

# CANCRO COLO-RECTAL: IMPACTO PSICOLÓGICO NO DOENTE E NO CÔNJUGE

Ana Paula Figueiredo

Enfermeira, Serviço Oncologia Médica, Instituto Português de Oncologia-Porto  
Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria  
Mestre em Educação para a Saúde

O presente estudo analisa o impacto dos tratamentos de cirurgia, cirurgia/quimioterapia e cirurgia/radioterapia em doentes com cancro colo-rectal e respectivos cônjuges, ao nível da depressão, ansiedade e stress pós-traumático.

Os dados foram recolhidos no Instituto Português de Oncologia, sendo a amostra constituída por 114 doentes com o diagnóstico de cancro colo-rectal e 67 cônjuges.

Verificou-se neste estudo a existência de uma correlação positiva entre a depressão do doente e a depressão do cônjuge.

Também ficou demonstrado que a presença de uma ostomia de eliminação traduz ganhos físicos para o indivíduo doente. No entanto, a nível psicológico provoca um aumento significativo dos níveis de depressão, ansiedade e stress pós-traumático.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cancro colo-rectal, depressão, ostomia de eliminação.

*The current study assesses the impact of treatment by means of surgery, surgery/chemotherapy and surgery/radiotherapy in patients with colorectal cancer and their respective spouses, concerning depression, anxiety and post-traumatic stress. Data was gathered at the Portuguese Institute of Oncology, using a sample composed of 114 patients diagnosed of colorectal cancer and 67 spouses of such patients.*

*This study has shown a positive correlation between patients' depression status and that of their spouses. We've also demonstrated that an elimination ostomy brings physical benefits to the patient, yet significantly increases the risk of depression, anxiety and post-traumatic stress.*

**KEYWORDS:** Colorectal cancer, depression, ostomy.

## INTRODUÇÃO

A descoberta de uma doença crónica num indivíduo não afecta apenas esse indivíduo doente mas também toda a sua envolvência, em particular a sua família (Camdressus et al., 1989).

Tem-se verificado com frequência que reacções emocionais desencadeadas pelo cancro são encontradas não só no doente como nos membros da sua família (Figueiredo, Ferreira & Figueiredo, 2001), nomeadamente no cônjuge, onde o impacto da doença e seus tratamentos é sentida com grande intensidade (Sobral, 1987).

Weihls e Reiss (1996) referem que relações caracteristicamente inseguras são mais vulneráveis aos efeitos destrutíveis da ameaça do cancro do que relações familiares seguras, onde se verifica uma protecção do impacto destrutivo da ameaça.

Do mesmo modo que o doente atravessa um contexto de processo de luto (Kubler-Ross, 1994), também a família vivencia este processo (Lopes, 1997; Pereira & Lopes, 2002).

Tem-se verificado a existência de morbilidade psicológica e stress pós-traumático nos doentes oncológicos e seus cônjuges. Kissane e col. (1994), no seu estudo, verificaram a existência de depressão em 35% das esposas de doentes portadores de cancro e, nos doentes, valores de depressão 14 a 24% mais elevados do que na população em geral. Segundo os mesmos autores, este estado de angústia psicológica apresentado pelo doente reflecte-se potencialmente na família.

Também Maguire (1994) se refere à sintomatologia ansiosa e depressiva no cônjuge como consequência da doença, uma vez que esta provoca incertezas relacionadas com o prolongamento da vida em contraste com a eminência da morte.

Para Bishop (1994) e Weitzner (1999), o impacto da doença oncológica associado ao stress e à depressão são frequentemente de amplitude superior ou igual para os cônjuges, quando comparados com os doentes. Neste contexto Blanchard e col. (1997) referem que a percentagem de cônjuges que apresenta perturbações de humor e deterioração psicológica varia entre 20 a 30%.

Sabe-se que a doença oncológica tem determinadas particularidades que diferem de muitas outras situações capazes de contribuir para o desenvolvimento

de perturbação de stress pós-traumático. A quantidade de situações complexas que se vão desenvolvendo ao longo do tempo, que passam pela suspeita de doença oncológica, diagnóstico da mesma, tratamentos com os seus efeitos adversos, consultas de follow-up, exames e por vezes notícia de recidiva, fazem com que o doente se exponha continuamente às recordações da doença e seus sintomas (Passik & Grummon, 1998).

## OBJECTIVOS DO ESTUDO

Tendo em consideração a extensão da problemática em estudo e pretendendo aumentar e melhorar a nossa compreensão acerca do impacto psicológico do tratamento no doente com cancro colo-rectal e cônjuge, tornou-se necessário delimitar o campo em análise.

Assim, foram definidos como objectivos para este estudo:

- Avaliar a morbilidade psicológica e stress pós-traumático no doente oncológico e seu cônjuge;
- Comparar os três grupos de doentes em estudo ao nível da morbilidade psicológica e stress pós-traumático

## METODOLOGIA

A amostra do estudo é constituída por 181 indivíduos. Destes, 114 são doentes com diagnóstico de cancro colo-rectal e 67 são cônjuges dos referidos doentes.

Estes 114 doentes encontram-se divididos em 3 grupos, sendo o grupo A constituído por 35 doentes que efectuaram apenas tratamento cirúrgico, o grupo B constituído por 41 doentes que efectuaram tratamento de cirurgia/quimioterapia e o grupo C constituído por 38 doentes que efectuaram tratamento de cirurgia/radioterapia. O conjunto de cônjuges é também constituído por 3 grupos, sendo o grupo 1 constituído por 19 cônjuges de doentes que efectuaram apenas o tratamento de cirurgia, o grupo 2 constituído por 26 cônjuges de doentes que efectuaram o tratamento de cirurgia/quimioterapia e o grupo 3 constituído por 22 cônjuges de doentes que efectuaram tratamento de cirurgia/radioterapia.

Os instrumentos utilizados foram: “Hospital Anxiety & Depression Scale” (HADS) de Zigmund & Snaith (1983) e “Impact of Events Scale” (IES) de Weiss & Marmer (1977); “Inventário de Beck para a De-

pressão” (BDI) de Beck, Mendelson & Mock (1961) e “State Trait Anxiety Inventory” (STAI) de Spielberger, Gorush, Lushene, Vagg & Jacobs (1983).

A recolha de dados foi realizada no Instituto Português de Oncologia do Porto, nos Serviços de Consulta Externa e Medicina Oncológica.

A amostra é de conveniência, e todos os doentes e respectivos cônjuges que cumpriam os critérios de inclusão foram convidados a participar no estudo.

### **ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

Os tratamentos efectuados aos doentes oncológicos encontram-se submetidos a significações.

Segundo Gameiro (1999), no seu processo de reflexão, o doente tem em conta os males, os danos, as ameaças em relação ao futuro, assim como os possíveis ganhos que se relacionam com a situação.

Garcia, Wax e Chwartzmann (1996) referem que o tratamento cirúrgico para o doente oncológico por vezes representa mutilação, especialmente se esta se relacionar com a mama, face, órgãos genitais, membros ou perda de funções intestinais, urinárias e perda de voz. Para Santos (1995) a perda de autonomia e o desfiguramento perturbam o doente e a família, assim como o sentimento de “fardo” por parte do doente e o aspecto repulsivo que por vezes apresenta.

A necessidade de efectuar quimioterapia significa muitas vezes a possibilidade de tratamento da doença, proporcionando uma nova cura, no entanto, para a maioria dos doentes a notícia deste tratamento é recebida como assustadora, podendo significar recidiva ou metastização. Também os efeitos colaterais da quimioterapia exercem a sua influência na representação do tratamento, uma vez que estes provocam uma grande variedade de sintomas físicos e alterações da imagem corporal (Figueiredo, Ferreira & Figueiredo, 2001).

O significado atribuído ao tratamento de radioterapia é muitas vezes influenciado por acontecimentos que nada se relacionam com a doença ou com o próprio tratamento. Os horrores relativos à radiação foram, e ainda são, influenciados pelo lançamento da primeira bomba nuclear em Hiroshima, em 1945, e posteriormente pelo controle inadequado de reactores nucleares em Chernobyl. Estes dois acontecimentos provo-

cam muitas vezes medo dos efeitos da radiação, mesmo que seja utilizada com fins terapêuticos (Garcia, Wax & Chwartzmann, 1996).

A ideia de queimaduras dolorosas provocadas pela radioterapia, emissão de radiação excessiva e receio de tornar-se radioactivo, representando perigo para os outros, são razões que contribuem para o medo destes tratamentos e consequentemente para o significado atribuído a estes tratamentos (Garcia, Wax & Chwartzmann, 1996; Figueiredo, Ferreira & Figueiredo, 2001).

Também Gameiro (1999) refere que um tratamento efectuado anteriormente por um doente ou por uma pessoa conhecida que não teve bons resultados, posteriormente influenciará negativamente o mesmo doente.

Muitos são os autores que referem a ansiedade e a depressão como as mais frequentes alterações do foro psicológico em doentes portadores de cancro (Derogatis et al., 1983; Nordin & Glimelius, 1999; Ogden, 1999; Haccille, 2000).

Segundo Ogden (1999), até 20% dos doentes com cancro manifestam depressão grave, luto, falta de controlo, alterações de personalidade, fúria e ansiedade.

Também Nordin e Glimelius (1999) se referem à ansiedade e depressão como sendo as reacções psicológicas mais comuns nos doentes com cancro. Segundo estes autores, o predomínio dos níveis de distúrbios como a ansiedade e a depressão variam de 0 a 45%, verificando-se que a ansiedade diminui com o tempo enquanto a depressão não apresenta um decréscimo significativo. Referem também que os níveis médios de ansiedade e distúrbios psicológicos em doentes com cancro durante o acompanhamento de follow-up não diferem significativamente dos níveis da população normal, contudo, os níveis de depressão apresentam-se mais elevados.

Como referido anteriormente, a ansiedade e a depressão representam as perturbações mais frequentes nos doentes oncológicos, verificando-se a existência de sintomatologia destas patologias em cerca de 85% dos doentes. A intensidade dos sintomas é variável e encontra-se relacionada com o tipo de ameaça especificamente ligada à doença ou ao seu tratamento (Holland, Silberfarb, Tross & Celia, 1986; Haccille, 2000).

Para Ribeiro (1998), as consequências emocionais relacionadas com o cancro dependem do tipo de cancro. De entre a grande diversidade de cancros existentes, encontram-se expectativas de sobrevivência diferentes, processos terapêuticos diferentes (uns mais agressivos do que outros) e alterações a nível da imagem corporal variadas (mais ou menos mutilantes). A personalidade de cada indivíduo, em combinação com o seu diagnóstico e tratamento efectuado, produzem respostas emocionais mais ou menos expressivas.

A este nível, Harrison e Maguire (1994) referem que são vários os factores responsáveis pelos níveis de morbilidade psicológica nos doentes com cancro, nomeadamente factores demográficos tais como a idade, sexo e estado civil; factores psicológicos pré-mórbidos como a auto-estima, um historial psiquiátrico e factores ambientais como a existência ou não de apoio social.

A ansiedade destes doentes deve-se à existência de medos múltiplos tais como mutilações, futuro incerto, perda do estatuto social, dor, separação dos entes queridos e morte (Couvreur, 2001; Stedeford, 1986; Bibbings, 1998). O reconhecimento de sintomas de ansiedade que requerem tratamento pode ser difícil, uma vez que estes doentes podem apresentar insónias, pesadelos, tensão muscular, cansaço, hiperactividade, dispneia e preocupação, sendo estas manifestações coincidentes na ansiedade e na própria doença oncológica (Roth & Breitbart, 2001; Stedeford, 1986).

A depressão é largamente influenciada pela perda ou diminuição de capacidades físicas, sentimento de impotência, fealdade, problemas financeiros, perda de estatuto social, do emprego (Couvreur, 2001), assim como dor física e o desconforto que envolve a ameaça de perda ou mesmo a perda da identidade e integridade da pessoa e alteração da sua percepção do futuro (Rosas, 1998). Bibbings (1998) acrescenta a estes factores o medo apresentado por alguns doentes, que se relaciona com o facto de por vezes os profissionais de saúde e os familiares do doente não lhes contarem toda a verdade em relação ao seu diagnóstico ou prognóstico.

Pode também existir por parte destes doentes uma grande dificuldade em se considerarem física e sexualmente desejáveis, o que influenciará e dificultará a manutenção de relações já estabelecidas ou a formação de

novas relações. De facto, uma cirurgia pode envolver a excisão de órgãos pélvicos, com possível distúrbio da função sexual, tanto no homem como na mulher (Griffin, 1998).

Num estudo referente à ansiedade face à morte efectuado por Oliveira (2002), verifica-se que os indivíduos adolescentes e os idosos apresentam maior ansiedade face à morte, comparativamente com os outros adultos. Relativamente ao sexo, assiste-se a uma tendência mais ou menos significativa do sexo feminino ser mais dominado pelo medo da morte.

Para Halcpille (2000), o síndrome depressivo pode manifestar-se através de um comportamento agressivo do doente para com a família ou para com as pessoas que o tratam, outras vezes manifestando-se por um comportamento de passividade acompanhado de mutismo. No entanto, o comportamento mais habitual consiste na perda de interesse pelo meio envolvente e por si próprio, perda de confiança no futuro e autodepreciação.

Hughes (1987) refere que o conhecimento do diagnóstico, a perda de um órgão e os efeitos colaterais dos tratamentos (quimioterapia, radioterapia ou hormonoterapia) contribuem, em algumas situações, para a morbilidade psiquiátrica. Também Apilanez (1995) se refere aos tratamentos efectuados pelo doente oncológico, com os seus efeitos colaterais por vezes irreversíveis (esterilidade), como promotores de problemas psicológicos.

Relativamente aos doentes portadores de um estoma de eliminação, Santos (1999) refere que a morbilidade psiquiátrica é mais elevada após a realização de uma ileostomia ou colostomia do que de qualquer outra cirurgia do foro intestinal. Refere também que esta se encontra em maior percentagem nos doentes portadores de cancro do que em doentes portadores de outras patologias. Os doentes que se submeteram à realização de um estoma de eliminação de carácter definitivo apresentam ao fim de um ano, segundo este autor, morbilidade psicológica grave a moderada, comparativamente aos doentes que posteriormente efectuaram cirurgia reconstrutiva. Estes resultados sugerem que a causa de tais alterações psicológicas se deve mais à presença da ostomia do que à doença em si.

Em concordância com Thomas encontram-se Geller e col. (1996), ao mencionarem que metade dos doen-

tes portadores de estoma manifestam nos primeiros meses após a cirurgia depressão ou outro sintoma psiquiátrico.

Nos doentes oncológicos que se apresentam em fase terminal torna-se difícil efectuar um diagnóstico de depressão (Cavanaugh, 1983), uma vez que os indicadores somáticos sugestivos de depressão, tais como alterações do sono, anorexia, astenia, diminuição da libido, perda de peso, cansaço e susceptibilidade emocional, podem estar directamente relacionados com a doença (Twycross, 2001).

Para se efectuar um diagnóstico de depressão num doente terminal deve-se prestar atenção ao conteúdo verbal que o doente apresenta, especialmente à existência de indicadores de baixa auto-estima, sentimentos de culpa, negação e adesão ou não aos tratamentos. Verifica-se por vezes que o doente manifesta ser um peso para a sua família e que seria melhor se morresse. Sente que não tem valor e acredita que já não tem utilidade para si próprio, para a família e para a sociedade. Os sentimentos positivos diminuem e o entusiasmo pelas anteriores actividades sociais desaparece, surgindo a desesperança e os sentimentos de culpa (Stedeford, 1986).

Nos seus estudos, Roth e Breitbart (2001) concluíram que a incidência da dor, depressão e delírio no doente oncológico aumenta consoante aumentam os níveis de debilidade física e avanço da doença, mostrando que aproximadamente 25% dos doentes apresentam sintomas depressivos severos, aumentando a sua prevalência nos doentes com doença avançada.

Na realidade, a depressão e a ansiedade encontram-se presentes em pessoas de ambos os sexos, de todas as idades e classes sociais, sendo importante a detecção precoce e o tratamento adequado, contribuindo-se assim para melhorar o prognóstico, sejam quais forem os factores etiológicos (Barbosa & Ribeiro, 2000).

Vários são os autores que se têm dedicado a estudar o stress pós-traumático na população em geral, tendo verificado que a probabilidade de um indivíduo presenciar um acontecimento traumático ao longo da sua vida é de cerca de 70% (Norris, 1992; Resnick, Kilpatrick, Dansky, Saunders & Best, 1993).

Na população portadora de doença oncológica, também se verifica a existência desta patologia. Encontram-se com frequência variáveis tais como ameaça à

integridade física e gravidade da doença. O seu carácter súbito, imprevisível, por vezes irreversível, as perdas sofridas, a impossibilidade de escape ou incontrolabilidade e as expectativas de se sujeitar a traumas futuros, são factores significativos que podem influenciar o aparecimento desta patologia (Andrykowski & Cordova, 1998).

Devido a estas características, verifica-se que o cancro apresenta-se como um acontecimento capaz de contribuir para o desenvolvimento de sintomatologia pós-traumática. As primeiras manifestações surgem frequentemente de forma súbita, imprevisível e incontrolável, constituindo uma ameaça para a integridade física do indivíduo (Perez & Galdón, 2002).

A sintomatologia pode surgir ao longo de várias etapas da doença, sendo frequente na altura do diagnóstico (Roth & Breitbart, 2001). No entanto, a variedade de tratamentos cuja duração é por vezes muito prolongada e que frequentemente implicam perdas importantes para a pessoa, como a perda de órgãos fisiologicamente importantes, ou de outras partes do organismo que detêm um importante papel a nível da imagem corporal e da qualidade de vida, são também factores influentes no aparecimento desta patologia (Perez & Galdón, 2002).

As recordações de tratamentos anteriores, dolorosos ou assustadores, invadem por vezes os doentes oncológicos. Tanto nos adultos como nas crianças, o uso da negação é facilmente visível e minimiza o acontecimento doloroso (Roth & Breitbart, 2001).

A percepção de cada um acerca do diagnóstico, prognóstico e da ameaça de novos tratamentos, encontra-se também susceptível de constituir uma experiência traumática (Andrykowski & Cordova, 1998).

Não há dúvida que a doença oncológica tem determinadas particularidades que diferem de muitas outras situações capazes de contribuir para o desenvolvimento da perturbação de stress pós-traumático. A série de situações complexas que se vão desenvolvendo ao longo do tempo, que passam pela suspeita da doença, diagnóstico, tratamentos (cirurgia, quimioterapia, hormonoterapia e radioterapia), com os seus efeitos colaterais, consultas de follow-up, exames complementares e por vezes as notícias de recidiva, faz com que o doente se exponha continuamente às recordações da doença e dos seus sintomas, dificultando assim o tratamento da

perturbação de stress pós-traumático (Passik & Grummon, 1998). Assim, a doença oncológica pode produzir um trauma complexo, de natureza multifactorial, onde a pessoa se expõe de forma repetida a situações stressantes (Andrykowski & Cordova, 1998).

## RESULTADOS

Para testar a primeira hipótese “Espera-se que exista relação entre o stress pós-traumático, depressão e ansiedade do doente e o stress pós-traumático, depressão e ansiedade do cônjuge”, fomos inicialmente avaliar se os pressupostos da estatística paramétrica estavam presentes na amostra. Assim, testamos a normalidade e a homogeneidade de variância. Os resultados dos testes Kolmogorov-Smirnov de ajustamento à curva normal revelam que os instrumentos medidos do IES, HADS, BECK e STAI não têm uma distribuição normal na amostra estudada. A normalidade das variáveis sob estudo e a homogeneidade das variâncias da amostra não se verifica.

Como se pretende analisar uma relação entre as variáveis, a análise estatística utilizada foi a Correlação de Spearman.

Apresentamos de seguida os resultados referentes às correlações entre as variáveis estudadas nesta hipótese: Stress pós-traumático, Depressão e Ansiedade dos doentes com cancro colo-rectal e respectivos cônjuges.

Quadro 1 – Resultados da correlação entre Depressão, Ansiedade e Stress pós-traumático dos doentes e respectivos cônjuges (Teste: Correlação de Spearman).

Variáveis	Coefficiente de Correlação de Spearman (ró)	p
Ansiedade do doente – Ansiedade traço do conjugue	0.082	.508
Ansiedade do doente – Ansiedade estado do conjugue	.154	.212
Depressão do doente – depressão do conjugue	.287	.021
Stress pós-traumático do doente – stress pós-traumático do conjugue	.186	.128

Após a observação do quadro anterior concluímos que existe uma correlação positiva entre a Depressão do doente e a Depressão do cônjuge. Relativamente às restantes variáveis verificamos a não existência de relação, pelo que a hipótese foi parcialmente confirmada.

Relativamente à segunda hipótese “Espera-se que existam diferenças significativas a nível da depressão, ansiedade e stress pós-traumático nos doentes portadores e não portadores de ostomia”, os quadros seguintes apresentam os resultados das diferenças significativas das variáveis depressão, ansiedade, stress pós-traumático e representações da doença encontrados entre os doentes portadores de ostomia e os doentes que não possuem ostomia.

Os resultados do teste de Kolmogorov-Smirnov de ajustamento à curva revelam que os construtos medidos pela versão adaptada do HADS e IES têm uma distribuição não normal na amostra estudada. Recorreu-se então a um teste U de Mann-Witney para grupos independentes.

Quadro 2 – Resultados da análise referente às variáveis Depressão, Ansiedade e Stress pós-traumático em função da presença ou não de ostomia (Teste U de Mann-Whitney).

Variáveis	Média N = 29 (Ostomizado)	Média N = 85 (Não ostomizado)	Z	p
Ansiedade	12.10	7.70	-3.74	<.001
Depressão	11.31	6.42	-4.37	<.001
IES Total	9.19	7.81	-3.52	<.001
Intrusão (IES)	3.35	2.61	-4.48	<.001
Evitamento (IES)	2.59	2.72	-.150	.880
Hipervigilância (IES)	3.24	2.47	-3.26	.001

Verifica-se, da análise do quadro anterior, que existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da Ansiedade, Depressão e Stress pós-traumático entre os doentes portadores de ostomia e os não portadores de ostomia. A presença de uma ostomia de eliminação causa maiores níveis de depressão, ansiedade e stress pós-

traumático nos doentes com cancro colo-rectal. Relativamente às várias dimensões do stress pós-traumático, verifica-se que os doentes com ostomia apresentam-se mais hipervigilantes e com mais sintomas de intrusão, o mesmo não se verificando relativamente à sintomatologia de evitamento.

## CONCLUSÃO

A doença oncológica continua a ser uma das doenças mais temidas da humanidade. Encontrando-se associada ao grupo de doenças que mais ameaçam a integridade física e psicológica dos indivíduos, tende a causar um impacto profundo na forma como os indivíduos se percebem e percebem o ambiente que os rodeia.

A percepção da doença encontra-se estreitamente relacionada com o aparecimento de sintomas, no entanto, muitas vezes esta surge de forma silenciosa, sem que se perceba qualquer sinal ou sintoma, tornando inevitável o aparecimento de alterações emocionais.

A base do medo que existe em relação à doença oncológica encontra-se relacionada com a dor, sofrimento, alterações da imagem corporal motivada por os tratamentos (cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia), morte, relatos dos meios de comunicação social e com as reacções das pessoas mais próximas. No entanto, também as crenças relacionadas com as fantasias que surgem motivadas pelo desconhecido, exercem grande influência nesta área (Blanco, Antequera & Aires, 2002).

Em todas as sociedades se assiste a um aumento da incidência e da mortalidade por cancro, devendo-se esta situação, em parte, a mudanças do estilo de vida, nomeadamente a alterações dos hábitos alimentares, ao aumento da sobrevivência e a novas e melhores técnicas de diagnóstico (Pimentel, 2004).

O cancro colo-rectal não é uma excepção. Este é a segunda causa de morte por cancro nos Estados Unidos da América (Murard, 1996) e apresenta uma elevada taxa de incidência em Portugal (cancro do cólon – 15,15 % no sexo feminino e 22,09 % no sexo masculino; cancro do recto – 12,15% no sexo masculino e 20,14 % no sexo masculino) (Gouveia e col., 1993).

Em termos clínicos, o presente estudo veio evidenciar diferenças relevantes a nível da morbilidade psicológica dos doentes com cancro colo-rectal e dos seus cônjuges nas várias vertentes dos tratamentos (cirurgia, cirurgia/quimioterapia e cirurgia/radioterapia), assim como algumas variáveis importantes a considerar na qualidade de vida dos doentes, nas diferentes situações de tratamento.

A presença de uma ostomia de eliminação traduz ganhos físicos para o indivíduo doente, mas a nível psicológico provoca um aumento significativo dos níveis de depressão, ansiedade e stress pós-traumático.

Existem indicações de que devemos estar atentos à sintomatologia quer física quer psicológica dos doentes com cancro colo-rectal, uma vez que, encontrando-se esta presente, os doentes tendem a apresentar alterações importantes na sua qualidade de vida, nas suas várias vertentes.

A qualidade de vida, procurada por todos nós, é também um direito que assiste aos doentes com cancro colo-rectal, devendo os profissionais de saúde, também educadores para a saúde, estabelecer critérios que contribuam para o seu melhor estabelecimento.

## BIBLIOGRAFIA

- ANDRYKOWSKI, A. & CORDOVA, J. (1998). Factors Associated with PTSD Symptoms Following Treatment for Breast Cancer: Test of the Andersen Model. *Journal of Traumatic Stress*, nº 11: 189-203.
- BIBBINGS, J. (1998). Upper Gastrointestinal Tract Tumours. In V. TSCHUDIN. *Nursing the Patient With Cancer*. New York. Prentice Hall, 203 - 205.
- BECK, A.; WARD, C.; MENDELSON, M.; MOCH & ERBARGL. (1961). An inventory for Measuring Depression. *Archives of general Psychiatry*, 561-571.
- BLANCO, A.; ANTEQUERA, R. & AIRES, M. (2002). Percepción Subjectiva del Cáncer. In M. Dias & E. Durá. *Territórios da Psicologia Oncológica*. Lisboa. Climepsi: 547 a 578.
- BISHOP, G. (1994). *Health Psychology: Integrating Mind and Body*. Boston. Allynand Bacon.
- BLANCHARD, C.; ALBRECHT, T. & RUCKDESCHEL, J. (1997). The Crisis of Cancer: Psychological Impact on Family Caregivers. In *Oncology*, nº 11: 189 a 194.
- CAMDESSUS, B. (1989). *Les crises familiares du Grand Age*. Paris. ESF.
- CAVANAUGT, A. (1983). The Prevalence of Emotional and Cognitive Dysfunction in a General Medical Population using the MMSE, GHQ and BDI. *General Hospital Psychiatry*, 5, 15-24.
- COUVREUR, C. (2001). *A Qualidade de Vida - Arte para Viver no Século XXI*. Loures. Lusociência.
- DEROGATIS, L.; MORROW, G.; FETTING, J.; PENMAN, D.; PIASETSKY, S.; SCHMALE, A.; HENRICH, M. & CANEICK, C. (1983). The Prevalence of Psychiatric Disorders Among Cancer Patients. *Journal of the American Medical Association*, 249, 751-757.
- FIGUEIREDO, A.; FERREIRA, L. & FIGUEIREDO, P. (2001). Impacto Psicosocial do Cancro da Mama na Mulher. *Enfermagem Oncológica*. Porto. nº 17: 22 a 27.

- GARCIA, I.; WAX, P. & GHWRTZMANN, F. (1996). Aspectos Psicossociais do Paciente com Cancer. In A. Murard & A. Katz.. *Bases Clínicas do Tratamento*. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. 125-131.
- GELDER, M.; GATH, D.; MAIOU, R. & COWEN, P. (1996). *Oxford Textbook of Psychiatry*. New York. Oxford University Press Inc. 385-388.
- GOUVEIA, J. ANTÓNIO, M. & VELOSO, V. (1993). *Registo Oncológico Nacional*. Porto. I.P.O.
- GRIFFIN, C. (1998). Lower Gastrointestinal Tract Tumours. In V. TSCHUDIN. *Nursing the Patient With Cancer*. New York. Prentice Hall. 227-232.
- HACPILLE, L. (2000). *A Dor Cancerosa e seu Tratamento. Abordagem em Cuidados Paliativos*. Lisboa. Instituto Piaget.
- HARRISON, J. & MAGUIRE, P. (1994). Predictors of Psychiatric Morbidity in Cancer Patients. *British Journal Psychiatric.*, 165, 593-598.
- HOLLAND, J.; SILBERFARB, P. TROSS, S. & CELIA, D. (1986). Psychosocial Research in Cancer: The Cancer and Leukemia Group B. In V. Ventafridda. *Assessment of Quality of Life na Cancer Treatment*. Amsterdão. Experta Medica. 89-101.
- HUGHS, J. (1987). *Cancer and Emotion: Psychological Preluds and Reactions to Cancer*. Chichester. John Wiley & Sons.
- KISSANE, D. & BLOCH, S. (1994). Grief. In S. BLOCH; J. HAFNER; E. HARAI & G. SZMUKLER. (Eds). *The Family in Clinical Psychiatry*. Oxford. Oxford University Press.
- KUBLER-ROSS, E. (1994). *Sobre la Muerte y los Moribundos*. Barcelona. Grijalbo.
- LOPES, M. (1997). A Integração do Doente Oncológico no seu Meio Bio-sócio-familiar. Problemas mais Frequentes no Doente Oncológico Pós-alta. Lisboa. Nº 28.
- MAGUIRE, P. (1994). ABC of Brest Diseases. Psychological Aspects. *British Medical Journal*. nº 309: 1649 a 1652.
- MURARD, A. (1996). Câncer Anal. In MURARD, A. & KATZ, A. *Oncologia. Bases Clínicas do tratamento.*. Rio de Janeiro. Guanabara koogan: 180 a 181.
- NORDIN, N. & GLIMELIUS, B. (1999). Predicting Delayed Anxiety and Depression in Patients with Gastrointestinal Cancer. *Journal of Cancer: Cancer Research Campaign*. 525-529.
- NORRIS, F. (1992). Epidemiology of Trauma: Frequency and Impact of Different Potentially Traumatic Events on Different Demographic Groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 409 - 418.
- OGDEN, J. (1999). *Psicologia da saúde*. Lisboa. Climepsi.
- PASSIK, S. & GRUMMON, L. (1998). Post Traumatic Stress Disorder. In J. Holland. *Handbook of Psychooncology*. New York. Oxford University Press. 595-607.
- RESNHCK, H.; KILPATRICK, D.; DANSKY, B. & BEST, C. ( 1993). Prevalence of Civilian Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in a Representative National Sample of Women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 984-991
- ROTH, A. & BREITBART, W. (2001). Principles of Psychosocial Oncology. In P. Rubin. *Clinical Oncology: A Multidisciplinary Approach for Physician na Students*. New York. Sanders. 220-238.
- SANTOS, Z. (1995). Reações Emocionais e Apoio Psicológico ao Doente com Doença grave. *Cuidar*, 2, 3-7.
- SOBRAL, Z. (1987). Adaptação Psico-social do Doente Oncológico. In *Divulgação*. nº 3: 5 a 7.
- SPIELBERGER, C. GORUCH, R. LUSHENE, R. VAGG, P. & JACOBS, G. (1983). *Manual for the State-trait Anxiety Inventory, (form Y), Self Evaluation Questionnaire*. Consulting Psychologists Press, Inc.
- STEDFORD, A. (1986). *Encarando a Morte: Uma Abordagem ao Relacionamento com o Paciente Terminal*. Porto Alegre. Artes Médicas.
- TWYXCROSS, R. (2001). *Cuidados Paliativos*. Lisboa. Climepsi Editores.
- WEISS, D. & MARMER, C. (1997). The Impact of Event Scale – Revised. J. Wilson & Teane (Eds). *Assessing Psychological Trauma and PTSD*. New York. Guildford.
- WEIHS, k. & REISS, D. (1996). Family Reorganization in Response to Cancer: A Developmental Perspective. In BAIDER, L.; COOPER, C. & DE-NOUR, A.; *Cancer and Family*. Chichester. Wiley: 3 a 29.
- WEITZNER, M. JACOBSEN, P. WAGNER, H. FRIEDLAND, J. & COX, C. (1999). The Caregiver Quality of Life Index – Cancer (CQQLC) Scale: Development and Validation of na Instrument to Measure Quality of Life the Family Caregiver of Patients with Cancer. *Quality os Life Research*. nº 8: 55 a 63.

# ONCO.NEWS

INVESTIGAÇÃO E INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

INDEXANTES:



Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal



EBSCOhost databases are the most-used, premium online information resources for tens of thousands of institutions worldwide, representing millions of end-users.

**A SUA REVISTA DE DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA**  
 ENVIE OS SEUS ARTIGOS PARA SECRETARIADO@AEOP.NET