vise promover o seu bem-estar e uma melhor adesão ao tratamento. A intervenção do enfermeiro no controle de sintomas e o planeamento na assistência de qualidade de forma individual, humanizada e sistematizada, é essencial no processo de saúde e doença dos doentes com cancro (Dominguez et al., 2018).

Para alcançar a melhor qualidade de vida possível apesar da doença, é importante a sua avaliação com regularidade e de uma forma holística, bem como, identificar os doentes de alto risco e permitir uma intervenção precoce, tendo em conta as suas necessidades identificadas, no sentido de melhorar os resultados dos tratamentos, da qualidade de vida dos pacientes e reduzir os custos com saúde (Lewandowska et al., 2020).

Neste sentido, perante o modelo de enfermagem das transições de Afaf Meleis é fundamental que os enfermeiros ensinem e capacitem os doentes de conhecimentos para de forma autónoma, possam gerir os sintomas e as suas transições de vida, juntamente com as suas famílias e comunidade, para facilitar e melhorar a situação de saúde/doença, num determinado contexto sociocultural (Meleis, 2012).

Desta forma, para a concretização desta investigação optou-se por um estudo quantitativo, descritivo, transversal e correlacional. A colheita de dados foi realizada com o recurso a um questionário de dados individuais realizado pelo investigador (Apêndice 3) e ao instrumento de qualidade de vida Whoqol – bref (Anexo 1). Para a análise dos dados foi utilizada estatística descritiva e correlacional.

A dissertação está estruturada em 6 partes: a introdução, o enquadramento teórico/conceptual, enquadramento metodológico, resultados, discussão dos resultados, e conclusão.

Na introdução faz-se uma breve referência à contextualização da temática, apresentação do problema, justificação do fenómeno, objetivos da investigação, assim como a metodologia utilizada e a estrutura do trabalho.

No enquadramento teórico é realizada uma síntese da epidemiologia das doenças oncológica, desenvolve-se os conceitos de cancro, descreve-se os fatores de riscos gerais, posteriormente, aborda-se o cancro colorretal na perspetiva epidemiológica na Europa e Portugal, uma breve referência aos fatores de riscos, tipos de cancro colorretal e sua etiologia. Em seguida, o conceito de quimioterapia, ambulatório e as intervenções de enfermagem, define-se qualidade de vida e sua aplicabilidade na oncologia, por último, faz-se referência ao modelo de enfermagem das transições de Afaf Melies, considerando a temática em estudo.

No enquadramento metodológico é explanado todos os procedimentos metodológicos para a realização da investigação.

Os resultados são apresentados em tabelas e descrição dos mesmos, e a discussão dos resultados são contrapostos com a atual evidência científica e a experiência profissional. Por fim a conclusão onde se faz um resumo das considerações do estudo, as limitações e a utilidade do estudo para a prática clínica. Ainda apresenta as referências bibliográficas, anexos e apêndices.

## **PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO**



## **1 - DOENÇAS ONCOLÓGICAS**

A doença oncológica segundo as estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), será considerada a segunda causa de morte e uma limitação para o aumento da esperança média de vida do século XXI (Bray et al., 2018).

### **1.1 - EPIDEMIOLOGIA**

A nível mundial, em 2020 surgiram cerca de 19,3 milhões de novos casos de cancro, e quase 10,0 milhões de mortes por cancro. O cancro de mama ultrapassou o cancro do pulmão, como o cancro mais diagnosticado, cerca de 2,3 milhões de novos casos (11,7%), seguindo-se o cancro de pulmão (11,4%), colorretal (10,0%), próstata (7,3%) e estômago (5,6%). No entanto, o cancro de pulmão é a principal causa de morte por cancro, estimando-se cerca de 1,8 milhões de mortes (18%), seguindo-se o cancro colorretal (9,4%), fígado (8,3%), estômago (7,7%) e por fim, o cancro de mama (6,9%)(Sung et al., 2021).

Em Portugal em 2018, o total de novos casos de cancro nos homens é de 27 074, comparativamente a 23 077 das mulheres. No sexo masculino o tumor mais relevante é o tumor da próstata com um número de casos de 5 741, seguido o tumor do colon e reto e o tumor do estomago. Na mulher destaca-se o cancro da mama com 7 373 novos casos, seguidamente o da tiroide e pulmão.(Registo Oncológico Nacional, 2018)

Estes números devem-se ao envelhecimento da população e conseqüentemente à taxa de sucesso de tratamento do cancro e outras patologias, levando ao aumento do aparecimento de novas neoplasias, assim como outros fatores, nomeadamente a modificação de estilos de vida (Ministério da Saúde, 2017).

Tendo em conta, o programa prioritário das doenças oncológicas da Direção Geral de Saúde, assistiu-se a uma ampliação significativa dos programas de rastreio oncológico, com um aumento dos utentes rastreados. Sabe-se que as intervenções devem ser focadas na prevenção primária e secundária, a fim de promover comportamentos saudáveis e o diagnóstico precoce (Ministério da Saúde, 2017).

O crescimento populacional e o desenvolvimento socioeconômico, aliado a um estilo de vida sedentário e hábitos alimentares incorretos, condicionam o aumento da mortalidade e morbidade por cancro (Bray et al., 2018).

## 1.2 - CANCRO E FATORES DE RISCO

O cancro é uma doença crónico-degenerativa que tem como característica o crescimento descontrolado de células que sofrem alterações nas funções reguladoras do ADN, perdendo a função enquanto célula normal, adquirindo novas funções e características. Estas podem atingir diferentes tecidos e órgãos, incluindo vasos linfáticos e sanguíneos de forma agressiva, originando tumores malignos (Costa et al., 2005).

A pesquisa epidemiológica sobre o desenvolvimento de tumores malignos tem se concentrado ao longo dos anos nos determinantes de fatores ambientais e genéticos da incidência e taxa de mortalidade por cancro. Cerca de 80–90% dos tumores malignos são causados por fatores ambientais externos. Estes são exógenos e endógenos, bem como fatores individuais, incluindo predisposição genética. Os principais fatores responsáveis pelo desenvolvimento da neoplasia maligna, são os fatores ambientais decorrentes do comportamento humano, entre eles tabagismo, consumo excessivo de álcool, dieta alimentar e um comportamento repetitivo são importantes para o desenvolvimento de neoplasias malignas na população (Lewandowska et al., 2019).

Ainda de acordo, com Underhill, Habin, & Shannon (2017) os fatores de riscos podem dividir-se em quatro fundamentais: fatores de risco ambientais, hereditários, comportamentais e médicos. Os fatores ambientais dizem respeito a agentes ambientais, como o rádon e amianto, que estão associados a um elevado risco oncológico, os hereditários tem a haver com as alterações no ADN e como exemplo temos alteração do gene BRCA1 BRCA2, que é responsável pelo risco de cancro da mama, os comportamentais estão associados aos estilos de vida ( tabagismo, consumo álcool e dieta), estes previnem-se ao optar por uma alimentação saudável e exercício físico, por último os riscos médicos na medida que o tratamento de uma situação de doença (ex.: quimioterapia), pode aumentar a probabilidade do aparecimento de outra.

Deste modo, é essencial o rastreio oncológico, porque apesar dos avanços tecnológicos na área da saúde e das mais avançadas técnicas de diagnóstico e terapêutica, assim como

a ampliação do rastreio, o diagnóstico de cancro ainda é muitas vezes tardio, comprometendo o prognóstico da doença oncológica (Ministério da Saúde, 2017).

No plano de tratamento da doença oncológica é fundamental considerar aos fatores de prognóstico, pois são essenciais para a escolha do melhor tratamento a seguir. De entre os mais utilizados destacam-se a idade, performance status, o tamanho e localização do tumor, histologia do tumor primário, o intervalo de tempo passado entre os sintomas da doença e o diagnóstico (Nascimento, Pitta, & Rêgo, 2015).

Para o estadiamento do tumor, recorre-se ao sistema internacional TNM, elaborado pela União para Controlo Internacional de Cancro, que classifica como (T) Tamanho do tumor e/ou extensão da invasão, (N) presença ou ausência de metástase para linfonodos, (M) presença ou ausência de metástases. Para a interpretação de cada fator são estudadas as diversas alterações que, no caso de tumor primitivo são de T1 a T4, no comprometimento linfático de N0 a N3 e para as metástases à distância de M0 a M1 (Costa et al., 2005).

Esta classificação permite ao clínico determinar a extensão da doença e tomar uma decisão mais adequada face a situação do doente, tratamento, avaliação de prognóstico e sobrevida esperada (Fritz et al., 2000; Cancer, 2017). No entanto, outros exames imagiológicos e analíticos são efetuados consoante o tipo de tumor.

Existem várias opções terapêuticas para o tratamento das doenças oncológicas, nomeadamente a cirurgia, quimioterapia e radioterapia, podendo atuar de forma isolada ou combinada.



## 2 - CANCRO COLORRETAL

A ocorrência de cancro colorretal duplicou nos últimos 50 anos e muitas pessoas encontram-se na fase paliativa (Flyum et al., 2021). Globalmente, os tumores do trato gastrointestinal, segundo a *International Classification of Diseases for Oncology* [ICD-O] código C15-C26), representam cerca de um quarto de todos os cancros diagnosticados na Europa, com cerca de 900 000 novos casos de neoplasias do trato gastrointestinal diagnosticadas em 2018, entre os mais 3,5 milhões de novos casos de cancro em geral. Metade dos tumores do trato gastrointestinal corresponde ao cancro colorretal, seguido de cancros do estômago e pâncreas (14% cada) e os cancros do fígado e do esófago.

Os cancros gastrointestinais são responsáveis por quase um terço de todas as mortes, ou seja, cerca de 600 000 mortes em mais de 1,6 milhões de mortes por cancro, na Europa, em 2018 (Cervantes, et al., 2021). Em conformidade com os mesmos autores, cancro colorretal é o terceiro mais comum a nível mundial e a segunda principal causa de morte por cancro (1,8 milhões casos e 881 000 mortes, em 2018). As taxas de incidência e mortalidade variam geograficamente, com as taxas mais elevadas nos países mais desenvolvidos. Estas taxas são 25% mais baixas nas mulheres do que nos homens. Cervantes et al., (2021) salientam que se registou um declínio global ou estabilização do risco do cancro colorretal em países com elevados rendimentos. Em contrapartida, tem sido observado um aumento preocupante em doentes com <50 anos de idade (Cervantes, et al., 2021, Xi & Xu, 2021).

Santiago e Paiva (2021, p. 205) referem que o cancro colorretal é “o que mais vezes é diagnosticado em Portugal”, cuja “incidência pode ser controlada através de programas de rastreio”. Em 2018, como referem os autores citados, foi o principal diagnóstico de neoplasia, “com 10.270 (17,6%) casos registados”, o que coloca Portugal como o segundo país da Europa “com rácio bruto de novos casos mais elevado, ocupando a primeira posição no grupo dos países mais a sul do continente europeu” (p. 206). Os mesmos autores citados realizaram um estudo com o objetivo de averiguar a relação entre a proporção de utentes com idade entre 50-75 anos e que realizaram o rastreio de cancro colorretal e a taxa de utentes com novo diagnóstico e a sua prevalência em Portugal, entre

2017 e 2018, com base na plataforma Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP) pelo total nacional por região e ACeS selecionados, nomeadamente regiões de Saúde de Portugal Continental: Norte; Centro; Lisboa e Vale do Tejo; Alentejo; e Algarve. Quanto aos ACeS foram analisados: ARS Norte: Alto Minho; Ave/Famalicão; Barcelos/Esposende; Douro Sul; Espinho/Gaia; Gaia; Gondomar; Maia/Valongo; Marão e Douro Norte; Matosinhos; Porto Oriental; Vale do Sousa Norte; Vale do Sousa Sul; ARS Centro: Baixo Mondego; Baixo Vouga; Pinhal Interior Norte; Pinhal Interior Sul; Pinhal Litoral; ARS Lisboa e Vale do Tejo: Almada/Seixal; Amadora; Arco Ribeirinho; Cascais; Lezíria; Lisboa Central; Loures/Odivelas; Médio Tejo; ARS Alentejo: Alentejo Litoral; Baixo Alentejo; São Mamede; ARS Algarve: Algarve Central; Algarve Sotavento, como forma de poderem compreender a distribuição dos valores da região com os ACeS estudados. Assim, as evidências do seu estudo revelam que “a proporção de utentes elegíveis rastreados aumentou de 47,01% para 50,90%, de 2017 para 2018”, com registo de diferença estatisticamente significativa em 2017 ( $p < 0,001$ ). Na análise realizada por região, a incidência de cancro colorretal diminuiu 0,02% entre o período de tempo estudado, com uma prevalência a aumentar 0,03%. Concluíram o aumento da proporção de pessoas rastreadas está muito “aquém do desejável” (Santiago & Paiva, 2021, p. 205).

O cancro colorretal apresenta uma progressão gradual à medida que se desenvolve, inicialmente como uma lesão precursora benigna (adenoma), que pode progredir para uma lesão invasiva (adenocarcinoma). A progressão da doença envolve várias alterações moleculares e genéticas na mucosa normal do cólon até ao desenvolvimento de cancro. Trata-se de um processo que ocorre ao longo dos anos e resulta no aparecimento de pólipos que podem evoluir para carcinomas.

Os pólipos consistem em tumores benignos com um potencial maligno variável, o que leva a considerar que a maioria dos cancros colorretais tem a sua etiologia nos pólipos. Maioritariamente, os pólipos são tubulares, seguindo-se, em menores percentagens, os tubularvilosos e vilosos (Cervantes, et al., 2021). Em conformidade com os mesmos autores, a probabilidade de ocorrer uma displasia de elevado grau e de transformação em carcinoma aumenta de acordo com o tamanho do pólipo. O cancro colorretal é considerado em fase avançada quando alcança um diâmetro  $>1$  centímetro, com uma componente vilosa e displasia de alto grau. A lesão surge a partir de uma lesão clonogénica intestinal, célula precursora através da acumulação de múltiplas anomalias

genéticas. Este tipo de cancro advém de uma complexa interação entre os fatores ambientais e os fatores genéticos, desenvolvendo-se a partir de pólipos, que, por sua vez, são o resultado de uma reprodução desordenada de células que originam o pólipo, projetando-se *a posteriori* para o interior do lúmen do intestino (Silva, 2017). A displasia dos pólipos adenomatosos, que consistem em tumores benignos mas que apresentam maior possibilidade de se tornarem malignos, inclui três categorias: (i) ligeira, ou seja, corresponde aos núcleos que conservam a polaridade basal, todavia, são hipercromáticos, pouco alongados e alargados, apresentando um tamanho uniforme, sem nucléolos proeminentes, mas com perda de mucina através das células caliciformes; (ii) moderada, corresponde aos núcleos que se estratificam e são pleomórficos, apresentando nucléolos mais proeminentes e com perda mais significativa de mucina; (iii) grave, pois os seus núcleos exibem estratificação e pleomorfismos, com mais nucléolos e proeminências, a relação núcleo-citoplasma aumenta e apresenta elevada aglomeração celular. Por norma, os adenomas tubulares são de pequena dimensão e apresentam displasia mais ligeira, sendo, assim, menor a probabilidade de virem a desenvolver cancro, contrariamente ao à arquitetura vilosa, na qual a displasia é normalmente mais severa e, como tal, mais suscetível ao desenvolvimento de carcinomas (Silva, 2017). A corroborar, Santiago e Paiva (2021, p. 206) salientam que, maioritariamente, o caso de cancro colorretal desenvolve-se a partir de pólipos adenomatosos e que o seu diagnóstico precoce e polipectomia diminuem a incidência de cancro em 90%, cuja “estratégia preventiva poderá ser realizada por rastreio (diagnóstico precoce de doença em indivíduos assintomáticos) ou vigilância (controlo a longo prazo de indivíduos de alto risco)”. O seu rastreio “pode ser programado ou oportunístico”. Acrescentam que é recomendado o seu rastreio a partir dos 50 anos de idade, estando este preconizado, na União Europeia, em pessoas na faixa etária dos 50 e 74 anos, através da “pesquisa de sangue oculto nas fezes (gPSOF/iPSOF) a cada um ou dois anos”, o que levou alguns países a adotar a “colonoscopia como teste primário” (Santiago & Paiva, 2021, p. 206). Xi & Xu, (2021), citando American Cancer Society, mencionam que a triagem é recomendada para pessoas a partir dos 45 anos e mais cedo em pessoas de alto risco, com colite ulcerativa, adenomas ou histórico familiar.

Neste sentido, Siegel et al., (2022) corroboram que as intervenções de controlo do cancro colorretal, à semelhança de outros cancros, e estas devem ser mais direcionadas na

melhoria da deteção e tratamento precoces, como estratégia que facilitará a redução das taxas de mortalidade.

Em conformidade com Cervantes et al., (2021), cerca de 5%-7% dos casos do cancro colorretal de etiologia hereditária, sendo as duas principais o cancro colorretal hereditário não polipoide (HNPCC) e o cancro polipose adenomatosa familiar. A obesidade, falta de atividade física e a dieta são os principais fatores do estilo de vida que contribuem para risco do cancro colorretal, mas os processos causais subjacentes não estão ainda definidos.

Na sua revisão sistemática da literatura com meta-análise, Flyum et al. (2021) verificaram que são múltiplas as variáveis clínicas associadas à qualidade de vida de doentes em fase paliativa com cancro colorretal, sendo os sintomas mais comuns relatados pelos doentes a dor, fadiga, depressão, ansiedade, confusão, apneia, insónia, náuseas, obstipação, diarreia e perda de apetite. Estes sintomas afetam a qualidade de vida, que diminui ainda mais em doentes com outras doenças crónicas e que realizaram quimioterapia.

Um outro estudo de base populacional prospetivo realizado por Tiselius et al. (2021) com doentes com cancro colorretal analisou a sua qualidade de vida através do *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire C30*. Foi utilizada a análise de regressão linear múltipla ajustada à idade, sexo, índice de massa corporal, hábitos tabágicos, classificação do estado físico da *American Society of Anesthesiologists physical*, cirurgia de emergência/eletiva, ressecção com/sem estoma e estadio do tumor. Foi incluído um total de 67% (376/561) de todos os doentes com cancro colorretal (196 [52,1%] mulheres). Os doentes apresentavam uma média de idade de 73 anos, com um mínimo e um máximo a oscilarem entre os 30-96 anos. Os doentes que percecionaram pior qualidade de vida no domínio físico eram os aqueles que tinham um índice de massa corporal mais elevado e os fumadores.

### **3 - QUIMIOTERAPIA E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM**

A quimioterapia é um dos tratamentos mais utilizados para o controle do cancro, a sua utilização é realizada através do uso de substâncias químicas (antineoplásicos) com atividade citostática. O objetivo é assegurar que, cada célula ou população tumoral, seja exposta a um fármaco, ou a um conjunto de fármacos, num determinado tempo, com intuito de atuar nas diferentes fases do ciclo celular, inibir a mitose e provocar morte celular. Porém, estes fármacos não atuam de forma específica lesando as células saudáveis, por isso é necessário um intervalo de tempo entre as quimioterapias, para a recuperação das células. Esta pode ser administrada por via oral, subcutânea, intramuscular, intratecal, intravesical e endovenosa (Bruton, 2011).

O tipo de tumor e a situação clínica, condiciona a escolha do tipo de quimioterapia. Esta é denominada por quimioterapia adjuvante, neoadjuvante e paliativa. A quimioterapia adjuvante consiste num tratamento com a finalidade curativa, pelo fato de ser administrada após um tratamento (cirurgia ou radioterapia) e pretende-se a eliminação de micrometástases, para eliminar a probabilidade de recidiva da doença. A neoadjuvante é utilizada antes da cirurgia ou radioterapia com intuito de reduzir o tamanho da massa tumoral, a fim de realizar a cirurgia. Por sua vez, a paliativa é usada numa fase avançada da doença, podendo haver ou não metastização e tem como objetivo controlar a sintomatologia e não tratar a doença (Carvalho et al., 2008).

Como já referido, a quimioterapia vai interferir na célula saudável levando a ocorrência de múltiplos efeitos secundários. Os fatores que influenciam significativamente a ocorrência dos sintomas dependem da fase da doença, dos ciclos de quimioterapia e da duração da doença (Lewandowska et al., 2020).

Atualmente, a maioria dos doentes oncológicos são tratados em ambulatório como já mencionado anteriormente, devido ao aumento do seu número. Assim, o hospital de dia ou ambulatório dado que são sinónimos é um espaço físico próprio de um estabelecimento de saúde, com recursos humanos e técnicos qualificados, que de uma forma programada e com vigilância médica ou de enfermagem, presta cuidados de saúde, num período inferior a 24 horas (Ministério da Saúde, 2015).

Vários são os estudos, que evidenciam que os tratamentos com antineoplásicos causam diversos problemas na vida dos doentes.

De acordo com Gomes et al., (2018) os sintomas e efeitos colaterais com scores mais elevados foram a fadiga, a insónia e falta de apetite. Segundo Salvetti et al., (2020), a fadiga, insónia, dor e perda de apetite foram os sintomas mais frequentes, associados a sintomas de ansiedade e depressão. Este estudo também refere que presença de sintomas pode afetar a funcionalidade física, emocional e cognitiva. De acordo com Hirose et al., (2020), os eventos adversos mais frequentes foram neuropatia periférica, mal-estar e edema dos membros. Outro estudo evidenciou que, sintomas relatados eram de baixa intensidade e que não interferiam na sua qualidade de vida (Medeiros et al., 2021).

A equipa de enfermagem tem um papel preponderante no acompanhamento ao doente oncológico, no que concerne à prevenção e controle de efeitos adversos da quimioterapia, para garantir cuidados seguros e de qualidade.

De acordo com (Gozzo et al., 2017; Torres, 2015) existem várias intervenções de Enfermagem no que se refere a fadiga, insônia e perda de apetite. Destacam -se algumas tais como: orientar para prática de exercício físico, a importância da alimentação; exercícios de alongamento, equilíbrio, controle muscular e relaxamento; uso de terapias comportamentais, cognitivas, fototerapia e terapia medicamentosa e manter um ambiente calmo e seguro.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, ao enfermeiro especialista em Enfermagem Médica-Cirúrgica – área de Enfermagem à Pessoa crónica compete cuidar da pessoa e família/cuidadores a vivenciar uma situação de doença crónica, potencializar o ambiente terapêutico da pessoa ou família/cuidador a vivenciar doença crónica. Deste modo, é essencial nos doentes a realizar quimioterapia avaliar o impacto que a doença tem na sua vida, família/cuidadores, intervir de forma a melhorar a adaptação ao processo de transição na saúde/doença. Realizando um plano de intervenção que vise a promoção, prevenção e controlo da doença crónica nos vários contextos de ação e definir estratégias de intervenção, para oferecer uma melhor qualidade de vida e bem – estar (Ministério da Saúde, 2018).

#### **4 - QUALIDADE DE VIDA**

A definição de conceito de qualidade de vida remete-nos para um problema epistemológico e filosófico, porque existem várias formas para o definir. A qualidade de vida na Oncologia surge no início dos anos 80, devido essencialmente ao crescimento da tecnologia médica, à terapêutica usada no tratamento do cancro e à complexidade das decisões médicas (Pimentel, 2006).

De acordo Calman (1984) qualidade de vida é um conceito difícil de definir devido à sua singularidade, existem várias formas de o definir consoante a perspetiva pessoal de cada indivíduo. Portanto para definir e mensurar QV é necessário ter em conta as vivências individuais, as interações passadas, atuais e futuras dos indivíduos. Para este autor a qualidade de vida depende de esperança ou da expectativa dos indivíduos (Calman, 1984). Apesar da complexidade na definição segundo a Organização Mundial de Saúde a QV é definida tendo em conta a reflexão e consciencialização que cada indivíduo tem a cerca de si mesmo, associado ao seu contexto cultural e social, pois esta é influenciada pela saúde física, psicológica e contexto social (World Health Organization, 1997).

Segundo Minayo et al.,(2000) QV é uma representação social alicerçada em padrões objetivos e subjetivos, entre eles o bem-estar, o amor, a felicidade, realização social e o prazer, os quais resultam do desenvolvimento social e económico do local onde se reside. O mesmo autor defende que a QV procura demonstrar o grau de satisfação do sujeito relativamente ao seu ambiente, ao contexto familiar e amoroso e à sua existência. Este conceito compreende experiências individuais e coletivas e acolhe a dimensão cultural, que reflete diferentes necessidades e valores de cada sociedade.

Desde a infância até à idade adulta os indivíduos vão alterando a sua perceção face à qualidade de vida. Os jovens preocupam-se com o seu bem estar físico e funcional, enquanto que os idosos a sua preocupação é essencialmente com a saúde, pois para eles é o mais importante da vida (Ribeiro et al., 2017).

A introdução deste conceito na área da saúde, é devido essencialmente à mudança de modelo de abordagem das questões de saúde, nomeadamente a passagem do modelo biomédico, para dar mais destaque ao holístico e biopsicossocial (Paúl & Fonseca, 2005).

A qualidade de vida relacionada com saúde refere-se à percepção do doente da sua performance, nas várias dimensões da vida. Para além da dimensão física, psicológica e social foi acrescentado a percepção pessoal face às suas crenças pessoais, religiosidade, espiritualidade (Oliveira & Orsini, 2009).

O cancro tem um impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes, que está relacionado ao próprio processo da doença, ao tratamento utilizado e à sua duração. A necessidade de hospitalizações frequentes, emoções negativas e inúmeras doenças somáticas, que mudam com o tempo reduzem significativamente a qualidade de vida dos doentes com cancro. Nestes, os vários sintomas estão presentes em todas as etapas de doença e estão associados ao aumento da incapacidade e redução da qualidade de vida (Lewandowska et al., 2020). Assim, a promoção da qualidade de vida é fundamental pois grande parte dos doentes com cancro apresentam sintomas de depressão, ansiedade, fadiga, stress que afetam o seu bem estar (Pace et al., 2019).

A qualidade de vida associada a saúde deve ser avaliada, pelo facto de se obter um conhecimento sobre a doença e efeito das terapêuticas, também permite avaliar a percepção do doente face aos efeitos somáticos e psicossociais, derivados da terapêutica. Para isso é importante capacitar as equipas com formação para melhorar a assistência aos doentes, afim de satisfazer as suas necessidades (Pimentel, 2006).

Os relatos dos doentes sobre a sua QV, são instrumentos importantes para desenvolver tratamentos mais adequados, no sentido de detetar que algumas terapêuticas não tem os benefícios esperados. Compreender a QV é essencial para melhorar o cuidado prestado, o alívio dos sintomas, e a reabilitação dos doentes. Muitas das informações transmitidas pelos doentes podem ser usadas de forma preventiva para futuros doentes para compreender os resultados dos tratamentos e da doença. Por vezes os doentes curados e que terminaram os tratamentos apresentam efeitos secundários durante muito tempo, desta forma torna-se necessário a avaliação da QV para que estes não passem despercebidos e sejam considerados nas decisões clínicas. (Fayers & Machin, 2016; Haraldstad et al., 2019).

De acordo com Salvetti et al., (2020) os sintomas de depressão e ansiedade mostraram ter uma correlação negativa com qualidade de vida.

Regino et al., (2018), com a utilização de instrumento de QV Whoqol- bref, verificou que perante um aumento de scores ansiedade e depressão a QV diminuía no domínio

ambiental e psicológico antes do início do tratamento de quimioterapia. Na avaliação após o 3º ciclo também houve uma diminuição da QV no domínio físico, psicológico e ambiental. Constatou-se que apenas o domínio social não sofreu alterações. Estes resultados podem ser um guia para os enfermeiros de forma proativa preparem as intervenções necessárias, perante as alterações psicoemocionais que beneficiem a QV.



## **5 - MODELO DE ENFERMAGEM DAS TRANSIÇÕES DE AFAF MELEIS E O DESENVOLVIMENTO DO CONHECIMENTO EM ENFERMAGEM**

Segundo Meleis, (2012) o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem é moldado pela orientação para prática. Por isso é importante capacitar os enfermeiros com conhecimentos para a prestação de cuidados aos doentes; influenciar e fomentar o bem-estar dos doentes, na tentativa de reduzir a vulnerabilidade aos riscos para a sua saúde. Capacitar os doentes com conhecimentos e experiência para cuidarem de si próprios, gerir os seus sintomas e as suas transições de vida e utilizar recursos disponíveis ou criar novos, apoiando e facilitando as famílias e comunidades para participarem na prestação dos cuidados (Meleis, 2012).

Para Meleis (2010) a transição é um conceito importante na disciplina de Enfermagem, porque o contacto entre enfermeiro e doente acontece frequentemente em períodos transicionais de instabilidade fomentados por mudanças. Estas podem provocar alterações importantes na vida de cada individuo e do que o rodeia, levando a implicações no seu bem-estar e saúde (Meleis, 2010). Segundo a mesma autora o enfermeiro interage com o individuo em situação saúde/doença num determinado contexto sociocultural, com algum tipo de transição ou a antecipar uma transição. As interações entre enfermeiros/ individuo tem um objetivo onde ele utiliza ações terapêuticas para facilitar, melhorar a saúde. (Meleis, 2012).

Neste contexto, o estudo a desenvolver com doentes submetidos a quimioterapia, perante um diagnóstico de neoplasia estão num processo de transição, no qual é essencial a intervenção do enfermeiro na prevenção, realizando ensinamentos oportunos, para capacitar os doentes em todo o processo de tratamento e envolver as famílias, com intuito de promover a saúde. Durante o tratamento os enfermeiros interagem com o doente com objetivo de melhorar a sua saúde. A avaliação da QV nestes doentes é um instrumento importante porque aumenta o conhecimento dos enfermeiros, para prestar cuidados de enfermagem de qualidade.

Por vezes, há necessidades de ajustes ambientais que possam facilitar a oportunidade para o doentes expressarem as necessidades e para os enfermeiros responderem a elas.(Prip et al., 2019)

Segundo Queirós (2012)

Cuidamos facilitando as transições, os processos de transição fornecendo, gerindo autocuidado terapêutico desde a conceção até à morte – ao longo do ciclo vital, procurando que o percurso vivencial de indivíduos, famílias e comunidades seja cumprido com bem-estar e não apenas no conceito de saúde ou no de ausência de doença (p.115).

## **PARTE II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO**



A investigação é uma atividade que tem como objetivo explicar e compreender os fenómenos sociais, através de um processo estruturado e flexível (Coutinho, 2019). Neste capítulo aborda-se especificamente as várias etapas do estudo, nomeadamente o tipo de estudo, objetivos, questão de investigação, população e amostra, hipóteses, instrumento de colheita de dados, procedimentos formais e éticos e processo tratamento dos dados.

## **1 - TIPO DE ESTUDO**

Os métodos de investigação são um conjunto de técnicas que visam analisar e reunir as informações usadas pelos pesquisadores para dar resposta à questão da investigação. A escolha do método é essencial, porque deve incidir sobre o que melhor compreende a natureza do fenómeno (Polit & Beck, 2019).

Para responder à questão de investigação traçada, optou-se por um estudo quantitativo descritivo, correlacional.

Um estudo quantitativo examina e analisa factos e fenómenos observáveis e segundo Polit & Beck (2019) interessa-se com a relação entre as variáveis dependentes e independentes, prevendo-se que a uma alteração na variável dependente esteja relacionada com alteração da variável independente. Na opinião de Coutinho (2019) este tipo de estudo mede variáveis comportamentais e socio efetivas, passíveis de medição compara-as e relaciona-as no processo de investigação, ou seja, neste tipo de estudo os objetos de estudo são fenómenos observáveis, quantificáveis e medíveis.

Optou-se por este tipo de estudo porque mede as respetivas variáveis, tendo como propósito avaliar a qualidade de vida das pessoas a realizar quimioterapia. Este estudo quantitativo de acordo com os objetivos pode ser classificado em descritivo e correlacional. O desenho descritivo observa, descreve e documenta aos aspetos da situação (Polit & Beck, 2019) enquanto num estudo correlacional existe associação de variáveis em estudo e a finalidade é estudar o relacionamento entre elas (Polit & Beck, 2019), também analisam a direção, grau, magnitude e força das relações ou associações.

No que concerne ao alcance temporal a investigação transversal estuda a situação dos sujeitos num dado momento (Coutinho, 2019).

## **2 - QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS**

Durante o percurso profissional num serviço de ambulatório com doentes a realizar quimioterapia, foi constatado que a qualidade dos doentes vai alterando ao longo dos ciclos de quimioterapia, as dúvidas constantes e o olhar inseguro da sua situação clínica, levou a estudar esta problemática. Os estudos revelam que existem muitos fatores e efeitos secundários que condicionam a qualidade de vida dos doentes a realizar quimioterapia (Akhlaghi et al., 2020). Deste modo, traçou-se como questão de investigação: Qual a qualidade de vida dos doentes do foro colorretal submetidos a quimioterapia no ambulatório?

Deste modo, perante a problemática acima descrita, foram delineados determinados objetivos.

Segundo Polit & Beck (2019), o objetivo de um estudo consiste num enunciado declarativo esclarecedor da orientação da investigação, evidenciando as variáveis-chave do estudo, os seus possíveis inter-relacionamentos, assim como a natureza da população de interesse, de acordo com o nível de conhecimentos estabelecido acerca da temática em estudo.

Face à questão de investigação enunciou-se como objetivo geral:

- Analisar a qualidade de vida dos doentes do foro colorretal submetidos a quimioterapia.

Como objetivos específicos:

- Analisar e descrever quais os fatores que influenciam a qualidade de vida.
- Analisar a relação entre a qualidade de vida e as características sociodemográficas, fatores de risco e os efeitos secundários dos doentes submetidos a quimioterapia.



### **3 - POPULAÇÃO E AMOSTRA**

A população de um estudo refere-se a um aglomerado de elementos ou pessoas que partilham uma característica em comum. (Coutinho, 2019) É de salientar que no estudo quantitativo o investigador seleciona algumas características da população através de critérios de inclusão e exclusão, a fim de especificar e delimitar a população em estudo (Polit & Beck, 2019). A população deste estudo é constituída por doentes do foro colorretal, que realizaram quimioterapia em ambulatório num hospital do centro. Os critérios de inclusão são: ter idade superior a 18 anos, saber ler e escrever, e como critérios de exclusão: doentes com agravamento súbito da doença/infeção, doentes com dificuldade em comunicar ou confusos e doentes incapazes de darem o consentimento informado.

A amostra do estudo pode ser definida como um grupo de sujeitos ou documentos na qual são recolhidas informações com as mesmas características da população. Amostragem é não probabilística e acidental porque não se pode determinar a probabilidade de um sujeito, fazer parte de uma determinada população (Coutinho, 2019).

Neste estudo a amostra é constituída por 50 doentes, que realizaram quimioterapia em ambulatório num hospital do centro.



#### **4 - VARIÁVEIS E HIPÓTESES**

As variáveis são definidas de acordo com Polit, & Beck (2019) como um atributo de um indivíduo, grupo ou situação que altera ou apresenta diferentes valores, geralmente numéricos. A variável independente é aquela que o investigador manipula em função do que quer determinar, enquanto a variável dependente é aquela que consoante a aplicação da variável independente surge ou altera.

Neste estudo foram consideradas como variável dependente a qualidade de vida que foi mensurada através da escala Whoqol – bref (Anexo 1) e como variáveis independentes, as características sociodemográficas (idade, o sexo, estado civil, profissão, habilitações literárias; freguesia, concelho e distrito) cirurgia relacionada com a doença, data da cirurgia, término da quimioterapia; fatores de risco e os efeitos secundários (Apêndice 3).

Para que as variáveis fossem passíveis de mensuração procedeu-se à sua operacionalização (Polit & Beck, 2011).

Relativamente à variável idade foi realizada uma questão aberta e posteriormente foi organizada em grupos etários ( $\leq 55$ anos, 56-70 anos,  $> 70$ anos) A variável sexo foi considerada em dois tipos de resposta fechadas: masculino e feminino. Para a variável estado civil foi operacionalizada através de 4 respostas fechadas: casado(a), solteiro(a), viúvo(a) e união de fato. Na variável profissão foram criadas duas respostas fechadas: ativo e não ativo. A variável habilitações literárias foi realizada 4 respostas fechadas: sabe ler e escrever; ensino primário, ensino secundário e ensino superior. Na variável freguesia foi considerado 3 grupos: freguesia centro, freguesia periferia e outras, na variável concelho 5 grupos: Figueira da Foz, Montemor-o-Velho, Pombal, Cantanhede, Soure. Ainda no variável distrito foi criado 2 respostas: Coimbra e Leiria.

No que diz respeito à variável “cirurgia relacionada com a doença” considerou-se duas respostas: sim e não. Quanto à variável “data da cirurgia relacionada com a doença” realizou-se 3 subgrupos: nenhuma, mais de 1 ano; menos de 1 ano.

Na variável “términos da quimioterapia” foram considerados 4 intervalos de tempo: <2020; 2020; 2021; 2022 e agrupadas consoante os intervalos. A variável fatores de risco (álcool, tabaco e café) foi estabelecida duas respostas: sim e não. Por último, quanto à variável efeitos secundários (náuseas, vômitos, fadiga, alopecia, astenia, parestesias e anorexia) foram também instituídas duas respostas: sim e não.

Neste tipo de estudos o investigador pode formular hipóteses na tentativa de previsão da relação entre duas ou mais variáveis da população em estudo (Polit & Beck, 2019).  
Perante estes pressupostos construíram-se as seguintes hipóteses:

**H1 – Há relação entre a qualidade de vida e as características sociodemográficas.**

**H2 – Há relação entre a qualidade de vida e os fatores de risco.**

**H3 – Há relação entre a qualidade de vida e os efeitos secundários.**

## **5 - INSTRUMENTO E PROCESSO DE RECOLHA DE DADOS**

Um instrumento de colheita de dados na opinião de Polit, & Beck (2019) serve para o pesquisador estruturar questões apropriadas para obter as informações que necessita para o seu estudo. Existem várias técnicas de auto-relatos estruturados, no entanto, a usada no presente estudo é um questionário, que segundo o mesmo autor, tem as seguintes características: ter um menor custo, ter menor tempo de aplicabilidade, garantir o anonimato completo.

O instrumento de recolha de dados utilizado é composto por duas partes: o “Questionário de dados individuais” (Apêndice 3) elaborado pelo pesquisador e o “Questionário de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-Bref (Anexo 1). Neste, foi solicitado aos autores a autorização para a sua utilização (Apêndice 1), o qual não foi respondido, porém tratando-se de um instrumento amplamente usado e publicado em várias investigações, procedeu-se à sua utilização.

### **5.1 - QUESTIONÁRIO DE DADOS INDIVIDUAIS**

O “Questionário de dados individuais” é constituído por duas partes: na primeira parte constam várias questões que avaliam as características sociodemográficas da amostra como a género, idade, profissão, habilitações académicas, agregado familiar, fatores de risco; a segunda parte é referente aos dados clínicos que contem questões como diagnóstico, peso, outras doenças, início do tratamento, data da cirurgia, terminús da quimioterapia, efeitos secundários.

### **5.2 - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL-BREF)**

O questionário “WHOQOL-Bref “é a versão abreviada da Whoqol- 100, foi testado e validado para várias culturas, coordenado pelo World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL Group) da Organização Mundial de Saúde (OMS), é uma medida

multidimensional e multicultural, que serve para avaliação subjetiva da qualidade de vida dos indivíduos adultos. (Whoqol Group,1998). Os estudos psicométricos realizados revelaram o instrumento bom, como artigo referenciado na bibliografia (Serra et al., 2006). Pode ser realizado por autopreenchimento ou por entrevista, não sendo necessário nenhum nível mínimo de instrução, exige somente capacidade de compreensão para responder às perguntas. A tradução e validação para português europeu foram realizadas por Serra et al., (2006).

A estrutura do instrumento incorpora quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambiente. É composto por 26 questões, duas das quais são relativas à perceção geral de qualidade de vida e de saúde em geral e as restantes 24 abordam os vários domínios da escala. Cada item é pontuado numa escala de likert de 5 pontos: cada questão é cotada de 1 a 5, apontando cada um destes valores um descritor das escalas de resposta que constituem o instrumento (Simões et al., 2007).

Apresenta três itens relativos a perguntas elaboradas de forma negativa (P3, P4 e P26), as quais devem ser invertidos para efeitos de cálculo, o que acarreta a subtração do seu valor a seis unidades.

O cálculo dos domínios faz-se recorrendo à seguinte fórmula geral:

$$\text{Resultado do domínio} = \frac{\text{somatório de todos os itens} - \text{n.º de itens}}{4 \times \text{n.º de itens}} \times 100$$

O Domínio Físico é composto por 7 itens, onde se pretende avaliar grau de dor ou desconforto, energia e fadiga, locomoção, uso de medicação e a capacidade de realizar atividades do quotidiano (P3, P4, P10, P15, P16, P17, P18); o cálculo do domínio faz-se de acordo com a seguinte fórmula  $(6-P3) + (6-P4) + P10 + P15 + P16 + P17 + P18 - 7) / 28 \times 100$ .

O Domínio Psicológico é composto por 6 itens, onde são elencadas questões sobre espiritualidade, sentimentos negativos, grau de concentração e aceitação da aparência física (P5, P6, P7, P11, P19, P26); o cálculo do domínio faz-se de acordo com a seguinte fórmula:  $(P5 + P6 + P7 + P11 + P19 + (6-P26)) - 6) / 24 \times 100$ .

O Domínio das Relações Sociais é composto por 3 itens, com questões direcionadas para o contexto social e familiar onde o doente reside (P20, P21, P22); o cálculo do domínio faz-se de acordo com a seguinte fórmula:  $(P20 + P21 + P22) - 3) / 12 \times 100$ .

O Domínio Ambiente é composto por 8 itens, que abordam questões de segurança do local de residência, transporte, recursos financeiros, cuidados de saúde e social. (P8, P9, P12, P13, P14, P23, P24, P25); o cálculo deste domínio faz-se de acordo com a fórmula seguinte:  $(P8 + P9 + P12 + P13 + P14 + P23 + P24 + P25) - 8) / 32 \times 100$ .

O cálculo da pergunta geral que é constituída por 2 itens (P1, P2), faz-se pela seguinte fórmula:  $(P1+P2) - 2/8 \times 100$ .

Tal como já foi referido, os questionários anteriormente descritos vão ser aplicados nos doentes que realizaram quimioterapia no ambulatório num hospital do Centro no período de Abril a Dezembro de 2022.

Com o intuito de melhor dimensionar a aplicabilidade da escala ao nosso estudo, foi avaliada a consistência interna (homogeneidade dos itens). Foi calculado o Coeficiente de Alpha de Cronbach da totalidade dos itens que compõem a escala. Na tabela seguinte estão esquematizados os respetivos Alphas de Cronbach obtidos para cada uma das 4 dimensões após a devida correção. Segundo Fortin, (2009) o Coeficiente foi produzido por Lee Cronbach em 1951, é uma técnica amplamente usada, para determinar o grau de consistência interna de um instrumento de medida, tendo como objetivo determinar se cada item da escala avalia o conceito, de igual modo que os restantes. Pelo que, o valor está compreendido entre 0 e 100, correspondendo a um valor elevado a uma grande consistência interna e concludentemente a uma maior fiabilidade da escala utilizada.

**Tabela 1** – Alpha de Cronbach para os 4 domínios da escala de WHOQOL-BREF

<b>Dimensões WHOQOL-BREF</b>	<b>Médias</b>	<b>Correlação entre itens</b>	<b>Alpha de Cronbach (Após itens eliminados)</b>
<b>WHOQOL-BREF</b>			<b>0,762</b>
Domínio 1- -Físico	225,42	0,576	0,721
Domínio 2 – Psicológico	218,93	0,688	0,634
Domínio 3 – Relações sociais	220,84	0,397	0,782
Domínio 4 - Ambiente	222,34	0,668	0,671

Constatamos que pela análise das correlações da respetiva dimensão com as restantes, estas oscilam entre associações positivas moderadas (0,397) e associações positivas significativas (0,688). Estes valores são razoáveis, porque nos indicam que todas as dimensões contribuem mais ou menos de forma igual, homogénea e no mesmo sentido (correlações positivas) para o score global da qualidade de vida. Já pela análise dos alphas

de cronbach, os valores obtidos são moderados (todos superiores a 0,631), o que nos indica que mesmo excluindo os domínios um a um, os valores de fiabilidade interna (alpha) mantêm-se superiores a 0,631; o que significa que o score global da qualidade de vida não depende exclusivamente de um só domínio. O Alpha global obtido (0,762) é considerado razoável (tabela 1).

## **6 - PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS**

Em todas as etapas do processo de investigação, são determinantes a preocupação com a qualidade ética e o respeito pelos princípios e valores. Os princípios básicos a ter na avaliação ética de uma investigação são: a pertinência do estudo, a validade científica, o recrutamento e seleção da amostra, o risco/benefício, a revisão ética independente, o respeito dos direitos dos participantes, mais propriamente, o consentimento informado, esclarecido e livre, assim como o anonimato dos indivíduos e a proteção dos dados , em todo o processo (Nunes, 2020).

Neste sentido, foi solicitado a autorização aos autores do instrumento de recolha de dados, contudo não se obteve resposta, e dado o instrumento já ter sido objeto de estudo para várias investigações e publicações, procedeu-se à sua utilização Também, foi pedido autorização à instituição onde foram aplicados os questionários (Apêndice 5) e elaborado um consentimento informado, esclarecido e livre para entregar aos participantes do estudo (Apêndice 4), garantindo o respeito pela sua autodeterminação. Após a leitura do consentimento informado, onde constam os objetivos do estudo e a natureza da sua participação, aguardou-se pela sua análise e resposta de participação. Similarmente, foi pedida uma autorização à comissão de ética do Hospital para a realização do estudo (Apêndice 6).

Relativamente ao anonimato da sua participação, foi garantida a sua não identificação, e as suas respostas serão só para o presente estudo. Também foi explicado aos doentes que podem desistir do estudo em qualquer momento, e que com isso não serão prejudicados na sua condição de doença. Deste modo, fez-se cumprir todas os pressupostos formais e éticos referentes à investigação nomeadamente a beneficência, o respeito pela dignidade e a justiça (Polit & Beck, 2019).

Mediante a aprovação por parte da comissão de ética (Anexo 2 – referencia: CIC-OBS\_CIC.07/2022) procedeu-se à colheita de dados que foi realizado no período de 9 meses (abril a dezembro 2022).



## 7 - PROCEDIMENTOS E ANÁLISE DOS DADOS

Os procedimentos estatísticos possibilitam que o investigador sintetize, organize, compreenda e comunique a informação numérica (Polit & Beck, 2019).

Após a colheita de dados, houve uma verificação de todos os questionários quanto ao seu total preenchimento. Posteriormente, os dados recolhidos foram analisados com o auxílio do programa de tratamento estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 26.0.

Para organizar toda a informação recolhido da população recorreu-se a técnicas de estatística descritiva e correlacional. A estatística descritiva é utilizada para descrever e resumir os dados, enquanto a estatística correlacional diz respeito ao relacionamento entre duas variáveis (Polit & Beck, 2019).

Todos os dados foram codificados e agrupados na base de dados e realizado o tratamento estatístico, tendo como base os objetivos e hipóteses da investigação onde foram utilizados os vários níveis de significância (Pestana & Gameiro, 2014; Fortin, 2009):

- $p \geq 0,05$ - não significativo
- $p < 0,05$ - significativo
- $p < 0,01$ - bastante significativo
- $p < 0,001$  altamente significativo

Na análise estatística dos dados utilizaram-se técnicas descritivas, entre as quais:

- frequência absoluta (n) e (%);
- medidas de dispersão (desvio padrão (D.P.), mínimo (min) e máximo (máx.);
- medidas de tendência central (média e mediana);
- coeficiente de variação (C.V.)

O teste de Kolmogorov-Sminorv foi aplicado para verificar a normalidade da distribuição das variáveis.

Para apurar a validade das hipóteses, foram selecionados testes de hipóteses conforme as características da normalidade da distribuição da amostra, com o propósito de credibilizar o estudo, especificamente testes de Mann-Whitney e testes Kruskal-Walls. Foram

realizados testes de hipóteses não paramétricos pelo que fato da amostra não apresentar uma distribuição normal da variável dependente.

### **PARTE III: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**



## 1 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISES DOS RESULTADOS

Neste capítulo pretende-se dar a conhecer os resultados obtidos, em função de toda a informação colhida.

Para a apresentação adequada dos dados obtidos, recorreremos ao uso de quadros com os respectivos dados estatísticos obtidos.

### 1.1 - ANÁLISE DESCRITIVA

De seguida apresenta-se a análise descritiva de uma amostra de 50 doentes que realizaram quimioterapia em ambulatório num hospital do centro, começando-se pelo seu perfil sociodemográfico, seguindo-se a sua caracterização clínica.

#### 1.1.1 - Caracterização sociodemográfica

Os doentes apresentam uma média de idade de  $69,48 \pm 10,58$  anos, a oscilar entre um mínimo de 40 anos e um máximo de 85 anos. É ainda de salientar que as mulheres apresentam uma média de idade mais elevada (70,82) do que os homens (68,43 anos) (tabela 2).

**Tabela 2** – Estatísticas relativas à idade dos doentes em função do sexo

Sexo	n	Min.	Max.	Média	dp
Masculino	28	40	84	68,43	11,16
Feminino	22	55	85	70,82	9,87
Total	50	40	85	69,48	10,58

Na tabela 3 apresenta-se o perfil sociodemográfico dos doentes em função do sexo.

Em relação à idade, a maioria dos participantes tem mais de 55 anos (92,0%). Distribuição semelhante se passa em ambos os sexos, sem diferenças significativas ( $X^2=0,725$ ;  $p=0,696$ ), situação também comprovada pela distribuição dos valores residuais. Mais de metade da amostra é não ativa profissionalmente (64,0%), situação análoga em ambos os sexos, sem diferenças significativas, situação comprovada pela distribuição dos valores residuais e pelo teste de qui-quadrado ( $X^2=0,002$ ;  $p=0,962$ ). Em relação à coabitação, prevalecem os participantes que moram com os cônjuges (55,1%), uma situação semelhante nos participantes do sexo masculino. Já nas mulheres dominam as que moram sozinhas (47,6%). Entre o sexo e a coabitação não se encontram diferenças significativas, situação comprovada pela distribuição dos valores residuais e pelo teste de qui-quadrado ( $X^2=6,723$ ;  $p=0,081$ ). Metade da amostra (50,0%) possui o ensino primário. Entre o sexo e as habilitações literárias não existem diferenças significativas ( $X^2=0,622$ ;  $p=0,891$ ), o que também é corroborado pelos valores residuais. Maioritariamente, os participantes são casados (66,0%), com distribuição semelhante em ambos os sexos, sem diferenças estatísticas significativas ( $X^2=2,867$ ;  $p=0,413$ ), situação também comprovada pela distribuição dos valores residuais. Prevaecem os participantes que são de outra freguesia (38,0%). No sexo masculino salientam-se os que são de freguesias periféricas (42,9%); enquanto nos seus congéneres do sexo feminino a percentagem mais elevada corresponde aos que pertencem ao Centro da Figueira da Foz e outra, ambos com 36,4%. Entre o sexo e a freguesia não se encontram diferenças significativas, o que é situação comprovada pela distribuição dos valores residuais e pelo teste de qui-quadrado ( $X^2=2,482$ ;  $p=0,289$ ). No que se refere ao concelho, a maioria da amostra (62,0%) é da Figueira da Foz, sendo esta uma situação análoga a ambos os sexos, sem diferenças significativas ( $X^2=2,024$ ;  $p=0,731$ ). Quanto ao distrito, prevalecem os participantes do distrito de Coimbra (80,0%), com distribuição semelhante em ambos os sexos, sem diferenças estatísticas significativas ( $X^2=0,183$ ;  $p=0,669$ ), situação também comprovada pela distribuição dos valores residuais.

**Tabela 3** – Caracterização sociodemográfica dos doentes em função do sexo

Variáveis	Sexo Masculino		Sexo Feminino		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	nº (28)	% (56,0)	nº (22)	% (44,0)	nº (50)	% (100,0)	M	F		
<b>Idade</b>										
≤55 anos	3	10,7%	1	4,5%	4	8,0%	0,8	-0,8	0,725	0,696
56-70 anos	12	42,9%	11	50,0%	23	46,0%	-0,5	0,5		
>70 anos	13	46,4%	10	45,5%	23	46,0%	0,1	-0,1		
<b>Profissão</b>										
Não ativo	18	64,3%	14	63,6%	32	64,0%	0,0	0,0	0,002	0,962
Ativo	10	35,7%	8	36,4%	18	36,0%	0,0	0,0		
<b>Coabitação</b>										
Cônjuge	19	67,9%	8	38,1%	27	55,1%	2,1	-2,1	6,723	0,081
Companheiro	2	7,1%	1	4,8%	3	6,1%	0,3	-0,3		
Cônjuge e filhos	3	10,7%	2	9,5%	5	10,2%	0,1	-0,1		
Só	4	14,3%	10	47,6%	14	28,6%	-2,6	2,6		
<b>Habilitações</b>										
Sabe ler e escrever	4	14,3%	4	18,2%	8	16,0%	-0,4	0,4	0,622	0,891
Ensino primário	15	53,6%	10	45,5%	25	50,0%	0,6	-0,6		
Ensino secundário	7	25,0%	7	31,8%	14	28,0%	-0,5	0,5		
Ensino superior	2	7,1%	1	4,5%	3	6,0%	0,4	-0,4		
<b>Estado civil</b>										
Solteiro	1	3,6%	3	13,6%	4	8,0%	-1,3	1,3	2,867	0,413
Casado	21	75,0%	12	54,5%	33	66,0%	1,5	-1,5		
Viúvo	5	17,9%	6	27,3%	11	22,0%	-0,8	0,8		
Divorciado	1	3,6%	1	4,5%	2	4,0%	-0,2	0,2		
<b>Freguesia</b>										
Centro da F. Foz	5	17,9%	8	36,4%	13	26,0%	-1,5	1,5	2,482	0,289
Periferia da F. Foz	12	42,9%	6	27,3%	18	36,0%	1,1	-1,1		
Outra	11	39,3%	8	36,4%	19	38,0%	0,2	-0,2		
<b>Concelho</b>										
Foz	17	60,7%	14	63,6%	31	62,0%	-0,2	0,2	2,024	0,731
Pombal	6	21,4%	5	22,7%	11	22,0%	-0,1	0,1		
Montemor	3	10,7%	1	4,5%	4	8,0%	0,8	-0,8		
Cantanhede	1	3,6%	2	9,1%	3	6,0%	-0,8	0,8		
Soure	1	3,6%	0	0,0%	1	2,0%	0,9	-0,9		
<b>Distrito</b>										
Leiria	5	17,9%	5	22,7%	10	20,0%	-0,4	0,4	0,183	0,669
Coimbra	23	82,1%	17	77,3%	40	80,0%	0,4	-0,4		
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100,0</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>				

### 1.1.2 - Fatores de risco

No que se refere aos fatores de risco relatados pelos doentes, o café é o mais referenciado, com uma representatividade de 60,0%, seguido do álcool (32,0%) e do tabaco, com apenas 2,0% (tabela 4).

**Tabela 4** – Caracterização dos fatores de risco

Fatores de risco	n° (50)	Frequência	
		n°	% (100.0)
Tabaco	1	1	2,0%
Álcool	16	16	32,0%
Café	30	30	60,0%

Os doentes, no global da amostra, revelam um valor médio de 73,70±10,76 kgs, com um mínimo de 47,6 kgs e um máximo de 93 kgs. É ainda de salientar que, diferenciado por sexo, as mulheres (66,71 kgs) apresentam uma média de peso mais baixa que os homens (79,18 kgs) (Tabela 5).

**Tabela 5** – Estatísticas relativas ao peso dos doentes em função do sexo

Sexo	n	Min.	Max.	Média	dp
Masculino	28	61,3	93,0	79,18	8,42
Feminino	22	47,6	84,5	66,71	9,43
Total	50	47,6	93,0	73,70	10,78

### 1.1.3 - Dados clínicos

Na tabela 6 encontram-se os resultados obtidos em relação aos dados clínicos. Assim, verificou-se que a cirurgia está relacionada com a doença atual na maioria dos doentes (96,0%), o que é comum a ambos os sexos. Não foram encontradas diferenças significativas ( $X^2=1,637$ ;  $p=0,201$ ). Relativamente à data da cirurgia, prevalecem os doentes que a mesma foi realizada há mais de 1 ano (84,0%), com distribuição é semelhante em ambos os sexos, onde não se registaram diferenças significativas, situação comprovada pela distribuição dos valores residuais e pelo teste de qui-quadrado ( $X^2=0,816$ ;  $p=0,665$ ).

No que se refere ao término da quimioterapia, prevalecem os doentes que relataram ter sido em 2022 (36,0%), o que é prevaletente nas mulheres. Já nos homens, predominam os que o término da quimioterapia ocorreu antes de 2020 (32,1%), sem diferenças significativas ( $X^2=4,557$ ;  $p=0,207$ ). Verificou-se 64,0% dos doentes referiram que a cirurgia atual não está relacionada com outras doenças, sem registo de diferenças estatísticas significativas ( $X^2=4,545$ ;  $p=0,474$ ). Grande parte dos doentes teve efeitos secundários da quimioterapia (70,0%), o que é comum a ambos os sexos, sem diferenças significativas ( $X^2=2,613$ ;  $p=0,106$ ). Entre os efeitos secundários, prevalecem as parestesias (56,0%), a fadiga (30,0%), a astenia (20,0%), as náuseas e a anorexia (ambos com 14,0%).

**Tabela 6** – Caracterização dos dados clínicos dos doentes em função do sexo

Variáveis	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
		nº (28)	% (56,0)	nº (22)	% (44,0)	nº (50)	% (100,0)	M	F		
<b>Cirurgia relacionada</b>											
Sim		26	92,9%	22	100,0%	48	96,0%	-1,3	1,3	1,637	0,201
Não		2	7,1%	0	0,0%	2	4,0%	1,3	-1,3		
<b>Data da cirurgia</b>											
Nenhuma		1	3,6%	0	0,0%	1	2,0%	0,9	-0,9	0,816	0,665
Mais de 1 ano		23	82,1%	19	86,4%	42	84,0%	-0,4	0,4		
Menos de 1 ano		4	14,3%	3	13,6%	7	14,0%	0,1	-0,1		
<b>Términos da quimioterapia</b>											
Inferior a 2020		9	32,1%	7	31,8%	16	32,0%	0,0	0,0	4,557	0,207
2020		4	14,3%	1	4,5%	5	10,0%	1,1	-1,1		
2021		8	28,6%	3	13,6%	11	22,0%	1,3	-1,3		
2022		7	25,0%	11	50,0%	18	36,0%	-1,8	1,8		
<b>Outras doenças</b>											
Nenhuma		20	71,4%	12	54,5%	32	64,0%	1,2	-1,2	4,545	0,474
Cardíaca		5	17,9%	5	22,7%	10	20,0%	-0,4	0,4		
Pneumológica		0	0,0%	1	4,5%	1	2,0%	-1,1	1,1		
Autoimune		0	0,0%	1	4,5%	1	2,0%	-1,1	1,1		
Renal		1	3,6%	0	0,0%	1	2,0%	0,9	-0,9		
Outra		2	7,1%	3	13,6%	5	10,0%	-0,8	0,8		
<b>Efeitos secundários</b>											
Sim		17	60,7%	18	81,8%	35	70,0%	-1,6	1,6	2,613	0,106
Não		11	39,3%	4	18,2%	15	30,0%	1,6	-1,6		
<b>Quais?</b>											
Náuseas		2	7,1%	5	22,7%	7	14,0%	-1,6	1,6	Resposta múltipla	
Vómitos		1	3,6%	2	9,1%	3	6,0%	-,8	0,8		
Fadiga		8	28,6%	7	31,8%	15	30,0%	-,2	0,2		
Alopecia		1	3,6%	3	13,6%	4	8,0%	-1,3	1,3		
Astenia		6	21,4%	4	18,2%	10	20,0%	,3	-0,3		
Parestesias		14	50,0%	14	63,6%	28	56,0%	-1,0	1,0		
Anorexia		5	17,9%	2	9,1%	7	14,0%	,9	-0,9		
<b>Total</b>		<b>28</b>	<b>100,0</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>				

Dando-se continuidade à caracterização clínica dos 50 doentes da amostra estudada, verificou-se que, maioritariamente (80,0%), consideram não estar doentes à data da recolha de dados. Todavia, importa salientar que, na sua perceção, como já foram tratados consideram que a sua situação foi transitória, o que os levou 84,0% a considerar que já não têm doença na atualidade. Em todos os doentes o regime de tratamento foi a Consulta Externa e a todos os questionários foram aplicados pela investigadora. Em relação ao tempo da doença, apenas 9 doentes o referiram, tendo sobressaído os que o tempo da doença era de 4-7 meses (n=4; 8,0%), seguindo-se os que referiram entre 1-2 anos (n=2; 4,0%) (tabela 7).

**Tabela 7 – Dados clínicos**

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Estar atualmente doente</b>		
Sim	10	20,0
Não	40	<b>80,0</b>
<b>Doença que tem atualmente</b>		
Nenhuma	42	84,0
Oncológica	8	16,0
<b>Regime do tratamento</b>		
Consulta externa	50	100,0
<b>Forma administração questionário</b>		
Assistido pela investigadora	50	100,0
<b>Tempo da doença</b>		
9 anos	1	2,0
7 anos	1	2,0
6 anos	1	2,0
1-2 anos	2	4,0
4-7 meses	4	8,0
Não respondeu	1	2,0

### 1.1.4 - Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF)

Pela análise da tabela 8, e no que se refere à percepção que os doentes têm sobre a sua qualidade de vida, avaliada através do WHOQOL-BREF, salienta-se claramente que, em 17 dos 26 itens, os doentes autopercecionam a sua qualidade de vida como “Boa”. Segue-se os que a autopercecionam como “Nem boa/Nem má”, com domínio em 5 itens. A classificação da sua qualidade de vida como “Muito Má” e “Muito Boa” recai em apenas 2 itens, cada um, como se pode verificar a “gold” na tabela 8.

**Tabela 8** – Avaliação da qualidade de vida WHOQOL-BREF

Qualidade de Vida		Muito Má Score 1		Má Score 2		Nem Boa / Nem Má Score 3		Boa Score 4		Muito Boa Score 5	
		nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
1 G1	Como avalia a sua qualidade de vida?			1	2,0	15	30,0	<u>28</u>	<u>56,0</u>	6	12,0
2 G4	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	2	4,0	8	16,0	8	16,0	<u>26</u>	<u>52,0</u>	6	12,0
3 F1.4	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	<u>21</u>	<u>42,0</u>	11	22,0	11	22,0	6	12,0	1	2,0
4 F11.3	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	<u>32</u>	<u>64,0</u>	8	16,0	6	12,0	4	8,0		
5 F4.1	Até que ponto gosta da vida?			2	4,0	2	4,0	18	36,0	<u>28</u>	<u>56,0</u>
6 F24.2	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?			2	4,0	4	8,0	19	38,0	<u>25</u>	<u>50,0</u>
7 F5.3	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2,0	4	8,0	5	10,0	<u>30</u>	<u>60,0</u>	10	20,0
8 F16.1	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2,0	7	14,0	11	22,0	<u>20</u>	<u>40,0</u>	11	22,0
9 F22.1	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?			1	2,0	4	8,0	<u>27</u>	<u>54,0</u>	18	36,0
10 F2.1	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2,0	6	12,0	<u>19</u>	<u>38,0</u>	15	30,0	9	18,0
11 F7.1	É capaz de aceitar a sua aparência física?	2	4,0	8	16,0	<u>21</u>	<u>42,0</u>	19	38,0		
12 F18.1	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?			8	16,0	<u>30</u>	<u>60,0</u>	5	10,0	7	14,0
13 F20.1	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?					18	36,0	<u>24</u>	<u>48,0</u>	8	16,0
14 F21.1	Em que medida tem oportunidade para realizar atividades de lazer?			2	4,0	<u>22</u>	<u>44,0</u>	13	26,0	13	26,0

15 F9.1	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	3	6,0	5	10,0	11	22,0	<u>21</u>	<u>42,0</u>	10	20,0
16 F3.3	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2,0	5	10,0	7	14,0	<u>24</u>	<u>48,0</u>	13	26,0
17 F10.3	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?			2	4,0	6	12,0	<u>31</u>	<u>62,0</u>	11	22,0
18 F12.4	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2,0	8	16,0	12	24,0	<u>24</u>	<u>48,0</u>	5	10,0
19 F6.3	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?			3	6,0	7	14,0	<u>25</u>	<u>50,0</u>	15	30,0
20 F13.3	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?					3	6,0	<u>24</u>	<u>48,0</u>	23	46,0
21 F15.3	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	2	4,0	5	10,0	18	36,0	<u>21</u>	<u>42,0</u>	4	8,0
22 F14.4	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?			3	6,0	2	4,0	<u>27</u>	<u>54,0</u>	18	36,0
23 F17.3	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2,0	1	2,0	3	6,0	<u>26</u>	<u>52,0</u>	19	38,0
24 F19.3	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?			1	2,0	3	6,0	<u>27</u>	<u>54,0</u>	19	38,0
25 F23.3	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?					1	2,0	<u>30</u>	<u>60,0</u>	19	38,0
26 F8.1	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	13	26,0	12	24,0	<u>21</u>	<u>42,0</u>	3	6,0	1	2,0

Com o intuito de dimensionalizar a variável dependente (qualidade de vida), a escala tipo Likert de 26 itens, com cotação de 1 a 5 pontos consoante as respostas, resulta num score global repartido pelos 4 domínios que a constituem. Assim, os resultados relativos à qualidade de vida indicam que o valor médio mais elevado corresponde ao *domínio psicológico* ( $M=76,92\pm 14,83$ ), seguindo-se o *domínio social* ( $M=75,00\pm 12,37$ ), sendo o valor mais baixo o obtido no *domínio físico* ( $M=70,43\pm 18,58$ ). Atendendo aos valores médios encontrados, pode dizer-se que os doentes autopercecionam que o domínio onde consideram ter melhor qualidade de vida é o *psicológico* (tabela 9).

**Tabela 9** – Estatísticas relativas ao score global dos domínios da WHOQOL-BREFF

Qualidade de vida	Min.	Max.	Média	dp
Domínio 1 – Físico	17,9	100,0	70,43	18,58
Domínio 2 – Psicológico	37,5	100,0	<b>76,92</b>	14,83
Domínio 3 – Relações sociais	41,7	100,0	75,00	12,37
Domínio 4 – Ambiente	53,1	100,0	73,50	11,51

## 1.2 - ANÁLISE INFERENCIAL

### **Hipótese 1** – Há relação entre a qualidade de vida e as características sociodemográficas (tabela 10)

Pelas ordenações médias, constata-se que os doentes mais novos ( $\leq 55$  anos) percecionam melhor qualidade de vida nos domínios *físico*, *psicológico* e *ambiente*. No *domínio das relações sociais* são os doentes com mais idade ( $>70$  anos) os que consideram ter melhor qualidade de vida. Contudo, com a inexistência de diferenças estatísticas significativas ( $p>0,05$ ). Os homens percecionam melhor a sua qualidade de vida em quase todos os domínios, destacando-se os domínios *físico* e *psicológico*, onde pontuam mais, com exceção para o *domínio das relações sociais*, onde foram as mulheres que percecionaram melhor qualidade de vida. Contudo, com ausência de diferenças estatísticas significativas ( $p>0,05$ ). Aferiu-se que os doentes que se encontram ativos profissionalmente apresentam melhor qualidade de vida, pois pontuaram mais em todos os domínios, destacando-se a qualidade de vida no *domínio físico*, onde se registou diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,020$ ). São os doentes com o ensino superior os que apresentam ordenações médias mais elevadas em quase todos os domínios, destacando-se o *domínio ambiente*, com exceção para o *domínio físico*, cuja perceção de qualidade de vida é mais elevada por parte dos doentes com o ensino secundário. Porém, com ausência de diferenças estatísticas significativas ( $p>0,05$ ). Aferiu-se que os doentes divorciados apresentam uma perceção mais elevada da sua qualidade de vida nos domínios *físico* e *relações sociais* e nos domínios *psicológico* e *ambiente* sobressai uma melhor perceção da sua qualidade de vida por parte dos doentes solteiros, sem diferenças estatísticas significativas ( $p>0,05$ ).

**Tabela 10** – Relação entre as variáveis sociodemográficas e a qualidade de vida

Qualidade de vida		Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio das Relações Sociais	Domínio Ambiente	Teste
Variáveis		Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	
<b>Idade</b>						
	≤55 anos	<b>37,88</b>	<b>40,13</b>	21,00	<b>39,50</b>	Kruskal Wallis
	56-70 anos	27,50	23,83	25,04	21,98	
	>70 anos	21,35	24,63	<b>26,74</b>	26,59	
	<b>(p)</b>	0,074	0,107	0,740	0,074	
<b>Sexo</b>						
	Masculino	<b>27,14</b>	<b>27,14</b>	25,11	<b>26,05</b>	Mann Whitney
	Feminino	23,41	23,41	<b>26,00</b>	24,80	
	<b>(p)</b>	0,367	0,365	0,825	0,761	
<b>Profissão</b>						
	Não ativo	21,92	24,83	24,77	25,09	Mann Whitney
	Ativo	<b>31,86</b>	<b>26,69</b>	<b>26,81</b>	<b>26,22</b>	
	<b>(p)</b>	<b>0,020</b>	0,662	0,626	0,792	
<b>Habilitações</b>						
	Sabe ler e escrever	17,75	19,00	27,38	20,44	Kruskal Wallis
	Ensino primário	23,50	25,20	25,24	23,76	
	Ensino secundário	<b>32,18</b>	28,61	23,14	29,18	
	Ensino superior	31,67	<b>30,83</b>	<b>33,67</b>	<b>36,33</b>	
	<b>(p)</b>	0,100	0,445	0,676	0,271	
<b>Estado civil</b>						
	Solteiro	29,75	<b>33,13</b>	30,25	<b>42,38</b>	Kruskal Wallis
	Casado	27,08	25,80	23,70	24,61	
	Viúvo	16,41	21,55	26,91	22,77	
	Divorciado	<b>41,00</b>	27,00	<b>38,00</b>	21,50	
	<b>(p)</b>	0,063	0,580	0,450	0,107	

**Hipótese 2 – Há relação entre a qualidade de vida e os fatores de risco (tabela 11)**

Os doentes com consumo tabágico percecionam melhor a sua qualidade de vida nos domínios *físico*, *psicológico* e *ambiente*, enquanto os que não são fumadores autopercecionaram melhor QV no *domínio das relações sociais*. Contudo, com a inexistência de diferenças estatísticas significativas ( $p>0,05$ ). Os doentes que consomem álcool autopercecionaram melhor a sua QV em todos os domínios, particularmente ao nível do *ambiente*. Porém, sem diferenças estatísticas significativas ( $p>0,05$ ). Quanto ao consumo de café, registaram-se ordenações médias mais elevadas em todos os domínios da QV para os doentes que o consomem, com diferenças estatisticamente significativas no *domínio psicológico* ( $p=0,048$ )

**Tabela 11** – Relação entre os fatores de risco e a qualidade de vida (WHOQOL-BREF)

Qualidade de vida		Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio das Relações Sociais	Domínio Ambiente	Teste
Variáveis		Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	
<b>Tabaco</b>						
	Não	25,05	25,09	<b>25,77</b>	25,09	Mann Whitney
	Sim	<b>47,50</b>	<b>45,50</b>	12,50	<b>45,50</b>	
	<b>(p)</b>	0,126	0,163	0,355	0,163	
<b>Álcool</b>						
	Não	23,91	24,40	24,34	23,54	Mann Whitney
	Sim	<b>28,88</b>	<b>27,84</b>	<b>27,97</b>	<b>29,66</b>	
	<b>(p)</b>	0,260	0,432	0,399	0,164	
<b>Café</b>						
	Não	20,65	20,55	24,63	23,55	Mann Whitney
	Sim	<b>28,73</b>	<b>28,80</b>	<b>26,08</b>	<b>26,80</b>	
	<b>(p)</b>	0,054	<b>0,048</b>	0,722	0,437	

**Hipótese 3 – Há relação entre a qualidade de vida e os efeitos secundários da quimioterapia (tabela 12)**

Constata-se que os doentes sem náuseas revelam pontuações superiores em todos os domínios da QV, sobretudo no domínio físico, com diferenças estatisticamente significativas no referido domínio ( $p=0,021$ ). Os doentes sem vômitos, como efeito secundário da quimioterapia, revelam melhor perceção da sua QV em todos os domínios, com destaque no *domínio ambiente*, onde a pontuação é mais elevada. Contudo, com ausência de diferenças estatísticas significativas ( $p>0,05$ ). Quanto à fadiga e pelas ordenações médias, regista-se uma qualidade de vida superior em quase todos os domínios nos doentes que não apresentam este efeito secundário, com exceção no *domínio das relações sociais*, onde pontuaram mais os doentes com fadiga. Porém, com ausência de diferenças estatísticas significativas ( $p>0,05$ ). Verifica-se que os doentes sem alopecia apresentam ordenações médias mais elevadas em todos os domínios da QV superior, o que se traduz numa melhor autoperceção da sua QV, sobretudo nos domínios *psicológico* ( $p=0,037$ ) e *ambiente* ( $p=0,042$ ), onde se constata diferenças estatísticas significativas. No que se refere às parestesias, as ordenações médias mais elevadas e indicativas de melhor uma QV, correspondem aos doentes que não têm este efeito secundário da quimioterapia, com diferenças estatisticamente significativas nos domínios *físico* ( $p=0,029$ ), *psicológico* ( $p=0,004$ ) e *ambiente* ( $p=0,007$ ). Constata-se ainda que os doentes sem anorexia são os que autopercecionaram de forma mais positiva a sua

qualidade de vida em quase todos os domínios, com exceção para o *domínio das relações sociais* onde pontuaram mais que com anorexia, com diferenças estatisticamente ( $p=0,030$ ).

**Tabela 12** – Relação entre os efeitos secundários e a qualidade de vida (WHOQOL-BREF)

Qualidade de vida Variáveis		Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio das Relações Sociais	Domínio Ambiente	Teste
		Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	
<b>Náuseas</b>	Sim	13,71	16,71	17,64	21,79	Mann Whitney
	Não	<b>27,42</b>	<b>26,93</b>	<b>26,78</b>	<b>26,10</b>	
	<b>(p)</b>	<b>0,021</b>	0,083	0,114	0,465	
<b>Vómitos</b>	Sim	17,50	22,50	20,83	13,83	Mann Whitney
	Não	<b>26,01</b>	<b>25,69</b>	<b>25,80</b>	<b>26,24</b>	
	<b>(p)</b>	0,325	0,711	0,557	0,150	
<b>Fadiga</b>	Sim	22,60	24,83	<b>26,33</b>	23,03	Mann Whitney
	Não	<b>26,74</b>	<b>25,79</b>	25,14	<b>26,56</b>	
	<b>(p)</b>	0,356	0,831	0,786	0,431	
<b>Alopecia</b>	Sim	18,88	11,00	23,88	11,38	Mann Whitney
	Não	<b>26,08</b>	<b>26,76</b>	<b>25,64</b>	<b>26,73</b>	
	<b>(p)</b>	0,342	<b>0,037</b>	0,811	<b>0,042</b>	
<b>Astenia</b>	Sim	18,10	24,15	<b>25,80</b>	20,80	Mann Whitney
	Não	<b>27,35</b>	<b>25,84</b>	25,43	<b>26,68</b>	
	<b>(p)</b>	0,072	0,742	0,940	0,252	
<b>Parestesias</b>	Sim	21,52	20,27	23,61	20,61	Mann Whitney
	Não	<b>30,57</b>	<b>32,16</b>	<b>27,91</b>	<b>31,73</b>	
	<b>(p)</b>	<b>0,029</b>	<b>0,004</b>	0,287	<b>0,007</b>	
<b>Anorexia</b>	Sim	23,36	22,00	<b>36,29</b>	21,00	Mann Whitney
	Não	<b>25,85</b>	<b>26,07</b>	23,74	<b>26,23</b>	
	<b>(p)</b>	0,674	0,491	<b>0,030</b>	0,376	



## 2 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo reveste-se de particular importância, pelo facto de se proceder à discussão e análise dos resultados, contrapondo-os com o enquadramento teórico, estudos recentes na área, experiência profissional, na tentativa de compreensão dos dados recolhidos neste estudo.

Pretende analisar-se a QV dos doentes com cancro colorretal submetidos a quimioterapia, num serviço de ambulatório de um hospital da zona centro. Várias foram as limitações existentes da realidade onde se realizou estudo, onde amostra é reduzida e apenas de uma instituição de saúde, dificultando o confronto com outras realidades e a generalização dos resultados, porém considerou-se bastante útil, por não existir em Portugal estudos acerca desta temática e para esta população em particular.

Participaram neste estudo 50 doentes, quanto ao perfil sociodemográfico, um pouco mais de metade da amostra é do sexo masculino (56,0%), na faixa etária superior aos 55 anos de idade (92%), com cerca de 64% não ativos profissionalmente, 55,1% vivem com os cônjuges, idêntica distribuição em ambos os sexos, porém 47,6% das mulheres vivem sozinhas. Prevalcem os participantes com o ensino primário (50,0%), casados (66%), de outras freguesias fora do concelho. No que se refere ao concelho, 62% são do conselho da Figueira da Foz e 80% são do distrito de Coimbra. No estudo de Moiscuc et al., (2023), com uma amostra de 59 doentes com cancro colorretal que realizaram quimioterapia, entre maio de 2019 e setembro de 2021, tinham uma média de idade de 61 anos, com um mínimo e um máximo a oscilarem entre os 37 e os 82 anos, sendo que 39 tinham menos de 65 anos de idade, com mais de metade dos participantes do sexo masculino (54%). Todavia, as evidências do estudo de Tiselius et al., (2021) revelaram que 52,1% dos doentes com cancro colorretal eram mulheres. Os doentes apresentavam uma média de idade de 73 anos, com um mínimo e um máximo a oscilarem entre os 30-96 anos. No presente estudo, a média de idade dos doentes era de  $69,48 \pm 10,58$  anos, a oscilar entre um mínimo de 40 anos e um máximo de 85 anos, bem como prevaleceram dos homens. Estas evidências revelam que o cancro colorretal cada vez mais surge em pessoas mais novas, ou seja, tem sido observado um aumento preocupante em doentes com <50 anos

de idade, com taxas ligeiramente mais baixas nas mulheres do que nos homens (Cervantes et al., 2021; Flyum et al., 2021). Florensa et al., (2023), no seu estudo os doentes com cancro colorretal (habitantes de Lleida, Espanha) apresentavam uma idade >50 anos, sendo também maioritariamente homens (62%). O cancro colorretal é a terceira causa principal de morte por cancro a nível mundial e a segunda na Europa e a sua incidência está a aumentar constantemente nos países em desenvolvimento, embora grande proporção destes casos sejam altamente evitáveis (Rawla et al., 2019; Cervantes, et al., 2021; Florensa et al., 2023).

Relativamente à caracterização dos fatores de risco, constatou-se que 2% dos doentes apresentavam hábitos tabágicos, 32% consumiam álcool e 60% café. Devido ao elevado número de doentes da amostra que consumiam café, explanaram-se alguns estudos sobre esta temática e os seus efeitos na saúde humana. Nakagawa-Senda et al., (2017) evidenciam que o consumo de café tem uma tendência inversa, referente ao cancro do colon distal e cancro retal. Deste modo, o café pode impactar na prevenção do cancro colorretal. Porém, num ensaio clínico controlado com indivíduos saudáveis, verificou-se que até 5 chávenas de café/dia não houve efeito benéfico ou prejudicial detetado na saúde humana (Shaposhnikov et al., 2018). Nigra et al. (2021), referem que o consumo de café é um fator protetor contra o cancro, uma bebida complexa com mais de 1000 fitoquímicos descritos e responsáveis pelo sabor e propriedades antioxidantes, anti-inflamatórias, antifibróticas e anticancerígenas. Mojica et al. (2018) acrescentam que o consumo de café torrado mais leve pode contribuir para a prevenção do cancro do cólon, em associação com uma alimentação equilibrada.

No estudo de Tiselius et al., (2021) também ficou registada a presença de fatores de risco, com destaque para os hábitos tabágicos. Florensa et al., (2023) referem que o excesso de peso, o tabagismo e o consumo de álcool são fatores de risco evitáveis para o cancro colorretal. Rawla et al., 2019 corroboram com anterior referindo que obesidade, o sedentarismo, o álcool e o tabaco são considerados os fatores determinantes do crescimento do CCR, acrescentando o consumo de carne vermelha. Outro estudo realizado em nove países europeus, revelou que aproximadamente 20% dos casos de cancro colorretal podem estar relacionados com excesso de peso, tabagismo e consumo excessivo de álcool (Aleksandrova et al., 2014).

Assim, testes genéticos e melhor documentação do histórico familiar, podem possibilitar que aquelas pessoas com predisposição hereditária para o CCR, tomem medidas preventivas (Rawla et al, 2019).

Neste sentido, é essencial a importância da literacia em saúde, educar para promover ganhos em saúde. Neste contexto, os enfermeiros têm um papel preponderante na educação das populações, dado o tempo que permanecem junto dos doentes e famílias e também a nível dos cuidados primários.

No que diz respeito à caracterização clínica da amostra, o peso em média oscila em 10,76 kg em função do sexo, com o valor mais baixo nas mulheres de 47,6 Kg contrapondo com valor mais altos nos homens de 93 Kg. Na opinião de Bardou et al. (2022), na Europa cerca de 11% dos cancros colorretais são atribuídos ao excesso de peso e à obesidade. Dados epidemiológicos sugerem que a obesidade está relacionada em cerca 30% a 70% com o risco de cancro do cólon nos homens, valor menos consistente nas mulheres. Também a obesidade abdominal e gordura visceral evidenciam um maior risco, do que a obesidade da gordura subcutânea, podendo aumentar a probabilidade de recidiva ou mortalidade do cancro primário, incluindo um estadiamento preciso. No estudo de Florensa et al., (2023), dos doentes com cancro colorretal, 39,5% tinham excesso de peso e 47,3% eram obesos.

No presente estudo verificou-se que 96% dos doentes tinham realizado cirurgia e em 84% esta tinha sido há mais de 1 ano, situação semelhante em ambos os sexos. Em relação ao término da quimioterapia, 36% terminaram em 2022, assim como as mulheres, enquanto 32,1% dos homens terminaram antes de 2020. Quanto à presença de outras patologias 64% referiu não as possuir. Constatou-se que 70% dos participantes do presente estudo afirmaram ter efeitos secundários relacionados com a quimioterapia, condição similar para os homens e para as mulheres. Assim, 56% apresentaram parestesias, 30% fadiga, 20% astenia, 14% anorexia e náuseas. Segundo Ali et al., (2020), a quimioterapia com a terapêutica oxaliplatina pode causar sintomas de neurotoxicidade periférica na maioria dos doentes com cancro colorretal na forma de neurotoxicidade aguda ou neurotoxicidade crônica, levando a uma diminuição da qualidade de vida. A corroborar, Moiscuc et al., (2023) constaram, no seu estudo, que os doentes com cancro colorretal submetidos a quimioterapia, apresentavam sintomas que influenciaram a qualidade de vida, após 6 meses de tratamento: náuseas, anorexia, vômitos, fadiga, parestesias, diarreia e astenia. Apesar destes sintomas, como referem Batra et al., (2020), a quimioterapia é uma parte

indispensável do regime de tratamento para a maioria dos tipos de cancro. No entanto, é difícil prever os efeitos secundários relacionados com este tratamento. Por conseguinte, realizaram um estudo transversal, com um desenho descritivo univariado, com doentes oncológicos que se encontravam a receber o segundo ciclo de quimioterapia. Estes foram entrevistados relativamente aos sintomas que experimentaram após o primeiro ciclo de quimioterapia, utilizando a escala de avaliação dos sintomas da quimioterapia. Foi avaliada a incidência dos efeitos secundários da quimioterapia vivenciados após o primeiro ciclo de quimioterapia e foram identificados os sintomas mais graves e comuns. Participaram 100 doentes, maioritariamente homens e com idade compreendida entre os 41 e os 50 anos de idade. Os cinco sintomas graves mais comuns relatados pelos participantes foram as náuseas, os vómitos, a obstipação, a dor e apneia. Os três sintomas que conduziram à máxima redução da sua qualidade de vida foram as náuseas, os vómitos e a diarreia. O sintoma mais comum relato pelos doentes foi as náuseas (80%). Os mesmos autores salientam que a identificação dos sintomas e a sua gravidade pode ajudar a planear a gestão dos mesmos de forma mais abrangente. Além disso, a educação planeada para a saúde dos doentes com cancro ajuda os enfermeiros a prestar cuidados de qualidade aos doentes em quimioterapia baseados em evidências. No seu estudo descritivo, Silva et al. (2022) avaliaram a fadiga e a QVRS de 69 doentes com cancro colorretal submetidos a quimioterapia, cujos resultados mostram que a maioria dos doentes eram mulheres com mais de 60 anos de idade, casadas, reformadas e domésticas, com um nível médio de habilitações literárias. Os resultados do estado geral de saúde, social, físico, emocional e funcionamento dos papéis foram considerados satisfatórios (média 50 a 70), a função cognitiva foi boa (média superior a 70); os sintomas mais prevalentes foram perda de apetite, fadiga, dor e insónia. Quanto à fadiga, todas as dimensões tinham um valor médio <4, considerado fadiga ligeira. Os autores verificaram que a qualidade de vida tinha pontuações satisfatórias e a fadiga foi classificada como ligeira.

Os resultados relativos à qualidade de vida dos doentes estudados indicam que o valor médio mais elevado correspondeu ao *domínio psicológico* ( $M=76,92\pm 14,83$ ), seguindo-se o *domínio social* ( $M=75,0\pm 12,37$ ), sendo o valor mais baixo o obtido no *domínio físico* ( $M=70,43\pm 18,58$ ). Sheikh-Wu et al. 2022, corrobora com o estudo que evidência que os sintomas mais comuns são no domínio físico, neuropatia periférica, fadiga, sensação de lentidão e alterações na pele, acrescentando que os sintomas se acumulam com o tempo ( $p=0,03$ ). Zielinska et al. 2021, reforça que a dor é o sintoma mais narrado, por mais de

70% dos doentes com CCR. A diminuição de peso, perda libido e inibição para o trabalho, são problemas físicos e emocionais que podem afetar a capacidade funcional (Monteiro & Sousa, 2018). Outros autores, corroboram com os anteriores afirmando que a QV está comprometida devido à dor, fadiga, impotência sexual, incontinência fecal, obstipação e diminuição do bem-estar emocional (Trinquinato et al., 2017; Salvetti et al., 2020.). Ainda, Huang et al., (2018) mencionam que, em doentes com cancro colorretal, a dor/desconforto e ansiedade/depressão foram as principais preocupações dos inquiridos, com prevalência superior a 60%, evidenciando pior QVRS, acrescentam que esta está associada à gravidade da doença e ao baixo nível socioeconómico dos doentes. Santos & Brito (2022) reforçam a necessidade de avaliação da qualidade de vida das pessoas com cancro colorretal e submetidas a quimioterapia, uma vez que os tratamentos, sinais e sintomas estão na base de um mal-estar psicológico, limitações físicas e funcionais. No seu estudo de revisão sistemática da literatura constaram que a qualidade de vida destes doentes é prejudicada a nível físico e mental. Por conseguinte, a avaliação da sua qualidade de vida assume-se como um contributo para a promoção de intervenções de enfermagem que visem dar resposta às necessidades holísticas destes doentes.

No presente estudo, o facto de se ter constatado que os doentes autopercecionaram que o domínio onde consideram ter melhor qualidade de vida é o *psicológico*, contraria estudos anteriores (Santos & Brito, 2022). Uma das hipóteses para a explicação deste resultado no presente estudo, pode estar relacionado com as dimensões da unidade, assim como o número reduzido de utentes, comparando com outros centros, o contacto telefónico da unidade disponível todos os dias úteis, até as 17 horas. O processo acolhimento dos doentes, o esclarecimento de medos, dúvidas e efeitos secundários por parte da equipa médica/enfermagem, os ensinamentos proativos com os doentes e famílias para que eles, consigam gerir de forma autónoma alguns dos seus problemas, ou simplesmente sejam evitados. A estreita relação empática existente entre doente/profissional saúde e a referência precoce para a psicooncologia. De acordo com Afaf Meleis esta interação é essencial para melhorar e promover a saúde dos doentes (Meleis, 2012)

Prip et al., (2019) reforçam que a relação entre doentes e profissionais de saúde é importante para capacitar os doentes a gerir a doença e tem impacto na satisfação do doente. A esperança e a positividade são uma necessidade e uma estratégia para os doentes com cancro. Segundo Coelho et al., (2020) o enfermeiro pode praticar a relação de ajuda, evidenciando a capacidade de escuta, empatia, aceitação e respeito. A ansiedade,

a tristeza e o luto são as principais necessidades que requerem a relação de ajuda profissional. Um estudo qualitativo sobre a comunicação entre os profissionais de saúde e doentes num serviço de ambulatório oncológico contraria esta premissa, pois evidenciou que a comunicação entre a referida díade era solidária, superficial, focada na tarefa, sem continuidade no cuidado e com ausência de dimensões existenciais, impondo ao doente a autogestão das preocupações psicológicas e sociais, no decorrer do tratamento e doença (Prip et al., 2022).

Na tentativa de testar as hipóteses apresentadas, recorreremos a estatística inferencial, para as respetivas hipóteses, tendo-se constatado que a única variável sociodemográfica que interferiu na qualidade de vida dos doentes da amostra estudada ( $H_1$ ) foi a situação profissional, tendo-se aferido que os doentes ativos profissionalmente apresentam melhor qualidade de vida, tendo pontuado mais em todos os domínios, destacando-se a qualidade de vida no *domínio físico*, onde se registou diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,020$ ). Estes resultados podem ser explicados pela capacidade física e robustez própria da idade. Porém, Lewandowska et al., (2020), num estudo de 800 doentes na Polónia, verificou que apenas 28% dos doentes tinham capacidade para realizar atividade física normal e 81% apresentavam problemas no autocuidado. Este facto também pode ser explicado pelas características da amostra, dado que as pessoas mais novas têm maior capacidade física e laboral, estão mais ocupadas e não pensam tanto nos problemas. Os doentes mais velhos têm uma maior qualidade de vida a nível das relações sociais, de certo modo tem mais tempo livre para estar com amigos, consigo próprio e conforme as experiências de vida, dão importância a outros factos. Como foi relatado no enquadramento teórico, a qualidade de vida é um conceito unipessoal que está revestido de toda uma vivência anterior. Não se pode deixar de referenciar que cerca de 92% tinham mais de 55 anos. A literatura diz-nos que o cancro colorretal é mais frequente na década dos 50 a 60 anos. O rastreio desta doença é realizado após os 50 anos, com a realização de colonoscopia. No entanto, nos últimos anos houve um aumento nos indivíduos com menos de 50 anos. Cerca de 10%-20% dos cancros do colorretal ocorrem em pessoas com história familiar positiva, com risco variável dependendo do número e grau de parentes afetados. Também 5% a 7% dos casos correspondem a condições hereditárias, entre elas o cancro colorretal hereditário sem polipose (HNPCC) e a polipose edematosa familiar (FAP) (Siegel et al., 2021). Segundo Akimoto et al. (2021), a prevalência em indivíduos mais jovens desta patologia prende-se com a maior exposição a fatores de risco, dieta do

estilo ocidental, obesidade, inatividade física, uso de antibióticos na fase pré-natal até adolescência, que podem acarretar alterações genéticas e epigénicas nas células epiteliais colorretais, podendo comprometer a microbiota intestinal e a imunidade.

É essencial sensibilizar a população para adesão aos programas de rastreio, para que deste modo, sejam detetados alguns cancros precocemente, de forma a prevenir o seu aparecimento e em algumas situações a aumentar a sobrevida.

Relativamente, à relação entre qualidade de vida e os fatores de risco (H<sub>2</sub>), apenas o consumo de café resultou em diferenças estatisticamente significativas no domínio *psicológico* (p=0,048), com ordenações médias mais elevadas em todos os domínios da qualidade de vida para os doentes que o consomem. Não se tendo encontrado estudo que justificassem estes resultados, os mesmos podem ser explicados com base na experiência profissional, onde se observa que os doentes que não sofrem alterações no paladar, é com satisfação que bebem o café após o almoço e, por vezes, ao meio da manhã. Assim, o consumo de café, na perspetiva dos inquiridos, pode ser interpretado como prazer, perante as contrariedades e efeitos secundários da doença e tratamento, o que lhes confere uma autoperceção mais positiva da sua qualidade de vida.

Importa salientar que, em relação ao fator de risco tabaco, verificou-se que todos os doentes fumadores tinham uma melhor perceção da sua qualidade de vida em todos os domínios, a exceção do *domínio das relações sociais*, onde os doentes não fumadores revelaram melhor qualidade de vida. Estes resultados não podem ser generalizados uma vez que a amostra é constituída por apenas um doente com hábitos tabágicos. Inclusive, Tiselius et al., (2021) referem que os fumadores tem pior qualidade de vida em comparação com a população em geral e com cancro colorretal, o que corrobora um estudo anterior de Jang et al. (2010), no qual os doentes fumadores tinham uma maior probabilidade de desencadear problemas físicos, mentais e limitações da atividade.

Está perceção de melhor QV dos doentes fumadores, é muito perigosa porque vai acarretar um aumento do consumo de tabaco, e este é um fator de risco para o cancro e a saúde em geral. É primordial realizar educações para saúde sobre os fatores de risco, para capacitar doentes/famílias através da aquisição de conhecimentos, para mudanças de comportamentos.

Verificou-se que os doentes não fumadores apresentam uma melhor qualidade de vida no *domínio das relações sociais* (relações pessoais, satisfação sexual e apoio dos amigos). O

relacionamento com outras pessoas e o apoio adequado dos profissionais de saúde, são fundamentais para auxiliar os doentes com cancro a gerir a doença. Eles necessitam de oportunidades para debater questões relacionadas à sua doença e vida, assim como um ambiente seguro, a fim de conversarem sobre a sua situação (Grealish et al., 2019; Gao et al., 2019).

No que concerne, à relação entre a qualidade de vida e os efeitos secundários, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) em quase todos os domínios da qualidade de vida, sendo os doentes sem náuseas, vômitos, fadiga, alopecia, parestesias e sem anorexia os que autopercecionaram de forma mais positiva a sua qualidade de vida em quase todos os domínios. Estes resultados eram expetantes e corroboram as evidências de outros estudos, que relatam que os doentes com cancro colorretal submetidos a quimioterapia que experienciaram os referidos efeitos secundários autopercecionaram de forma negativa a sua qualidade de vida (Zhao et al., 2022). Os mesmos autores salientam a necessidade de recursos psicológicos positivos, uma vez que estes são preditores de melhor qualidade de vida no campo da oncologia. Os recursos psicológicos positivos incluem muitas construções, nomeadamente a resiliência, esperança, otimismo, aumento da autoestima e autoeficácia nas pessoas com doença oncológica que realizam quimioterapia. Estas construções são positivas e reforçam o estado psicológico e a capacidade de manter ou restaurar funções psicológicas e físicas relativamente estáveis, quando confrontados com eventos que ameaçam a vida (Seiler & Jenewein, 2019). Como mencionam Zhao et al. (2022), as evidências mostram que os doentes com cancro colorretal e que realizaram quimioterapia com um elevado nível de resiliência, tinham maior capacidade para lidar com a doença e manter a saúde mental, traduzindo-se em melhor QV. De acordo com Sheikh-Wu et al. (2023), a psicologia positiva auxilia na gestão dos sintomas e melhora a qualidade de vida. Os enfermeiros estão preparados para identificar, prevenir, promover estratégias de autogestão, para melhorar os resultados relacionados à saúde.

Neste sentido, os resultados apresentados neste estudo corroboram com outros estudos, e nesta perspetiva, são um contributo para o conhecimento científico em enfermagem, visando o aumento da atenção dos cuidados para os efeitos secundários, a nível da capacitação, diminuindo-os para aumentar a QV.

Importa reforçar que a qualidade de vida é uma medida multiespecífica da satisfação individual e social com a vida, sendo definida como uma perceção individual da vida,

padrões, objetivos, valores e interesses no quadro da sociocultural, podendo esta ser influenciada por múltiplos fatores, tais como estado físico e mental, crenças pessoais, nível de escolaridade e por diversas variáveis sociodemográficas. Assim, vários sintomas e angústia emocional vividos por doentes oncológicos de diferentes origens podem ter amplas implicações na sua perceção de qualidade de vida e nos seus resultados do tratamento (Marzo et al., 2021; Chaves-Cardona et al., 2021).



## CONCLUSÃO

O cancro colorretal é uma das neoplasias mais frequentes na população adulta mundial, apresentando uma incidência e mortalidade crescentes em vários países, não sendo Portugal exceção, com um forte impacto na qualidade de vida das pessoas afetadas. As evidências encontradas mostram que a fraca adesão a um estilo de vida saudável, como a obesidade, tabagismo, álcool e uma dieta rica em gorduras de baixa fibra são os fatores de risco para a incidência do cancro colorretal. Além disso, a inatividade física e a fraca adesão à prática regular de atividade física também ganharam a atenção da comunidade científica, como sendo os fatores de risco relevantes para o desenvolvimento desta neoplasia.

Para além das complicações e taxas de mortalidade, uma combinação de melhorias nas estratégias de deteção precoce e tratamento tem resultado num aumento da taxa de sobrevivência dos doentes com cancro colorretal nas últimas duas décadas, embora muitos sobreviventes tenham efeitos adversos a longo prazo. As experiências destes sobreviventes podem incluir sintomas físicos, psicológicos e emocionais como dor, diarreia e incontinência intestinal/urinária que podem afetar significativamente a sua qualidade de vida. Os agentes quimioterápicos normalmente utilizados no tratamento deste cancro podem ser tóxicos para o sistema nervoso periférico. Os sintomas mais comuns de neuropatia periférica, cujos sintomas melhoram geralmente após a conclusão do tratamento com quimioterapia, mas há registo de casos de doentes que continuam a ter sintomas crónicos, como dor abdominal, perda de peso e náuseas. A gravidade dos sintomas contribui para o ónus global dos sintomas, sendo um preditor de pior qualidade de vida autopercecionada.

Neste sentido, assumiu-se como relevante avaliar-se a qualidade de vida de 50 doentes com cancro colorretal submetidos a quimioterapia, num serviço de ambulatório de um hospital da zona centro, assumindo-se como uma, mais valia para a prática profissional. Com base nos resultados obtidos, verificou-se a presença de fatores de risco como hábitos tabágicos, consumo de álcool e de café, com registo de um peso, em média, a oscilar os 10,76 kg, em função do sexo, com o valor mais baixo nas mulheres de 47,6 Kg

comparativamente aos homens, com um valor mais elevado de 93 Kg. Concluiu-se que, maioritariamente, os doentes tinham realizado cirurgia, tendo sido esta há mais de 1 ano, sendo mais representativos os casos de doentes que terminaram a quimioterapia em 2022. Relativamente à presença de outras patologias, mais de metade da amostra referiu não as possuir, apresentando efeitos secundários relacionados com a quimioterapia, nomeadamente as parestesias, a fadiga, a astenia, a anorexia e as náuseas.

Os doentes perceberam melhor qualidade no *domínio psicológico* e no *domínio social*, com um valor mais baixo no *domínio físico*. Concluiu-se que a situação profissional foi a única variável sociodemográfica com interferência estatisticamente significativa na qualidade de vida dos doentes da amostra estudada, aceitando-se a  $H_1$  para esta variável. Os doentes ativos profissionalmente perceberam melhor qualidade de vida em todos os domínios, particularmente no *domínio físico* ( $p > 0,05$ ). Quanto à relação entre a qualidade de vida e os fatores de risco, o consumo de café resultou em diferenças estatisticamente significativas no *domínio psicológico* ( $p < 0,05$ ), com melhor percepção da sua qualidade de vida em todos os domínios por parte dos doentes que o consomem, aceitando-se a  $H_2$ . Os doentes sem náuseas, vômitos, fadiga, alopecia, parestesias e sem anorexia autoperceberam de forma mais positiva a sua qualidade de vida em quase todos os domínios, o que resultou na aceitação da  $H_3$ , sugerindo, assim, uma relação entre a qualidade de vida e os efeitos secundários da quimioterapia, na amostra estudada.

Os resultados deste estudo devem ser vistos tendo em conta as suas limitações, entre as quais se salienta o número reduzido da amostra e o facto de se tratar de um estudo transversal, não permitindo a extrapolação dos resultados obtidos a outras amostras com as mesmas características. Sugere-se, assim, a replicação deste estudo com uma amostra mais dilatada e com um desenho longitudinal. Apesar destas limitações, os resultados obtidos permitiram alcançar os objetivos delineados.

É importante referir que este estudo se assumiu como um contributo para a prática de enfermagem especializada, ao nível da responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais, com implicações positivas na futura prática profissional. Diz isto porque, ao realizar-se o presente estudo, adquiriram-se mais conhecimentos sobre a importância de se avaliar sistematicamente a qualidade de vida do doente com cancro colorretal, para que se possa intervir e potenciar melhor qualidade de vida a estes doentes, de acordo com as suas necessidades, numa visão holística. A integração da prática baseada na evidência

no quotidiano profissional dos enfermeiros tem o potencial de melhorar o ambiente da prática, bem como os resultados dos cuidados ao doente com cancro colorretal. É essencial que os enfermeiros construam o seu corpo de conhecimentos, normalizem a prática e melhorem os resultados das suas intervenções. Assim sendo, para se fazer avançar a Ciência da Enfermagem, melhorar a prática dos enfermeiros e os resultados da sua intervenção nos mais variados contextos, é fundamental transmitir-se a premissa não só o valor do conhecimento baseado em evidências, mas também como aceder a esse conhecimento, avaliá-lo e aplicá-lo corretamente, conforme necessário. Como tal, este trabalho de investigação contribui, ainda que seja de forma modesta, para o enriquecimento da Ciência da Enfermagem, nomeadamente no que diz respeito à qualidade de vida do doente com cancro colorretal.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adel N. (2017). Overview of chemotherapy-induced nausea and vomiting and evidence-based therapies. *The American journal of managed care*, 23(14 Suppl), S259–S265.
- Aftab, S., Shah, A., Nadhman, A., Kurbanoglu, S., Aysil Ozkan, S., Dionysiou, D. D., Shukla, S. S., ... Aminabhavi, T. M. (2018). Nanomedicine: An effective tool in cancer therapy. *International journal of pharmaceutics*, 540(1-2), 132–149. <https://doi.org/10.1016/j.ijpharm.2018.02.007>
- Akhlaghi, E., Lehto, R. H., Torabikhah, M., Sharif Nia, H., Taheri, A., Zaboli, E., & Yaghoobzadeh, A. (2020). Chemotherapy use and quality of life in cancer patients at the end of life: An integrative review. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01580-0>
- Akimoto, N., Ugai, T., Zhong, R., Hamada, T., Giannakis, M., Wu, K., Cao, Y., Ng, K., & Hospital, W. (2021). *HHS Public Access*. 18(4), 230–243. <https://doi.org/10.1038/s41571-020-00445-1.Rising>
- Akin, S., & Kas Guner, C. (2019). Investigation of the relationship among fatigue, self-efficacy and quality of life during chemotherapy in patients with breast, lung or gastrointestinal cancer. *European Journal of Cancer Care*, 28(1), 1–12. <https://doi.org/10.1111/ecc.12898>
- Aleksandrova, K., Pischon, T., Jenab, M., Bueno-de-Mesquita, H. B., Fedirko, V., Norat, T., ... Boeing, H. (2014). Combined impact of healthy lifestyle factors on colorectal cancer: a large European cohort study. *BMC Medicine*, 12(1). doi:10.1186/s12916-014-0168-4
- Ali, N., Mohamed, A., & Yousef, B. (2020). The Incidence of Oxaliplatin-Induced Peripheral Neurotoxicity at Khartoum Oncology Hospital: A Cross-Sectional Survey. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 7(3), 266–272. [https://doi.org/10.4103/apjon.apjon\\_12\\_20](https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_12_20)
- Almeida-Brasil, C. C., Silveira, M. R., Silva, K. R., Lima, M. G., Faria, C. D. C. de M., Cardoso, C. L., Menzel, H. J. K., & Ceccato, M. das G. B. (2017). Qualidade de vida

e características associadas: Aplicação do WHOQOL-BREF no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Ciencia e Saude Coletiva*, 22(5), 1705–1716. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.20362015>

Bardou, M., Rouland, A., Martel, M., Loffroy, R., Barkun, A. N., & Chapelle, N. (2022). Review article: obesity and colorectal cancer. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*, 56(3), 407–418. <https://doi.org/10.1111/apt.17045>

Batra, A., Kalyani, C., & Rohilla, K. (2020). Incidence and severity of self-reported chemotherapy side-effects in patients with hematolymphoid malignancies: A cross-sectional study. *Cancer Research, Statistics, and Treatment*, 3(4), 736–741. [https://doi.org/10.4103/CRST.CRST\\_87\\_20](https://doi.org/10.4103/CRST.CRST_87_20)

Biller, L. H., & Schrag, D. (2021). Diagnosis and Treatment of Metastatic Colorectal Cancer: A Review. *JAMA*, 325(7), 669–685. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.0106>

Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 68(6), 394–424. <https://doi.org/10.3322/caac.21492>

Bruton, L. L., Lazo, J. S., & Parker, K. L. (2011). Goodman & Gilman's. The Pharmacological Basis of Therapeutics (12th ed.). New York: McGraw-Hill.

Cancer, A. J. C. or. (2017). *AJCCC cancer Staging Manual* (8<sup>a</sup>). New York, NY: Springer.

Calman, K. C. (1984). Quality of life in cancer patients—An hypothesis. *Journal of Medical Ethics*. 10, 124–127. doi: 10.1136/jme.10.3.124

Canavarro, M. C., Pereira, M., Moreira, H., & Paredes, T. (2010). Qualidade de Vida e Saúde: Aplicações do WHOQOL. *Alicerces*.

Carmichael, F., Hulme, C., Sheppard, S., & Connell, G. (2008). Work – life imbalance: Informal care and paid employment in the UK. *Feminist Economics*, 14(2), 3–35. doi: 10.1080/13545700701881005

Carvalho, V. A., Franco, M. H. P., Kovács, M. J., Liberato, R. P. L., Maciera, R. de C., Veit, M. T., Gomes, M. J. B., & Barros, L. H. (2008). *Temas em psico-oncologia* (S.-S. B. de P.- Oncologia. (ed.)).

- Chaves-Cardona, R., Prada, M. R., Ocampo, M. V., Gallo, D., Gómez, L. M., & Clavijo, N. (2021). Utility and health-related quality of life measures in adult Colombian patients with solid tumours. *Ecancermedicalscience*, 15, 1240. <https://doi.org/10.3332/ecancer.2021.1240>
- Cervantes, A., Hall, M., Karamouzis, M. V., & Taberero, J. (2021). *Gastrointestinal Tract Tumours* (S. Michele Ghilmini Oncology Institute of Southern Switzerland, Ospedale San Giovanni Bellinzona (ed.); 2<sup>a</sup>). European Society for Medical Oncology-ESMO. <http://oncologypro.esmo.org/content/download/83172/1558863/file/2016-ESMO-Essentials-for-Clinicians-Gastrointestinal-Tract-Tumours.pdf>
- Coelho, J., Sampaio, F., Teixeira, S., Parola, V., Sequeira, C., Lleixà Fortuño, M., & Roldán Merino, J. (2020). A relação de ajuda como intervenção de enfermagem: Uma scoping review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 23(23), 63–72. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0274>
- Costa, C., Magalhães, H., Félix, R., Costa, A., & Cordeiro, S. (2005). *O cancro e a qualidade de vida* (1<sup>a</sup> edição). NOVARTIS oncology.
- Coutinho, C. P. (2019). *Metodologias de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática* S. A. Edições Almedina (ed.); 2<sup>a</sup> Edição.
- Dominguez, R. G., Souza, F., Tâmara Crisóstomo Rios, Azevedo, L. O. N. (2018). Qualidade De Vida Dos Doentes Com Cancro Colorretal: Revisão Integrativa Da Literatura. *Pensar Enfermagem*, 22(1), 19–45. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=athens&db=cin20&AN=133618879&site=ehost-live>
- ESMO. (2016). Cancro Colorretal: Um Guia Para o Doente. *Anticancer Fund*, 1–53.
- Fayers, P.M., & Machin, D. (2016). *Qualidade de vida: a avaliação, análise e relato dos resultados relatados pelo paciente* (3<sup>a</sup> ed.). Hoboken, NJ: Wiley Blackwell.
- Filomeno, K. M. (2019). *Construção e validação de instrumento para consulta de enfermagem em uma Unidade de Tratamento Dialítico*. 72(2), 409–417.
- Flyum, I.R., Mahic, S., Grov, E.K., et al. (2021). Health-related quality of life in patients with colorectal cancer in the palliative phase: a systematic review and meta-analysis. *BMC Palliat Care* 20, 144 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00837-9>

- Florensa, D., Mateo, J., Solsona, F., Galván, L., Mesas, M., Piñol, R., Espinosa-Leal, L., et al. (2023). Acetylsalicylic Acid Effect in Colorectal Cancer Taking into Account the Role of Tobacco, Alcohol and Excess Weight. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5), 4104. MDPI AG. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph20054104>
- Fortin, M. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Fritz, A., Percy, C., Jack, A., Shanmugaratnam, K., Sobin, L., Parkin, D.M., Whelan, S., (2000). WHO International Classification of Diseases for Oncology. ICD-O, 3<sup>o</sup> ed. Geneva: WHO.
- Gao, Y., Yuan, L., Pan, B., & Wang, L. (2019). Resilience and associated factors among Chinese patients diagnosed with oral cancer. *BMC Cancer*, 19(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12885-019-5679-0>
- Gomes, R. A., Da, A., Oliveira Coelho, C., Alves De Moura, D. C., Santiago, J., Cruz, D., Borges, K., & Santos, D. (2018). Avaliação Da Qualidade De Vida De Pacientes Com Doença Oncohematológica Em Quimioterapia Evaluation of the Quality of Life of Patients With Onco-Haematological Disease in Chemotherapy Evaluación De La Calidad De Vida De Pacientes Con Enfermedad Oncohemato. *Rev Enferm UFPE on Line., Recife*, 12(5), 1200–1205.
- Gozzo, T. de O., Santos, L. A. C., & Cruz, L. A. P. (2017). Knowledge of the nursing team on the prevention and management of extravasation of chemotherapy drugs. *Journal of Nursing*, 11(12), 4789–4797. <https://doi.org/ISSN:1981-8963> Gozzo TO, Santos LAC, Cruz LAP da et al. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a15191p4789-4797-2017>
- Grealish, Laurie; Hyde, Melissa K.; Legg, Melissa; Lazenby, Mark; Aitken, Joanne F.; Dunn, Jeff; Chambers, Suzanne K. (2019). Psychosocial predictors of hope two years after diagnosis of colorectal cancer: Implications for nurse-led hope programmes. *European Journal of Cancer Care*, (), e13010–. doi:10.1111/ecc.13010
- Grupo Whoqol. (1995). Avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL): Documento de posição da Organização Mundial da Saúde. *Social Science and Medicine*, 41 (10), 1403-1409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)

- Haraldstad, K., Wahl, A., Andenæs, R., Andersen, J. R., Andersen, M. H., Beisland, E., Borge, C. R., Engebretsen, E., Eisemann, M., Halvorsrud, L., Hanssen, T. A., Haugstvedt, A., Haugland, T., Johansen, V. A., Larsen, M. H., Løvereide, L., Løyland, B., Kvarme, L. G., Moons, P., ... Helseth, S. (2019). A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. *Quality of Life Research*, 28(10), 2641–2650. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02214-9>
- Hirose, C., Fujii, H., Iihara, H., Ishihara, M., & Nawa-nishigaki, M. (2020). *Real-world data of the association between quality of life using the EuroQol 5 Dimension 5 Level utility value and adverse events for outpatient cancer chemotherapy*. 5943–5952.
- Ho, P. J., Gernaat, S. A. M., Hartman, M., & Verkooijen, H. M. (2018). Health-related quality of life in Asian patients with breast cancer: A systematic review. *BMJ Open*, 8(4). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020512>
- Huang, M.Y., Lee, H.H., Tsai, H.L., Huang, C.W., Yeh, Y.S., Ma, C.J., Huang, C.M., Chen, C.Y., Huang, J.J., & Wang, J.Y. (2018). Comparison of efficacy and safety of preoperative Chemoradiotherapy in locally advanced upper and middle/lower rectal cancer. *Radiat Oncol.*;13(1):53. doi: 10.1186/s13014-018-0987-0
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (2020). ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. 6. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA
- International Agency for Research on Cancer. *Cancer Today*. Obtido de World Health Organization: [https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multi-bars?v=2018&mode=cancer&mode\\_population=countries&population=900&populations=908&key=total&sex=O&cancer=39&type=O&statistic=5&prevalence=O&population\\_group=O&ages\\_group%58%5D=O&ages\\_group%58%5D=17&nb\\_items=5](https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multi-bars?v=2018&mode=cancer&mode_population=countries&population=900&populations=908&key=total&sex=O&cancer=39&type=O&statistic=5&prevalence=O&population_group=O&ages_group%58%5D=O&ages_group%58%5D=17&nb_items=5)
- Irigaray, T. Q., & Trentini, C. M. (2009). Qualidade de vida em idosos: a importância da dimensão subjetiva. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 26, 297-304.
- Jang, S., Prizment, A., Haddad, T., Robien, K., & Lazovich, D. (2011) Smoking and quality of life among female survivors of breast, colorectal and endometrial cancers in a prospective cohort study. *J Cancer Surviv* 5, 115–122. <https://doi.org/10.1007/s11764-010-0147-5>

- Kumar V., Cotran R.S, Robbins S.L. (2003). Robins Basic Pathology, 7th edition. Saunders, USA.
- Lewandowska, A. M., Rudzki, M., Rudzki, S., Lewandowski, T., & Laskowska, B. (2019). Environmental risk factors for cancer - review paper. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 26(1), 1–7. <https://doi.org/10.26444/aaem/94299>
- Lewandowska, A., Rudzki, G., Lewandowski, T., Próchnicki, M., Rudzki, S., Laskowska, B., & Brudniak, J. (2020). Quality of life of cancer patients treated with chemotherapy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 1–16. <https://doi.org/10.3390/ijerph17196938>
- Lopes, A., Chammas, R., Iyeyasu, H., (2013). Oncologia para a graduação. 3. ed. São Paulo: Lemar
- Mayo, N., (2015). Dicionário de Medição de Resultados de Qualidade de Vida e Saúde Milwaukee, WI: International Society for Quality of Life Research
- Marzo, R. R., Bhattacharya, S., Aye, S. S., Tripathi, S., Naing, T. W., Soe, M. M., Kyaw, Y. W., Packiam, C. D. A. L. R., Ping, D. C. P., Zolpakar, P. M. B., Selvakumar, V. A. P., Ali, S. R. B. A., Hasrudin, A. F. B., & Sutikno, J. (2022). Study on the Quality of Life among Cancer Survivors Attending a Tertiary Care Cancer Center in Malaysia. *Journal of public health research*, 10(2 Suppl), jphr.2021.2919. <https://doi.org/10.4081/jphr.2021.2919>
- Medeiros, M. L. C. de, Medeiros, M. P. C. de, Silva, B. B. da, Silva, R. R. da, & Nunes, N. (2021). Qualidade de vida e sintomas depressivos de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia ambulatorial. *Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção Da Saúde*, 3(2), 1–6. <https://doi.org/10.5935/2446-5682.20210012>
- Meleis, A.I. (2010). Transitions theory. Middle-range and situation-specific theories in research and practice. NeW York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I. (2012). Theoretical Nursing: Development and progress. Philadelphia: Wolters Kleiwer/ Lippincott Wilkins.
- Minayo, M. C. de S., Hartz, Z. M. de A., & Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 7–18. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232000000100002>
- Ministério da Saúde. (2015). Portaria n.º 234/2015. *Diário Da República*, 153, 5516–

5654.

- Ministério da Saúde. (2017). Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. *Diário Da República, 2.<sup>a</sup> Série — N.º 183 — 21 de Setembro de 2017*.
- Ministério da Saúde. (2018). Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. *2.<sup>a</sup> Série, N.º 135*, 19359–19370. <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>
- Moisuc, D. C., Marinca, M. V., Matei, A. M., Popovici, L., & Cianga, P. (2023). The Impact of Bevacizumab and Chemotherapy on Quality of Life in Metastatic Colorectal Cancer Patients. *Healthcare, 11*(4), 591. MDPI AG. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.3390/healthcare11040591>
- Mojica, B. E., Fong, L. E., Biju, D., Muharram, A., Davis, I. M., Vela, K. O., Rios, D., Osorio-Camacena, E., Kaur, B., Rojas, S. M., & Forester, S. C. (2018). The Impact of the Roast Levels of Coffee Extracts on their Potential Anticancer Activities. *Journal of Food Science, 83*(4), 1125–1130. <https://doi.org/10.1111/1750-3841.14102>
- Monteiro, C. R. A. V., & Sousa, T. K. C. (2018). Qualidade de vida em pacientes submetidos ao tratamento quimioterápico. *Revista de Investigação Biomédica, 10*(1), 38-46.
- Nakagawa-Senda, H., Ito, H., Hosono, S., Oze, I., Tanaka, H., & Matsuo, K. (2017). Coffee consumption and the risk of colorectal cancer by anatomical subsite in Japan: Results from the HERPACC studies. *International Journal of Cancer, 141*(2), 298–308. <https://doi.org/10.1002/ijc.30746>
- Nascimento, F., Pitta, M., & Rêgo, M. (2015). Análise os principais métodos e diagnóstico de câncer de mama propulsores no processo inovativo. *Arquivos de Medecina, 29*(6), 153-159.
- Newton, C., & Ingram, B. (2014). Ambulatory chemotherapy for teenagers and young adults. *British Journal of Nursing, 23*(Sup2), S36-S42.
- Nicolussi, A. C., Sawada, N. O., Cardozo, F. M. C., Andrade, V., & Paula, J. M. de. (2014). Health-related quality of life of cancer patients undergoing chemotherapy. *Revista Da Rede de Enfermagem Do Nordeste, 15*(1). <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2014000100017>

- Nigra, A. D., Teodoro, A. J., & Gil, G. A. (2021). A Decade of Research on Coffee as an Anticarcinogenic Beverage. *Oxidative Medicine and Cellular Longevity*, 2021. <https://doi.org/10.1155/2021/4420479>
- Nunes, L. (2020). *Aspectos éticos na investigação de Enfermagem*. PS, ESS, Departamento Enfermagem. Setúbal.
- Oliveira, R. & Orsini, M. (2009). Escalas de avaliação da qualidade de vida em pacientes brasileiros após acidente vascular encefálico. *Revista Neurociência*, 17, 255-262.
- Oncologia, I. P. de. (2015). *Guia de Orientação Para cuidar de si!* 24–28. <https://www.ipoportor.pt/dev/wp-content/uploads/2017/08/DSN20150006-IPO-Guia-Quimioterapia-E.01.pdf>
- Organização Mundial de saúde. (2020). <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/cancer> consultado a 20/2/2022.
- Pace, T. W. W., Dodds, S. E., Sikorskii, A., Badger, T. A., Segrin, C., Negi, L. T., Harrison, T., & Crane, T. E. (2019). Cognitively-Based Compassion Training versus cancer health education to improve health-related quality of life in survivors of solid tumor cancers and their informal caregivers: Study protocol for a randomized controlled pilot trial. *Trials*, 20(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3320-9>
- Paúl, M. C. & Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pestana, M., Gageiro, J. (2014). *Análises de dados para ciências sociais - a complementaridade do SPSS*. (6º ed.) Lisboa: Edições Sílabo.
- Pimentel, F. L. (2006). *Qualidade de vida e Oncologia*. Almedina Coimbra.
- Polit, D., & Beck, C. (2011). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para a prática de Enfermagem* (7º ed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed editora.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2019). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem* (ARTMED & LTDA (eds.); 9ª).
- Prip, A., Pii, K. H., Møller, K. A., Nielsen, D. L., Thorne, S. E., & Jarden, M. (2019). Observations of the communication practices between nurses and patients in an oncology outpatient clinic. *European Journal of Oncology Nursing*, 40(March), 120–

125. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.03.004>

Prip, A., Pii, K. H., Nielsen, D. L., & Jarden, M. (2022). Patients' Experience of Communication During Their Course of Treatment in an Oncology Outpatient Clinic: Qualitative Study. *Cancer nursing*, 45(1), E187–E196. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000891>

Queirós, P., (2012) O bem estar na perspectiva de Enfermagem. In *Enfermagem: de Nithtingale aos dias de hoje 100 anos*. Dossier n. 1 Coimbra: ESEnfC/UICISA-E. p.115.

Rawla, P., Sunkara, T., & Barsouk, A. (2019). Epidemiology of colorectal cancer: incidence, mortality, survival, and risk factors. *Przegląd gastroenterologiczny*, 14(2), 89–103. <https://doi.org/10.5114/pg.2018.81072>

Regino, P. A., Elias, T. C., Silveira, C. F., Pissetti, C. W., Pereira, G. D. A., & Silva, S. R. da. (2018). Ansiedade, depressão e qualidade de vida de pacientes com câncer mamário e ginecológico sob quimioterapia/ Anxiety, depression and quality of life of patients with breast or gynecological cancer undergoing chemotherapy. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 17(4), 1–6. <https://doi.org/10.4025/ciencucuidaude.v17i4.40246>

Registo Oncológico Nacional. (2018). *De todos os tumores na população residente em Portugal*.

Ribeiro, C. G., Ferretti, F., & Sá, C. A. de. (2017). Qualidade de vida em função do nível de atividade física em idosos urbanos e rurais. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(3), 330–339. [http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v20n3/pt\\_1809-9823-rbgg-20-03-00330.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v20n3/pt_1809-9823-rbgg-20-03-00330.pdf)

Röhrl, K., Guren, M. G., Astrup, G. L., Småstuen, M. C., & Rustøen, T. (2020). High symptom burden is associated with impaired quality of life in colorectal cancer patients during chemotherapy: A prospective longitudinal study. *European Journal of Oncology Nursing*, 44. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.101679>

Salveti, M. D. G., Machado, C. S. P., Donato, S. C. T., & Silva, A. M. da. (2020). Prevalência de sintomas e qualidade de vida de pacientes com câncer. *Rev Bras Enferm*, 73(2), 1–7.

Santos, M. N. dos., Brito, R. G. da. (2022). Quality of life in patients with cancer diagnosis in Brazil: a systematic review. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 11, 8, e

28511830635. DOI: 10.33448/rsd-v11i8.30635. Disponível em:  
<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/30635>.

Santiago, L. M., & Paiva, J. M. (2021). Carcinoma colorretal nos cuidados de saúde primários em Portugal: indicadores de rastreio e frequência. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 37(3), 205–12.  
<https://doi.org/10.32385/rpmgf.v37i3.12790>

Seiler, A., & Jenewein, J. (2019). Resilience in cancer patients. *Front. Psychiatry* 10:208.  
doi: 10.3389/fpsy.2019.00208

Serra, A. V., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Rijo, D., Carona, C., & Paredes, T. (2006). 2006 Estudos psicométricos do WHOQOL-Bref.pdf. In *Psiquiatria Clínica* (Vol. 27, pp. 41–49).

Sheikh-Wu, S. F., Anglade, D., Gattamorta, K., Xiao, C., & Downs, C. A. (2022). Positive psychology mediates the relationship between symptom frequency and quality of life among colorectal cancer survivors during acute cancer survivorship. *European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society*, 58, 102136. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2022.102136>

Sheikh-Wu, S. F., Anglade, D., Gattamorta, K. A., Xiao, C., & Downs, C. A. (2022). Symptom Occurrence, Frequency, and Severity During Acute Colorectal Cancer Survivorship. *Oncology nursing forum*, 49(5), 421–431.  
<https://doi.org/10.1188/22.ONF.421-43>

Sheikh-Wu, S. F., Anglade, D., Gattamorta, K., & Downs, C. A. (2023). Relationships Between Colorectal Cancer Survivors' Positive Psychology, Symptoms, and Quality of Life. *Clinical nursing research*, 32(1), 171–184.  
<https://doi.org/10.1177/10547738221113385>

Shaposhnikov, S., Hatzold, T., Yamani, N. El, Stavro, P. M., Lorenzo, Y., Dusinska, M., Reus, A., Paskan, W., & Collins, A. (2018). Coffee and oxidative stress: a human intervention study. *European Journal of Nutrition*, 57(2), 533–544.  
<https://doi.org/10.1007/s00394-016-1336-4>

Siegel, R. L., Miller, K. D., Fuchs, H. E., & Jemal, A. (2021). Cancer Statistics, 2021. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 71(1), 7–33.  
<https://doi.org/10.3322/caac.21654>

- Silva, R.C., Gonçalves, M.C., Mendes, A.S., Cardoso, M.R.R., Nicolussi, A.C. (2022). Evaluation of fatigue and quality of life of colorectal cancer patients in chemotherapy. *Rev Gaucha Enferm.* Nov 14;43: e 20210123. English, Portuguese. doi: 10.1590/1983-1447.2022.20210123
- Silva, I.C. (2017). *Mecanismos fisiopatológicos do cancro do cólon artigo de revisão*. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Acedido em <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/81954/1/Tese%20Isabel%20Silva.pdf>
- Simões, M. R., Machado, C., Gonçalves, M. M. & Almeida, L. S. (2007). Avaliação Psicológica – Instrumentos validados para a população portuguesa Volume III. Coimbra: Quarteto
- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 71(3), 209–249. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>
- Tiselius, C., Rosenblad, A., Strand, E., & Smedh, K. (2021). Risk factors for poor health-related quality of life in patients with colon cancer include stoma and smoking habits. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01850-5>
- Torres, M. R. (2015). *Revisão integrativa de literatura*. 7(2), 2440–2452. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i2.2440-2452>
- Trinquinato, I., Marques da Silva, R., Ticona Benavente, S. B., Cristine Antonietti, C., & Siqueira Costa Calache, A. L. (2017). Gender differences in the perception of quality of life of patients with colorectal cancer. *Investigacion y educacion en enfermeria*, 35(3), 320-329.
- Underhill, M. L., Habin, K. R., & Shannon, K. M. (2017). Perceptions of Cancer Risk, Cause, and Needs in Participants from Low Socioeconomic Background at Risk for Hereditary Cancer. *Behavioral medicine (Washington, D.C.)*, 43(4), 259–267. <https://doi.org/10.1080/08964289.2016.1138925>
- Villela, M., Silva, M., & Muñoz, D. (2008). Factores de riesgo del cáncer colorrectal. *American Cancer Society*, 7(4), 12. <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/causas-riesgos-prevencion/factores-de-riesgo.html>

- Wakiuchi, J., Marcon, S.S., Oliveira, D.C. (2019) A quimioterapia sob a ótica da pessoa com câncer: uma análise estrutural. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 28, n. 1, p. 1-13, 2019. Disponível em: <[http:// dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0025](http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0025)>.
- Whoqol Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological medicine*, 28(3), 551-558.
- World Health Organization. (1997). *Measuring quality of life*. Geneva 27: Switzerland
- Xi, Y., & Xu, P. (2021). Global colorectal cancer burden in 2020 and projections to 2040. *Translational oncology*, 14(10), 101174. <https://doi.10.1016/j.tranon.2021.101174>
- Zhang X, Ma S, Guo Y, Luo Y, Li L (2022) Total neoadjuvant therapy versus standard therapy in locally advanced rectal cancer: A systematic review and meta-analysis of 15 trials. *PLoS ONE* 17(11): e0276599. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0276599>
- Zhao, X., Tong, S., & Yang, Y. (2022). The Correlation Between Quality of Life and Positive Psychological Resources in Cancer Patients: A Meta-Analysis. *Frontiers in psychology*, 13, 883157. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.883157>
- Zielińska, A., Włodarczyk, M., Makaro, A., Sałaga, M., & Fichna, J. (2021). Management of pain in colorectal cancer patients. *Critical reviews in oncology/hematology*, 157, 103122. <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2020.103122>

## **ANEXOS**



## ANEXO 1 - Escala de WHOQOL – BREF

# WHOQOL-BREF



**ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE**



**FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA**

Coordenador: Prof. Doutor Adriano Vaz Serra (adrianovs@netvisao.pt)



**FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA**

Coordenadora: Prof. Doutora Maria Cristina Canavarro (mccanavarro@fpce.uc.pt)

	Equações para calcular a pontuação dos domínios	Resultados	Resultados transformados	
			4-20	0-100
<b>Domínio 1</b>	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ □ + □ + □ + □ + □ + □ + □			
<b>Domínio 2</b>	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ □ + □ + □ + □ + □ + □			
<b>Domínio 3</b>	$Q20 + Q21 + Q22$ □ + □ + □			
<b>Domínio 4</b>	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ □ + □ + □ + □ + □ + □ + □ + □			

## DADOS PESSOAIS

**A1 Idade**  anos

**A2 Data de Nascimento** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**A3 Sexo**  Masculino  
 Feminino

<b>A4 Escolaridade</b>	Não sabe ler nem escrever	<input type="checkbox"/>
	Sabe ler e/ou escrever	<input type="checkbox"/>
	1º-4º anos	<input type="checkbox"/>
	5º-6º anos	<input type="checkbox"/>
	7º-9º anos	<input type="checkbox"/>
	10º-12º anos	<input type="checkbox"/>
	Estudos Universitários	<input type="checkbox"/>
Formação pós-graduada	<input type="checkbox"/>	

**A5 Profissão**

**A6.1 Freguesia**

**A6.2 Concelho**

**A6.3 Distrito**

<b>A7 Estado Civil</b>	Solteiro(a)	<input type="checkbox"/>
	Casado(a)	<input type="checkbox"/>
	União de facto	<input type="checkbox"/>
	Separado(a)	<input type="checkbox"/>
	Divorciado(a)	<input type="checkbox"/>
	Viúvo(a)	<input type="checkbox"/>

**B1a** Está actualmente doente? Sim  Não

**B1b** Que doença é que tem? \_\_\_\_\_

**B2** Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

**B3** Regime de tratamento? Internamento  Consulta Externa  Sem tratamento

### C. Forma de administração do questionário

1. Auto-administrado
2. Assistido pelo entrevistador
3. Administrado pelo entrevistador

### D. Tem alguns comentários a fazer a este estudo?

---

---

---

---

---

**OBRIGADO PELA SUA AJUDA!**

## Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

**Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.**

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
<b>1 (G1)</b>	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
<b>2 (G4)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
<b>3 (F1.4)</b>	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
<b>4 (F11.3)</b>	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
<b>5 (F4.1)</b>	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
<b>6 (F24.2)</b>	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
<b>7 (F5.3)</b>	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
<b>8 (F16.1)</b>	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
<b>9 (F22.1)</b>	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
<b>10 (F2.1)</b>	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
<b>11 (F7.1)</b>	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
<b>12 (F18.1)</b>	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
<b>13 (F20.1)</b>	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
<b>14 (F21.1)</b>	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
<b>15 (F9.1)</b>	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
<b>16 (F3.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
<b>17 (F10.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
<b>18 (F12.4)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
<b>19 (F6.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
<b>20 (F13.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
<b>21 (F15.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
<b>22 (F14.4)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
<b>23 (F17.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
<b>24 (F19.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
<b>25 (F23.3)</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
<b>26 (F8.1)</b>	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

ANEXO 2 - Parecer da comissão de ética



SERVIÇOS FARMACÊUTICOS

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

Estudo "Qualidade de vida dos doentes do foro colorrectal submetidos a quimioterapia", referencia CiC - OBS\_CIC.07 |2022, da Investigadora responsável no HDFF, a Enf. Raquel Carvalho, do Hospital dia Oncologia.

Após avaliação do presente trabalho, considerou esta CE não haver qualquer impedimento para a sua execução, uma vez que se encontra no estrito cumprimento das normas internas instituídas.

Figueira da Foz, 5 de abril de 2022

*Afundo.*

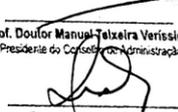
Deliberação do Conselho de Administração

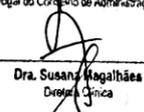
Ate N.º 17.4.5.22

Pela Comissão:

  
Maria Teresa Simões Pereira

Prof. Doutor Manuel Teixeira Veríssimo  
Presidente do Conselho de Administração

  
Dra. Ana Raquel Santos  
Vogal do Conselho de Administração

  
Dra. Susana Magalhães  
Diretora Clínica

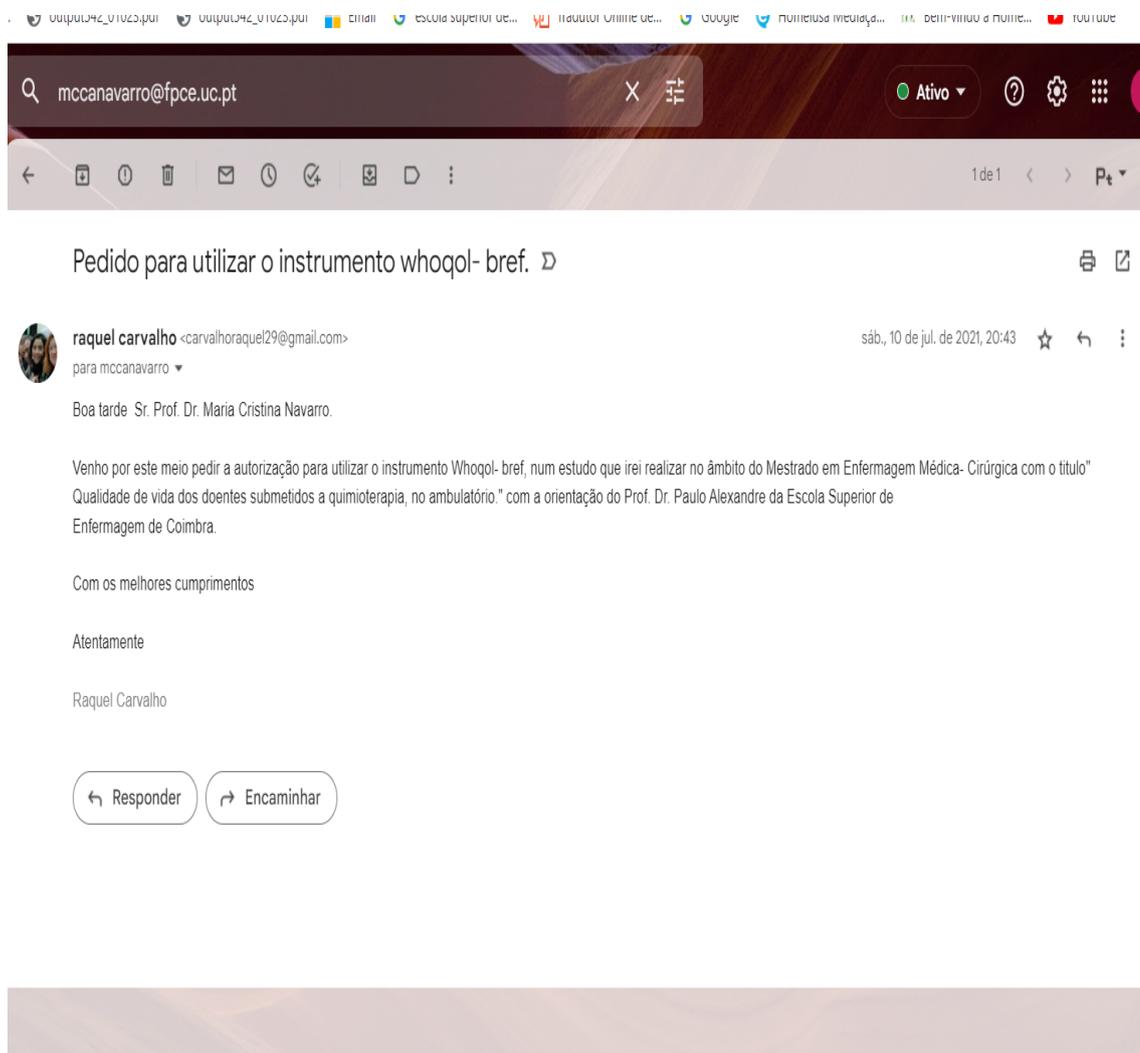
  
Enfermeiro Rui Miguel Cruz  
Enfermeiro-Diretor



## **APÊNDICES**



## APENDICE 1 - Pedido autorização ao autor para utilização da escala Whoqol-bref





## APÊNDICE 2 - Questionário de dados individuais

### Questionário de Dados Individuais

#### Parte I – Dados Sociodemográficos

Idade _____	Género: Feminino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>
Profissão _____		
Agregado Familiar _____		
Habilitações Literárias:		
Saber ler e escrever <input type="checkbox"/>	Estado Civil:	Fatores de risco:
Ensino primário <input type="checkbox"/>	Solteiro <input type="checkbox"/>	Hábitos tabágicos <input type="checkbox"/>
Ensino secundário <input type="checkbox"/>	Casado <input type="checkbox"/>	Hábitos etílicos <input type="checkbox"/>
Ensino superior <input type="checkbox"/>	Viúvo <input type="checkbox"/>	Consumo de café <input type="checkbox"/>
	Divorciado <input type="checkbox"/>	
	União de facto <input type="checkbox"/>	

#### Parte II – Dados Clínicos

Diagnóstico:	Peso _____
Mama <input type="checkbox"/>	
Colorretal <input type="checkbox"/>	
Hematológico <input type="checkbox"/>	
Cirurgia relacionada com a doença atual: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Data: _____	
Outras doenças:	
Cardíaca <input type="checkbox"/>	
Pneumológica <input type="checkbox"/>	
Neurológica <input type="checkbox"/>	
Autoimune <input type="checkbox"/>	
Renal <input type="checkbox"/>	
Outra <input type="checkbox"/>	

Efeitos secundários: Sim  Não

Se sim, quais?

Náuseas

Vômitos

Fadiga

Alopecia

Astenia

Parestesias

Mucosite

Anorexia

### APÊNDICE 3 - Consentimento informado livre e esclarecido ao participante

#### ***DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO AO PARTICIPANTE***

Leia, por favor este documento com atenção. Não hesite em solicitar mais esclarecimentos se não estiver completamente esclarecido.

*Caro Participante*

Raquel da Silva Gonçalves Carvalho, estudante do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, vem solicitar a sua colaboração no estudo de investigação, subordinado ao tema “Qualidade de vida dos doentes com cancro colorretal submetidos a quimioterapia, no ambulatório”. Este está a ser orientado pelo Professor Doutor Paulo Alexandre Carvalho Ferreira.

Tenho como objetivo principal analisar a qualidade de vida dos doentes do foro colorretal submetidos a quimioterapia e como objetivos específicos: analisar e descrever quais os fatores que influenciam a qualidade de vida e analisar a relação entre a qualidade de vida fatores de risco e efeitos secundários dos doentes submetidos a quimioterapia.

Com esta investigação pretendo desenvolver estratégias para intervir de forma proativa no controlo e tratamento de sintomas, garantindo cuidados de enfermagem individualizados e de qualidade.

Nesta investigação vão ser mantida o anonimato e a confidencialidade dos seus dados, pois cabe aos investigadores a obrigação e dever ao sigilo profissional.

Declaro, ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento.
--

Declaro, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas, sobre o assunto e para todas elas, ter obtido resposta esclarecedora.
---

Declaro, ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada, em qualquer
--

relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito.

Declaro, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos, se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento.

Assim, depois de devidamente informado(a) autorizo a participação neste estudo.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do participante

\_\_\_\_\_

Assinatura do participante

\_\_\_\_\_

**Agradeço-lhe antecipadamente toda a atenção dispensada**

Nome da investigadora: Raquel Carvalho (Caso tenha dúvidas pode comunicar pelo email [carvalhoraquel29@gmail.com](mailto:carvalhoraquel29@gmail.com) ou pelo telefone 961962066)

Assinatura

\_\_\_\_\_

#### APÊNDICE 4 - Pedido de autorização ao Hospital para aplicação de questionários

Exmo. Senhor Presidente

do Conselho de Administração [REDACTED]  
[REDACTED]

Assunto: Pedido de autorização para realizar um estudo de investigação

Eu, Raquel da Silva Gonçalves Carvalho, Enfermeira na Unidade Funcional do [REDACTED] [REDACTED], encontro-me a frequentar o XI Curso Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra com o nº 21916011 de aluno e neste âmbito a realizar um projeto de investigação sob a orientação da Professor Doutor Paulo Alexandre Carvalho Ferreira (Professor da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Venho por este meio, pedir autorização para a realização de um estudo na área da Oncologia, com o tema: “Qualidade de vida nos doentes do foro colorretal submetidos a quimioterapia”, que permitirão elaborar a minha Dissertação de Mestrado. Comprometo-me a respeitar todas as questões éticas inerentes a um trabalho deste tipo, bem como garantir o anonimato e confidencialidade dos dados obtidos. Acrescento ainda que me encontro disponível para qualquer esclarecimento.

Os meus respeitosos cumprimentos

Pede deferimento

---

Fevereiro 2022



## APÊNDICE 5 - Pedido à Comissão de Ética do Hospital onde vai ser realizado o estudo

Exmo. Senhor Presidente

do Conselho de Administração do [REDACTED]  
[REDACTED]

Assunto: Pedido para realização de um estudo à comissão ética

Eu, Raquel da Silva Gonçalves Carvalho, Enfermeira na Unidade Funcional do Hospital de dia do HDFF, encontro-me a frequentar o XI Curso Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra com o nº 21916011 de aluno e neste âmbito a realizar um projeto de investigação sob a orientação da Professor Doutor Paulo Alexandre Carvalho Ferreira (Professor da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Venho por este meio, pedir autorização para a realização de um estudo na área da Oncologia, com o tema: “Qualidade de vida dos doentes do foro colorretal submetidos a quimioterapia no ambulatório”.

Este estudo tem como principal objetivo analisar a qualidade de vida dos doentes do foro colorretal submetidos a quimioterapia e como objetivos específicos: analisar e descrever quais os fatores que influenciam a qualidade de vida, analisar a relação entre a qualidade de vida e as características sociodemográficas, fatores de risco e efeitos secundários dos doentes submetidos a quimioterapia. Vários, são os estudos que demonstram, que efeitos secundários associados à quimioterapia tem um impacto na qualidade de vida dos doentes.

De acordo com (Gomes et al., 2018) os sintomas e efeitos colaterais com scores mais elevados foram a fadiga, a insónia e falta de apetite. Segundo (Salveti et al., 2020), a fadiga, insónia, dor e perda de apetite foram os sintomas mais frequentes, associados a sintomas de ansiedade e depressão. Este estudo também refere que presença de sintomas pode afetar a funcionalidade física, emocional e cognitiva. Hirose et al, 2020, menciona que os eventos adversos mais frequentes foram neuropatia periférica, mal-estar e edema dos membros. Outro estudo evidenciou que, sintomas relatados eram de baixa intensidade e que não interferiam na sua vida (Medeiros et al., 2021).

Nesta investigação vão ser mantida o anonimato e a confidencialidade dos dados, pois cabe aos investigadores a obrigação e dever ao sigilo profissional.

O estudo de investigação é de natureza quantitativo, descritivo, transversal e correlacional.

O instrumento de colheita de dados utilizado, vai ser um questionário de dados individuais (Apêndice 3) realizado pelo investigador e aplicação da escala de qualidade de vida WHOQOL-Bref (Anexo 1), no período entre abril a dezembro de 2022. A aplicação dos instrumentos de colheita de dados irá ser realizada no Hospital de dia.

Os critérios de inclusão são: ter idade superior a 18 anos, saber ler e escrever, falar português e como critérios de exclusão: doentes com agravamento súbito da doença/infeção, doentes com dificuldade a comunicar ou confusos e doentes incapazes de darem o consentimento informado.

Com esta investigação pretendo desenvolver estratégias para intervir de forma proativa no controlo e tratamento de sintomas, garantindo cuidados de enfermagem individualizados e de qualidade.

Termo de responsabilidade

Eu, na qualidade de investigador responsável, declaro que todas as informações prestadas são verdadeiras e que em todo o processo de investigação serão respeitados os direitos humanos e as recomendações nacionais e internacionais relativas a investigação.

O proponente

---

Assinatura manuscrita