

TRANSIÇÃO EXPERIENCIADA PELO CASAL QUE VIVE COM OSTOMIA POR CANCRO COLORRETAL: PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO

Transition experienced by a couple living with an ostomy due to colorectal cancer: research protocol

AUTORES:

Ricardo Sousa Mestre^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0002-1874-7415>

Concetualização, Investigação, Metodologia, Administração do projeto, Recursos, Visualização, redação do rascunho original, Redação – revisão e edição

Célia Maria Simão de Oliveira^{3,4}

 <https://orcid.org/0000-0002-8090-5429>

Concetualização, Investigação, Metodologia, Administração do projeto, Recursos, Supervisão, Validação, Redação – revisão e edição

Patricia Vinheiras Alves³

 <https://orcid.org/0000-0003-4705-1721>

Concetualização, Investigação, Metodologia, Administração do projeto, Recursos, Supervisão, Validação, Redação – revisão e edição

¹ Escola Superior de Enfermagem de Lisboa/Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

² Unidade Local de Saúde do Algarve, Faro, Portugal

³ Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal

⁴ Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

Autor/a de correspondência:

Ricardo Mestre
mestrencard@gmail.com



RESUMO

Introdução: viver com ostomia de eliminação intestinal (OEI) por cancro colorretal (CCR) altera a vida da pessoa e o projeto de vida do casal, depreendendo-se que a transição que aquela experiência é também vivenciada pelo casal. Esta vivência é reconhecida na literatura, no entanto, não se identificam estudos sobre este processo no casal. Tal evidência será relevante para a enfermagem, assumindo-se ser sua missão facilitar processos de transição.

Objetivo: compreender como o casal vivencia o processo de transição desencadeado por CCR e OEI definitiva.

Métodos: estudo enquadrado no paradigma interpretativo, recorrendo-se ao método da *Grounded Theory Strausseriana*. Os participantes serão recrutados através do internamento cirúrgico e da consulta de estomaterapia de um hospital a sul de Portugal. Recorrer-se-á à entrevista semi-estruturada e ao Photovoice como técnicas de recolha de dados. Os dados serão analisados através do método das comparações constantes e envolverá três níveis de codificação: aberta, axial e seletiva.

PALAVRAS-CHAVE: Casal; Cônjuges; Ostomia; Neoplasia Colorretal; Processo de Transição.

ABSTRACT

Introduction: living with a bowel elimination ostomy (BEO) due to colorectal cancer (CRC) changes the person's life and the couple's life project, and it follows that the transition experienced by the person is also experienced by the couple. This experience is recognised in the literature, but there are no studies on this process in couples. This evidence will be relevant to nursing, given that its mission is to facilitate transition processes.

Objective: to understand how couples experience the transition process triggered by RCC and definitive IOE.

Methods: this is an interpretive paradigm study, using the Strausserian Grounded Theory method. Participants will be recruited from the surgical inpatient ward and the stomatherapy consultation room of a hospital in the south of Portugal. Semi-structured interviews and Photovoice will be used as data collection techniques. The data will be analysed using the constant comparisons method and will involve three levels of coding: open, axial and selective.

PALABRAS CLAVE: Colorectal Neoplasms; Couple; Ostomy; Spouses; Transition Process.

Introdução

As mudanças sociodemográficas, a inovação tecnológica, a alteração dos hábitos de vida, os avanços no campo da medicina e o desenvolvimento de novas abordagens terapêuticas têm contribuído para o aumento da taxa de sobrevivência do cancro, da esperança de vida e para o aumento do número de pessoas que vivem com doença oncológica¹⁻⁵, levando a que estas atravessem transições não imaginadas nas décadas precedentes^{6,7}.

Em 2020 o Cancro Colorretal (CCR) foi o terceiro tipo de cancro mais diagnosticado a nível mundial, ocupando o terceiro lugar em termos de incidência e o segundo em termos de mortalidade⁸⁻¹⁰, constituindo um dos maiores problemas de Saúde Pública¹¹⁻¹³. Para 2035 prevê-se que o número de casos possa atingir os 2,4 milhões, representando um crescimento na ordem dos 80% comparativamente a 2020^{14,15}. Em Portugal é o tipo de cancro mais comum^{10,16,17}, com a incidência a aumentar nos adultos, especialmente em idades inferiores a 50 anos¹⁸⁻²¹.

Este tipo de cancro inclui os tumores malignos^{22,23}, com origem no cólon, reto e ânus^{23,24}. O tratamento de eleição é a cirurgia^{4,25-27}, que pode levar à construção de uma ostomia de eliminação intestinal (OEI), provisória ou definitiva²⁸⁻³⁰, sendo as definitivas as mais frequentes^{29,31-33}. Estima-se que a nível mundial uma em cada 10 mil pessoas seja ostomizada³⁴⁻³⁶. Em Portugal o número de pessoas com ostomia de eliminação ronda as 20 mil^{37,38}.

O CCR representa uma experiência dramática, dolorosa, causadora de sofrimento e envolta em sentimentos de tristeza, dúvida, insegurança, ansiedade e medo³⁹⁻⁴¹, trazendo consigo alterações físicas, fisiológicas, emocionais, sociais, psicológicas e espirituais^{39,42-45}. Quando leva à construção de uma OEI o desafio é ainda maior⁴⁶⁻⁴⁸, pois embora a ostomia vise resolver a condição patológica e aumentar a esperança de vida^{49,50}, arrasta consigo um conjunto de alterações, que associadas às inerentes ao CCR^{47,51-53}, causam mudanças na vida da pessoa, na imagem corporal^{52,54,55} e no bem-estar^{47,56-58}, com impacto negativo na qualidade de vida^{37,53,59,60}.

Estas mudanças, quando experimentadas ou antecipadas, desencadeiam um processo de reorientação e redefinição na forma de ser e estar em quem as vivencia, desencadeando um processo de transição^{6,61-63}. A palavra transição deriva do latim *transitione* e significa “passagem de uma fase de vida, condição ou estado para outro”⁶², corresponde a um período de instabilidade que medeia dois períodos de aparente estabilidade⁶⁴ e representa um processo de movimento e mudança que ocorre ao longo do ciclo vital, indispensável ao desenvolvimento pessoal^{62,63,65}.

É uma experiência humana, um processo desencadeado por eventos críticos, que é resultado e resulta em mudanças e tem como consequência alteração de papéis, aquisição de novos conhecimentos e comportamentos, caracterizando-se por fases, momentos-chave e pontos de viragem^{7,62}, que requer por parte de quem a vivencia ajustamento e adaptação, perante a nova condição^{55,66,67}.

À luz da Teoria das Transições de Meleis, a pessoa que enfrenta CCR e OEI definitiva vivencia uma transição saúde-doença desencadeada por eventos críticos – o diagnóstico de CCR e a construção da OEI – relacionada com uma mudança súbita no desempenho de papel, que emerge de uma alteração na condição de saúde, com a passagem de um estado saudável para um estado de doença ou de agravamento dessa condição^{62,63,68}.

A pessoa age de acordo com o sentido que as coisas têm para ela, mediante a interação com o eu, com o ambiente e com a sociedade, sendo esse sentido modificado através de um processo interpretativo ao lidar com as situações que enfrenta nas interações sociais⁶⁹. Partindo deste pressuposto, Meleis^{7,63} afirma que a resposta da pessoa à transição é influenciada pelas interações que estabelece com os outros e as circunstâncias em que ocorre a transição podem facilitar ou dificultar o processo, dependendo da percepção e do sentido que a pessoa lhe atribui.

Considerando que o que acontece a um dos membros da família afeta os restantes^{70,71}, é expectável que, quando existe uma relação conjugal, as mudanças causadas pela OEI e pelo CCR desencadeiem um processo de transição, no caso, vivida pelo casal. A presença e o sentido que é atribuído à ostomia, que passa a estar inscrita no corpo da pessoa, afeta-a não só a si como a toda a família, principalmente ao cônjuge^{72,73}. Este é, habitualmente, a pessoa mais próxima e aquele que está presente em todas as fases da doença, assumindo frequentemente o papel de cuidador^{58,67,74}, o que o leva a enfrentar inúmeros problemas, dificuldades, mudanças e reajustes no dia-a-dia^{58,75,76}, geradores de sentimentos de incerteza, ansiedade, tristeza e angústia^{77,78}, com um impacto profundo na relação e na vida do casal^{58,73,78,79}.

Assumindo que o CCR e a OEI alteram não só a vida da pessoa como a da família^{43,80}, que nesta o cônjuge se encontra ao lado, convivendo com esta pessoa e que a transição é influenciada pelos recursos sociais e familiares, é expectável que as mudanças causadas pelo CCR e pela OEI desencadeiem um processo de transição vivido pelo casal, dado que os seus elementos se encontram numa relação de complementaridade e adaptação mútua⁷⁰.

Embora a vivência deste processo, pelo casal, seja reconhecida na literatura, a evidência científica acedida permite identificar estudos sobre a experiência de transição na pessoa ostomizada, no cônjuge e na família. Contudo, nenhum dos estudos encontrados analisa especificamente a experiência de transição do casal perante uma OEI definitiva por CCR, configurando uma aparente lacuna do conhecimento sobre este fenômeno, reforçando a pertinência deste estudo.

Pelo exposto, considerou-se pertinente desenhar este estudo, que pretende responder à questão de investigação: Como o casal vivencia o processo de transição desencadeado por CCR e OEI definitiva? e tem como finalidade contribuir para desenvolver conhecimento disciplinar sobre o processo de transição vivido pelo casal que enfrenta CCR e OEI definitiva e, de modo indireto e diferido, subsidiar o desenho de terapêuticas de enfermagem promotoras de uma transição saudável. O estudo tem como objetivo geral: compreender como o casal vivencia o processo de transição desencadeado por CCR e OEI definitiva; e como objetivos específicos: (1) caracterizar a natureza e os momentos-chave desta transição, (2) descrever os sentidos e os condicionantes envolvidos nesta transição, (3) descrever as estratégias utilizadas pelo casal, durante o processo de transição, (4) identificar os indicadores de processo e de resultado da transição vivida pelo casal e (5) elaborar uma explicação teórica do fenômeno em estudo.

Material e Métodos

Desenho

Considerando a questão de pesquisa formulada, o estudo enquadra-se no paradigma interpretativo, na medida em que contribui para a clarificação dos valores, linguagem e sentidos que as pessoas atribuem aos acontecimentos, ao possibilitar que sejam estas a falar sobre a sua experiência⁸¹, enquanto nos permite descobrir e compreender o que encerra um fenômeno sobre o qual se tem um conhecimento diminuto e descrevê-lo do ponto de vista dos participantes⁸²⁻⁸⁵. De acordo com esta perspectiva paradigmática e com a necessidade de estudar um processo socialmente construído - uma transição - opta-se por recorrer à *Grounded Theory* (GT) Strausseriana como abordagem metodológica. Este método, enraizado, entre outros, no interacionismo simbólico^{83,84,86,87}, revela-se útil no estudo de fenômenos e processos sociais⁸⁶⁻⁸⁸, possibilitando investigar as experiências dos participantes e encontrar dimensões não conhecidas, de tais processos, que acontecem na vida dos mesmos⁸⁹.

A GT permite o desenvolvimento de teoria, com base

em dados empíricos, que expressam os sentidos atribuídos pelas pessoas ao fenômeno em estudo, proporcionando uma explicação teórica sobre tal fenômeno, articulando os seus condicionantes, as ações e interações empreendidas pelas pessoas e as consequências daí resultantes, ajudando à compreensão do processo de adaptação vivenciado pelas pessoas e as mudanças experimentadas^{83,84}.

Participantes e Recrutamento

Numa primeira fase, os participantes serão recrutados através da amostragem intencional, que posteriormente, será completada por critérios de amostragem teórica^{83,84,87,88,90}. Na amostragem intencional os sujeitos devem obedecer aos critérios de inclusão e estarem a experienciar ou terem experienciado o fenômeno em estudo, ajudando na sua compreensão^{91,92}. Já a amostragem teórica, caracterizada pela sua flexibilidade e dependência relativamente à análise dos dados colhidos, condiciona a fase seguinte de colheita de dados^{83,84}, na medida em que permitirá encontrar os melhores participantes para fornecer dados mais relevantes para a teoria que está a emergir^{87,90}. A dimensão final da amostra será definida pela saturação teórica alcançada durante o processo de análise⁸³⁻⁸⁷, a qual determinará o fim da recolha de dados.

Os participantes serão: casais adultos, independentemente da etnia, género e orientação sexual; com aparente capacidade para refletir e partilhar a sua experiência; em que um dos elementos do casal seja portador de OEI definitiva por CCR, construída há mais de três meses; confeccionada entre os 19 e os 64 anos de idade; e tenha já recebido alta hospitalar. Este limite temporal é defendido por estudos que referem que, aos três meses, os participantes já recuperaram fisicamente da cirurgia, já reúnem condições para se envolver na entrevista e compreender o seu objetivo⁵⁵ e já apresentam algum nível de ajustamento, o que poderá não acontecer antes⁹³. Os potenciais participantes serão recrutados a partir de um serviço de internamento de cirurgia e da consulta de estomaterapia de um hospital público, através da colaboração das respetivas equipas de enfermagem. A escolha destes serviços prende-se com aspetos práticos, nomeadamente: conhecermos a equipa interdisciplinar e integrarem um Centro de Referência do Cancro do Reto, pelo que podem proporcionar um acesso facilitado a um elevado número de pessoas com OEI por CCR.

Previamente à entrada em campo, será realizada reunião com o enfermeiro diretor e com o diretor clínico, para apresentação do projeto e determinação dos modos de articulação com os serviços. Posteriormente, ocorrerá uma reunião com o enfermeiro gestor dos serviços re-

feridos, para apresentar o projeto, garantir cooperação e acesso aos participantes⁹⁴ e com o enfermeiro, por serviço, que seja interlocutor entre o investigador e os potenciais participantes. Este identificará os casais, face aos critérios de inclusão estabelecidos, realizará o primeiro contacto para anunciar o estudo e pedirá autorização para partilhar o contacto com o investigador (via email). Só depois o investigador realizará um contacto inicial, via telefone, para explicar o objetivo do estudo e averiguar a disponibilidade para integrar o mesmo, seguindo-se o envio de informação (carta ou email) sobre o estudo e o convite para participar. Passado uma semana será realizado novo contacto para validar a disponibilidade, definir a hora e o local da entrevista e reforçar a informação sobre a necessidade de obter consentimento informado. Tendo em consideração o método selecionado, não é possível precisar a duração da recolha de dados, dado esta ser determinada, como referido, pela amostragem e saturação teóricas, em processos iterativos de recolha e análise de dados.

Técnicas de Recolha de Dados

Ao adotar o método da GT, é importante recolher informação que ajude a compreender o fenómeno em estudo e, para tal, permita captar os diferentes pontos de vista, sentimentos, intenções e ações^{94,95}, recorrendo a diferentes técnicas de colheita de dados^{86,87,96}.

No presente estudo, planeamos recorrer não só à entrevista semiestruturada, como também ao *photovoice* enquanto técnicas de recolha de dados^{97,98}. Recorreremos à entrevista semiestruturada — que pela sua flexibilidade e liberdade de resposta permite ao investigador aprofundar assuntos e redirecionar as questões em função das repostas obtidas — por esta se revelar particularmente útil quando se está interessado na complexidade, no processo, ou quando o fenómeno em estudo é controverso ou pessoal⁹⁴.

As entrevistas iniciais serão realizadas com a finalidade de alcançar uma visão geral do processo de transição do casal, desencadeado por CCR e OEI definitiva, tendo por base um guião desenvolvido para o efeito (tabela 1), constituído por perguntas dirigidas a estimular a narrativa dos participantes sobre a vivência do fenómeno^{83,84,99}, pelo casal, procurando evidenciar aspetos relacionados para o estudo dum processo por GT Strausseriana. À medida que o processo de recolha e análise progride, as entrevistas poderão passar de entrevistas semiestruturadas a entrevistas focadas, de acordo com a emergência teórica⁹⁹, constituídas por perguntas que permitam aprofundar e obter mais detalhes e explicações^{86,87}, e completar categorias emergentes, numa lógica de amostragem teórica, facilitando assim uma

melhor compreensão do fenómeno em estudo.

Tabela 1. Guião da entrevista semiestruturada

Questões
<i>Por favor, contem-me como tem sido viver com ostomia de eliminação intestinal.</i>
<i>Podem descrever-me quais as mudanças que ocorreram na vossa vida, relacionadas com a ostomia de eliminação intestinal?</i>
<i>Podem falar-me de desafios que tenham enfrentado?</i>
<i>Como responderam a esses desafios?</i>
<i>Como se sentiram perante esses desafios?</i>
<i>O que resultou desses desafios?</i>
<i>Ao longo da vossa experiência, em quem ou como encontraram ajuda?</i>
<i>Atualmente, como é a vossa vida, enquanto casal, com uma ostomia de eliminação intestinal?</i>
<i>O que mudou em vós ao longo desta experiência de vida?</i>
<i>Como caracterizariam esta experiência de vida - o casal, passar a viver com a ostomia de eliminação intestinal?</i>
<i>Há algum aspeto que não tenha sido mencionado e que gostassem de referir?</i>
<i>Gostariam de me perguntar alguma coisa?</i>
<i>Caso seja necessário, posso voltar a contactar-vos novamente para clarificar algum aspeto ou para nova entrevista (noutra fase do estudo)?</i>

As entrevistas serão realizadas em local reservado, de acordo com a escolha dos participantes, no horário que lhes for mais conveniente. Cada casal será entrevistado conjuntamente. Esta abordagem é defendida por vários autores ao afirmarem que a entrevista conjunta se revela particularmente importante quando o processo em estudo é uma experiência partilhada e vivenciada por ambos¹⁰⁰, permitindo-nos obter dados mais ricos e mais significativos¹⁰¹, aceder à dinâmica do casal, à sua evolução ao longo do processo, como percebem mutuamente a situação e como constroem uma narrativa compartilhada ou discordante¹⁰⁰⁻¹⁰². Para além disso, Bjørnholt e Farstad¹⁰¹, argumentam que entrevistar casais conjuntamente facilita o recrutamento de homens para o estudo, poupa tempo e dinheiro e ajuda a resolver os problemas éticos de anonimato e consentimento entre os entrevistados. Na realização da entrevista seguiremos a técnica TROLER (cadeiras colocadas em triângulo) assegurando que se mantém o contacto visual com os participantes¹⁰³⁻¹⁰⁴.

Relativamente ao *photovoice*, este permite que aos participantes capturar fotografias que os ajudem a registar, relatar e descrever a sua vivência⁹⁷. Assume cada vez maior importância em investigação qualitativa, ao reve-

lar-se um método que aumenta “a possibilidade de captar as percepções e experiências dos participantes” e que “dá voz às experiências individuais ou coletivas através das fotografias”⁹⁷, enquanto aumenta a qualidade dos dados, ao permitir encontrar camadas adicionais de sentido, conferindo assim validade e profundidade na construção do conhecimento¹⁰⁵.

Após a necessária informação e com carácter opcional para os participantes, ser-lhes-á solicitado que fotografem acontecimentos, lugares ou objetos que lhes pareçam marcantes no processo de transição que estão a viver, seguido da descrição, oral ou escrita, dessa(s) fotografia(s)⁹⁵. Serão solicitadas duas ou três fotografias, sem limitações ao seu conteúdo, exceto a fotografia de rostos de terceiros⁹⁷. Numa segunda entrevista com o casal, ou por meio por *email* ou *whatsapp*, as fotografias serão analisadas e os sentidos a elas atribuídos serão validados^{97, 106, 107}, com recurso a um conjunto de questões (tabela 2) adaptadas de Santos e colaboradores⁹⁷ que têm como finalidade ajudar os participantes a descrever e analisar criticamente as fotografias.

Tabela 2. Questões Photovoice

Questões
<i>O que vos levou a tirar esta fotografia?</i>
<i>O que pretendem expressar/transmitir com esta fotografia?</i>
<i>Se tivessem de explicar esta fotografia, por telefone (a uma pessoa que não a pudesse ver), o que diriam? Como a descreveriam?</i>

Caso os participantes não tenham máquina fotográfica, nem telemóvel com câmara, ser-lhes-á fornecida uma máquina fotográfica descartável e na impossibilidade de enviarem a(s) fotografia(s) por *email* ou *whatsapp*, o investigador fará a recolha. As narrativas referentes às fotografias serão audiogravadas sob consentimento dos participantes, transcritas para um *verbatim* e codificadas, bem como as descrições das fotografias enviadas pelos participantes.

Técnicas de Análise de Dados

A análise de dados será realizada pelo método das comparações constantes e envolverá três níveis de codificação: aberta, axial e seletiva^{83, 84}. Durante o processo de codificação e teorização recorrer-se-á à elaboração de memorandos e diagramas^{83, 86-88}. Como suporte ao tratamento de dados pretende-se utilizar o software de análise qualitativa de dados NVivo.

Considerações sobre rigor do estudo

Apesar da flexibilidade, característica da GT, no que se refere ao desenho e reestruturação do estudo ao longo da investigação, é necessário que haja especial preocupação relativamente às questões de rigor⁸⁸. Neste sentido, e com vista a desenvolver uma investigação com rigor, iremos: estudar e treinar o método^{83, 84, 88, 108}; encarar a literatura existente sobre o fenómeno em estudo, com uma visão aberta, crítica e analítica^{87, 109}; procurar alcançar a autoconsciência metodológica^{84, 108, 110, 111}; construir, durante toda a investigação, um diário reflexivo^{83, 84, 112}; envolver-nos de forma prolongada na investigação^{84, 87, 88, 113, 114}; selecionar os participantes iniciais de acordo com os critérios de inclusão, seguido de amostragem teórica até à saturação teórica^{83, 84, 113-115}; colher e analisar dados segundo um processo iterativo e indutivo^{83, 84, 111}; durante o processo de transcrição e análise das entrevistas, estas serão ouvidas várias vezes para assegurar a fidelidade e integridade dos dados, dos sentidos e do discurso⁹⁵; utilizar o método das comparações constantes de forma a desenvolver conceitos em torno das suas propriedades e dimensões^{83, 84}; considerar os dados que pareçam extraordinários, considerando-os como casos negativos e procurando compreender o seu lugar na teoria^{113, 114, 116}; ser flexíveis e sensíveis durante o decorrer do estudo, e sempre que se justifique, implementar medidas de autocorreção e abandonar ideias pouco suportadas, mesmo que aparentemente atrativas^{83, 84, 87, 111, 113, 114, 116}; validar os achados com os orientadores e com os participantes^{87, 88, 111, 114} e utilizar excertos do discurso dos participantes na apresentação e discussão dos resultados¹¹¹. Dada a impossibilidade de saber previamente qual a direção para onde nos levam os dados⁸⁸, recorrer-se-á à utilização sistemática da literatura ao longo do estudo¹¹⁷.

Acreditamos que, respeitando estes princípios, conseguiremos desenvolver um estudo que respeite os critérios de avaliação de uma teoria, nomeadamente: credibilidade, originalidade, ressonância e utilidade^{87, 88, 94, 118}.

Considerações éticas

O estudo foi autorizado pela Comissão de Ética da unidade hospitalar onde este se pretende realizar (ref. nr. 63/2023). No decorrer de todas as etapas da investigação iremos garantir a salvaguarda dos princípios éticos^{96, 117, 119} e ter em consideração a Declaração de Helsínquia¹²⁰.

Deste modo, no que se refere à formulação do problema, consideramos o fenómeno em estudo relevante, pertinente e útil para a disciplina e para os beneficiários⁹⁶. Embora não se identifiquem benefícios imediatos

para os participantes, espera-se que a compreensão deste fenômeno possa contribuir para o aumento da investigação e desenvolvimento futuro de terapêuticas de enfermagem, direcionadas para o casal que passa a viver com uma OEI por CCR, contribuindo para uma transição saudável.

Aos possíveis participantes será prestada informação oral e escrita^{117, 121} sobre o estudo, o carácter voluntário e revogável da sua participação, técnicas de recolha de dados a serem usadas, quem recolhe e trata os dados, riscos e benefícios para os participantes. Serão ainda informados que, a informação recolhida está sujeita a sigilo, sendo apenas partilhada com os orientadores do estudo, depois de pseudonimizada e que a mesma será destruída após a defesa da tese.

Na informação oral e escrita, bem como no consentimento informado, não será feita referência a que a OEI foi construída na sequência do CCR, será apenas referido que a pessoa foi selecionada para incluir o estudo porque é portadora de uma OEI definitiva. Esta decisão é suportada nos seguintes pressupostos: por serem pessoas com doença oncológica, os nossos participantes são pessoas mais suscetíveis a desencadear depressão, ansiedade, angústia, desespero, pessimismo e colapso emocional e psicológico, pelo que a divulgação do diagnóstico deve ser seletiva¹²²⁻¹²⁴; embora o respeito pela autonomia dos participantes apele para a tomada de decisão, na plena posse de informação^{94, 125}, quando esta pode colocar em causa o seu bem-estar, tal informação deve ser evitada, por desconsiderar o princípio da não-maleficência¹²⁵⁻¹²⁸; transmitir o diagnóstico é responsabilidade médica e não do investigador¹²⁵; quando não é prudente informar os participantes do seu diagnóstico, no termo de consentimento informado deve apenas ser referido que este foi convidado a participar porque está doente¹²⁹.

No dia da entrevista, o investigador averiguará a compreensão do estudo, a disponibilidade para participar e obterá o consentimento informado, livre e esclarecido. As entrevistas só terão início após a assinatura do consentimento informado, livre e esclarecido, decorrerão em local e hora a definir pelos participantes e serão audiogravadas. Para os participantes que se demonstrem fragilizados, no decorrer das entrevistas, será assegurado suporte. Na realização das entrevistas ao casal, serão tidos em consideração os desafios éticos que se colocam na realização deste tipo de entrevistas¹³⁰, bem como as crenças culturais¹⁰⁴. O nome dos participantes e todos os outros nomes que surjam no conteúdo das entrevistas, serão pseudonimizados na transcrição para o *verbatim*. Se nas fotografias, apesar do desincentivo para tal, aparecerem rostos, os mesmos

serão distorcidos pelo investigador, com recurso ao *software EaseUS Video Editor*, de forma a garantir a confidencialidade e o anonimato.

A divulgação dos resultados ocorrerá em publicações e eventos científicos, salvaguardando o anonimato e a confidencialidade dos participantes e da unidade hospitalar¹³¹.

Discussão

A discussão dos achados, será realizada por confronto com a evidência científica relevante e com proximidade conceptual ao fenómeno em estudo.

Conclusão

Este projeto possibilitará o desenvolvimento de um estudo com recurso ao método da GT e, conseqüentemente, a construção de uma teoria substantiva sobre o processo de transição vivido pelo casal que enfrenta CCR e OEI definitiva. Permitirá assim, desenvolver conhecimento disciplinar sobre o fenómeno em estudo, ajudando a compreender a natureza da transição vivida pelo casal, os seus condicionantes, as estratégias adotadas para lidar com a mudança, e os indicadores que demonstrem as conseqüências do processo de transição vivido. Para além disso e, de modo indireto, contribuirá para o cuidado ao dar subsídios para a compreensão do fenómeno pelos enfermeiros e para o desenho de intervenções de enfermagem, promotoras de uma transição saudável.

Referências Bibliográficas

1. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Mathers C, Parkin DM, Piñeros M, et al. Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods. *International Journal of Cancer*. 2019; 144(8):1941-53.
2. Nicolussi AC, Sawada NO, Cardozo FMC, Andrade V, Paula JM de. Health-related quality of life of cancer patients undergoing chemotherapy. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. 2014;15(1):132-40.
3. Sahadevan S, Namboodiri V. Depression in caregivers of patients with breast cancer: A cross-sectional study from a cancer research center in South India. *Indian Journal of Psychiatry*. 2019;61(3):277-82.
4. Rim CH, Lee WJ, Akhmedov O, Sabirov U, Ten Y, Ziyayev Y, Tillyashaykhov M, Rim JS. Challenges and Suggestions in the Management of Stomach and Colorectal Cancer in Uzbekistan: The Third Report of the Uzbekistan-Korea Oncology Consortium. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023;20(8):5477.
5. Hong J, Park J. Systematic Review: Recommendations of Levels of Physical Activity among Colorectal Cancer Patients (2010-2019). *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(6):2896.
6. Chick N, Meleis AI. Transitions: A nursing concern. In Chinn PL (Ed.), *Nursing research methodology: Issues and implementation*. 1986:237-57.
7. Meleis AI. Facilitating and Managing Transitions: An Imperative for Quality Care. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. 2018;21(1).

8. Kamel F, Eltarhoni K, Nisar P, Soloviev M. Colorectal Cancer Diagnosis: The Obstacles We Face in Determining a Non-Invasive Test and Current Advances in Biomarker Detection. *Cancers*. 2022;14(8):1889.
9. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: a Cancer Journal for Clinicians*. 2021;71(3):209-49.
10. Global Cancer Observatory [Internet]. Global Cancer Observatory. Disponível em: <https://gco.iarc.fr>.
11. Baldim JA, Baldim MOA, Baldim MA, Buffo G, Nardo BB. Câncer colorretal sincrônico: relato de caso. *RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar - ISSN 2675-6218*. 2022;3(1):e31912-2.
12. Moreira DP, Simino GP, Reis IA, Santos MA, Chergiglia ML. Quality of life of patients with cancer undergoing chemotherapy in hospitals in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil: does individual characteristics matter?. *Cadernos de Saúde Pública*. 2021;37:e00002220.
13. Ying Z, Zezhou W. Interpretation of global colorectal cancer statistics. *Chinese Journal of Epidemiology*. 2021;42(01):149-52.
14. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a Cancer Journal for Clinicians*. 2018;68(6):394-424.
15. Douaier J, Ravipati A, Grams B, Chowdhury S, Alatise O, Are C. Colorectal cancer-global burden, trends, and geographical variations. *Journal of Surgical Oncology*. 2017;115(5):619-30.
16. Gomes T, Espírito-Santo M, Nascimento T. Colorectal cancer prevention: strategies for promoting literacy. *European Journal of Public Health*. 2021;31(Supplement_2).
17. Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE, Jemal A. Cancer statistics, 2022. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2022;72(1):7-33.
18. Castelo M, Sue-Chue-Lam C, Paszat L, Kishibe T, Scheer AS, Hansen BE, Baxter NN. Time to diagnosis and treatment in younger adults with colorectal cancer: A systematic review. *Plos One*. 2022;17(9):e0273396.
19. Currais P, Mão de Ferro S, Areia M, Marques I, Mayer A, Pereira AD. Should Colorectal Cancer Screening in Portugal Start at the Age of 45 Years? A Cost-Utility Analysis. *GE - Portuguese Journal of Gastroenterology*. 2021;1-8.
20. Hussan H, Patel A, Le Roux M, Cruz-Monserrate Z, Porter K, Clinton SK, et al. Rising Incidence of Colorectal Cancer in Young Adults Corresponds With Increasing Surgical Resections in Obese Patients. *Clinical and Translational Gastroenterology*. 2020;11(4):e00160.
21. Vuik FE, Nieuwenburg SA, Bardou M, Lansdorp-Vogelaar I, Dinis-Ribeiro M, Bento MJ, et al. Increasing incidence of colorectal cancer in young adults in Europe over the last 25 years. *Gut*. 2019;68(10):1820-6.
22. Hasbullah HH, Musa M. Gene Therapy Targeting p53 and KRAS for Colorectal Cancer Treatment: A Myth or the Way Forward? *International Journal of Molecular Sciences*. 2021;22(21):11941.
23. Wang H, Tian T, Zhang J. Tumor-Associated Macrophages (TAMs) in Colorectal Cancer (CRC): From Mechanism to Therapy and Prognosis. *International Journal of Molecular Sciences*. 2021;22(16):8470.
24. Gashti SM, Luiz A, Freitag I, Gonçalves J, Liliane Rochemback, Orth L, et al. Câncer colorretal: principais complicações e a importância do diagnóstico precoce. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2021;13(4):e6888-8.
25. Brown KGM, Solomon MJ, Mahon K, O'Shannassy S. Management of colorectal cancer. *BMJ*. 2019;l4561.
26. Gao Y, Zhang XY, Li S, Lu Y. Application of artificial intelligence technology in the diagnosis and treatment of colorectal cancer. *Chinese Journal of Gastrointestinal Surgery*. 2020;23(12):1155-8.
27. Lemini R, Jabbal IS, Stanek K, Borkar SR, Spaulding AC, Kelley SR, et al. Permanent stoma: a quality outcome in treatment of rectal cancer and its impact on length of stay. *BMC Surgery*. 2021;21(1):1-8.
28. Bordeianou L, Maguire LH, Alavi K, Sudan R, Wise PE, Kaiser AM. Sphincter-Sparing Surgery in Patients with Low-Lying Rectal Cancer: Techniques, Oncologic Outcomes, and Functional Results. *Journal of Gastrointestinal Surgery*. 2014;18(7):1358-72.
29. Gonzaga AC, Albergaria AK, Araújo KO, Borges EL, Junior JF. Perfil de crianças e adultos com estomia intestinal do centro de referência da Bahia-Brasil. *Estima*. 2020:e0520.
30. Hu K, Tan K, Li W, Zhang A, Li F, Li C, et al. The impact of postoperative complications severity on stoma reversal following sphincter-preserving surgery for rectal cancer. *Langenbeck's Archives of Surgery*. 2022;407(7):2959-67.
31. Moraes JT, Rodrigues MO, Santos CF, Gonçalves AA. Avaliação do perfil e da qualidade de vida de pessoas idosas com estomias de eliminação. *ESTIMA, Brazilian Journal of Enterostomal Therapy*. 2022;23;20.
32. Ricardo EV, Santos CM, Palermo TA. Imagem corporal e autoestima entre pacientes com ostomias intestinais. *Revista Perspectivas Online: Biológicas & Saúde*. 2018;8(28).
33. Sena, Pinheiro L, Dantas M, Jéssica A, Luana Souza Freitas, Katherine I. Perfil de estomizados com diagnóstico de neoplasias cadastrados em uma associação. *Revista Enfermagem UFPE online*. 2017;11:873-80.
34. Batista RQ, de Souza Ramos R, Bernardes MM, Barbosa CA, da Costa JM. Representação Social da Qualidade de Vida Após o Estoma Intestinal pelo Paciente com Neoplasia Colorretal Social *Revista Enfermagem Actual*. 2018;86(24).
35. Nascimento MV, Vera SO da, Silva MC, Morais FF, Andrade EM, Nogueira SN. Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes em pós-operatório de confecção de estomas intestinais de eliminação. *Ciencia y Enfermería*. 2018;24:1-3.
36. Torres CR, Andrade EM, Santos FM, Ribeiro S, Neta FD, Luz MH. Quality of life of stomized people: an integrative review/Qualidade de vida de pessoas estomizadas: revisão integrativa/Calidad de vida de estomizados: una revisión integradora. *Revista de Enfermagem da UFPI*. 2015;4(1):117-22.
37. Silva JO, Gomes P, Gonçalves D, Viana C, Nogueira F, Goulart A, et al. Quality of Life (QoL) Among Ostomized Patients – a cross-sectional study using Stoma-care QoL questionnaire about the influence of some clinical and demographic data on patients' QoL. *Journal of Coloproctology*. 2019;39(1):48-55.
38. Silva C, Santos C, Alice Brito M. Perfil da pessoa que será submetida a Ostomia de eliminação intestinal na fase pré-operatória. *Onco.news*. 2016;(33):24-31.
39. Ayaz-Alkaya S. Overview of psychosocial problems in individuals with stoma: A review of literature. *International Wound Journal*. 2018;16(1):243-9.
40. Costa JM, Finco GM, Souza RL, Medeiros WC, Melo MC. Repercussões biopsicossociais do diagnóstico de câncer colorretal para pacientes oncológicos. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*. 2016;19(2):5-23.
41. Mols F, Schoormans D, de Hingh I, Oerlemans S, Husson O. Symptoms of anxiety and depression among colorectal cancer survivors from the population-based, longitudinal PROFILES Registry: Prevalence, predictors, and impact on quality of life. *Cancer*. 2018;124(12):2621-8.
42. Kotronoulas G, Papadopoulou C, Burns-Cunningham K, Simpson M, Maguire R. A systematic review of the supportive care needs of people living with and beyond cancer of the colon and/or rectum. *European Journal of Oncology Nursing*. 2017;29:60-70.

43. Lewandowska A, Rudzki G, Lewandowski T, Rudzki S. The Problems and Needs of Patients Diagnosed with Cancer and Their Caregivers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;18(1):87.
44. McGeechan GJ, Byrnes K, Campbell M, Carthy N, Eberhardt J, Paton W, et al. A systematic review and qualitative synthesis of the experience of living with colorectal cancer as a chronic illness. *Psychology & Health*. 2021;37(3):350-74.
45. Reese JB, Handorf E, Haythornthwaite JA. Sexual quality of life, body image distress, and psychosocial outcomes in colorectal cancer: a longitudinal study. *Supportive Care in Cancer*. 2018;26(10):3431-40.
46. Firdausia F, Suchitra A, Merdawati L. Adaptation of Patient's Colorectal Cancer to Stoma in Padang City. *Jurnal Keperawatan*. 2021;12(2):116-26.
47. Zewude WC, Derese T, Suga Y, Teklewold B. Quality of Life in Patients Living with Stoma. *Ethiopian Journal of Health Sciences*. 2021;31(5):993-1000.
48. Zhang Y, Xian H, Yang Y, Zhang X, Wang X. Relationship between psychosocial adaptation and health related quality of life of patients with stoma: A descriptive, cross sectional study. *Journal of Clinical Nursing*. 2019;28(15-16):2880-8.
49. Cengiz B, Bahar Z, Canda AE. The Effects of Patient Care Results of Applied Nursing Intervention to Individuals With Stoma According to the Health Belief Model. *Cancer Nursing*. 2018 Dec;1.
50. Silva KA, Duarte AX, Cruz AR, de Araújo LB, Pena G das G. Time after ostomy surgery and type of treatment are associated with quality of life changes in colorectal cancer patients with colostomy. *Plos One*. 2020;15(12):e0239201.
51. Alenezi A, McGrath I, Kimpton A, Livesay karen. Quality of life among ostomy patients: A narrative literature review. *Journal of Clinical Nursing*. 2021;30(21-22):3111-23.
52. Stuhlfauth S, Melby L, Hellesø R. Everyday Life After Colon Cancer. *Cancer Nursing*. 2018;41(6):E48-57.
53. Yan M, Lv L, Zheng M, Jin Y, Zhang J. Quality of Life and Its Influencing Factors Among Chinese Patients With Permanent Colostomy in the Early Postoperative Stage. *Cancer Nursing*. 2020;45(1):E153-61.
54. Giulio P, Emanuele G. Psychological assistance to ostomate patients. Proposal of intervention protocol (Perrotta-Guerrieri Psychological Care for Ostomy Patients, PCOP) and clinical questionnaire (Perrotta-Guerrieri Psychological Care for Ostomy Patients Questionnaire – first version, PCOP-Q1). *Archives of Community Medicine and Public Health*. 2022;8(1):041-51.
55. Thorpe G, Arthur A, McArthur M. Adjusting to bodily change following stoma formation: a phenomenological study. *Disability and Rehabilitation*. 2016;38(18):1791-802.
56. Diniz IV, Pereira da Silva I, Silva RA, Garcia Lira Neto JC, do Nascimento JA, Costa IK, Mendonça AE, Oliveira SH, Soares MJ. Effects of the quality of life on the adaptation of people with an intestinal stoma. *Clinical Nursing Research*. 2023;32(3):527-38.
57. Ramos K, Leo K, Porter LS, Romano JM, Brian, Langer SL. Attachment in Couples Coping with Cancer: Associations with Observed Communication and Long-Term Health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023;20(7):5249-9.
58. Silva AL, Kamada I, Sousa JB, Vianna AL, Oliveira PG. Convivência conjugal com o parceiro estomizado e suas implicações sociais e afetivas: estudo comparativo. *Enfermeria Global*. 2018;17(2):224-62.
59. Stavropoulou A, Vlamakis D, Kaba E, Kalemikerakis I, Polikandrioti M, Fasoí G, et al. "Living with a Stoma": Exploring the Lived Experience of Patients with Permanent Colostomy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(16):8512.
60. Mørkhagen AE, Nortvedt L. A Qualitative Study on How Younger Women Experience Living with an Ostomy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023;20(9):5627.
61. Kralik D, Visentin K, van Loon A. Transition: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 2006;55(3):320-9.
62. Meleis A. *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company; 2010. 664 p.
63. Meleis A. *Transitions Theory*. In: Smith MC, Parker ME *Nursing theories and nursing practice*. 4th ed. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2015:361-80.
64. Murphy, Shirley A. 1990. Human Responses to Transitions. *Holistic Nursing Practice* 4 (3):1-7.
65. Schumacher KL, Meleis A L. *Transitions: A Central Concept in Nursing*. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*. 1994;26(2):119-27.
66. Meleis AI, Sawyer LM, Im EM, Messias DM, Schumacher, K. *Transition theory*. In: Meleis AI. *Transitions Theory: middle-range and situation-specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company; 2010:52-65.
67. Reisdorfer N, Locks MO, Girondi JB, Amante LN, Corrêa MS. Processo de transição para vivência com estomias intestinais de eliminação: repercussões na imagem corporal. *ESTIMA Brazilian Journal of Enterostomal Therapy*. 2019;16:e1219.
68. Meleis AI, Trangenstein PA. *Facilitating transitions: Redefinition of the nursing mission*. *Nursing Outlook*. 1994;42(6):255-9.
69. Blumer H. *Symbolic interactionism: perspective and methods*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall; 1969. 208 p.
70. Alarcão M. (Des)equilíbrios familiares. 3th ed. Coimbra: Editora Quarteto; 2006. 372 p.
71. Wright LM, Leahey M. *Nurses and families: a guide to family assessment and intervention*. Brantford, Ont.: W. Ross Macdonald School Resource Services Library; 2014. 565 p.
72. Du X, Wang D, Du H, Zou Q, Jin Y. The correlation between intimate relationship, self-disclosure, and adaptability among colorectal cancer enterostomy patients. *Medicine*. 2021;100(19):e25904.
73. Mesa M, Katherine J, Leidy, Plazas LB, Patricia S. *Experiences and Perceptions in Dyads about Ostomy Care. Meta-synthesis of Qualitative Studies*. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2022;40(2).
74. Mohamed NE, Shah QN, Kata HE, Sfakianos J, Given B. *Dealing With the Unthinkable: Bladder and Colorectal Cancer Patients' and Informal Caregivers' Unmet Needs and Challenges in Life After Ostomies*. *Seminars in Oncology Nursing*. 2021;37(1):151111.
75. Baykara ZG, Eyikara E, Hin AÖ, Acarlar H, Levento lu S. *Changes in the lives of Individuals with a Stoma and Their Spouses: A Qualitative Study*. *Advances in Skin & Wound Care*. 2022;35(5):281-8.
76. Altschuler A, Liljestränd P, Grant M, Hornbrook M, Krouse RS, McMullen CK. *Caregiving and mutuality among long-term colorectal cancer survivors with ostomies: qualitative study*. *Supportive Care in Cancer*. 2017;26(2):529-37.
77. Lin Y, Luo X, Li J, Xu Y, Li Q. *The dyadic relationship of benefit finding and its impact on quality of life in colorectal cancer survivor and spousal caregiver couples*. *Supportive Care in Cancer*. 2021;29:1477-86.
78. Ohlsson-Nevo E, Andershed B, Nilsson U, Anderzén-Carlsson A. *Life is back to normal and yet not - partners' and patient's experiences of life of the first year after colorectal cancer surgery*. *Journal of Clinical Nursing*. 2011;21(3-4):555-63.
79. Silva AL, Kamada I, de Sousa JB, Vianna AL, de Oliveira PG. *Singularidades da convivência do cônjuge e seu parceiro estomizado*. *Estima-Brazilian Journal of Enterostomal Therapy*. 2016;14(2):68-75.

80. Barboza MC, Muniz RM, Cagliari R, Viegas AD, Amaral DE, Cardoso DH. A repercussão do diagnóstico de câncer colorretal para pessoa e sua família. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2021;20:e57576.
81. Denzin NK, Lincoln YS. *The Sage Handbook of Qualitative Research*. 5th ed. Los Angeles: Sage; 2017. 992 p.
82. Bottorff JL, Morse JM. Identifying Types of Attending: Patterns of Nurses' Work. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*. 1994;26(1):53-60.
83. Corbin J, Strauss A. *Basics of qualitative research techniques and procedures for developing grounded theory*. Los Angeles: Sage; 2008.
84. Corbin J, Strauss A. *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. Los Angeles: Sage; 2015. 368 p.
85. Strauss A, Corbin J. *Fundamentos de investigação cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar Teoría Enraizada*. Mendoza: Universidad Nacional de Cuyo. 1998.
86. Charmaz K. A construção da teoria fundamentada: Guia Prático para Análise Qualitativa. *Porto Alegre: Artmed*; 2009. 272 p.
87. Charmaz K. *Constructing Grounded Theory*. 2th ed. London: Sage Publications; 2014. 416 p.
88. Charmaz K, Thornberg R. The Pursuit of Quality in Grounded Theory. *Qualitative Research in Psychology*. 2020;18(3):1-23. Disponível em <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14780887.2020.1780357>
89. Carpenter DR, Streubert HJ. *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista*. 5th ed. Loures: Lusodidacta; 2013.
90. Charmaz K. Grounded theory methods in social justice research. In Denzin N, Lincoln Y. *Strategies of qualitative inquiry*. 4th ed. Los Angeles: Sage Publications. 2011:359-80.
91. Foley G, Timonen V. Using Grounded Theory Method to Capture and Analyze Health Care Experiences. *Health Services Research*. 2015;50(4):1195-210.
92. Morse JM. Developing Qualitative Inquiry. *Qualitative Health Research*. 2007; 17 (5): 567-70.
93. Kayser K, Acquati C, Reese JB, Mark K, Wittmann D, Karam E. A systematic review of dyadic studies examining relationship quality in couples facing colorectal cancer together. *Psycho-Oncology*. 2017;27(1):13-21.
94. Polit DF, Beck CT. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. 9th ed. Rio de Janeiro: Artmed Editora; 2018.
95. Santos MAF. O processo de metamorfose da mulher acima dos trinta e cinco anos em mãe: Uma teoria específica da situação. [Tese]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2018.
96. Oliveira CS. O cuidado confortador da pessoa idosa hospitalizada: Individualizar a intervenção conciliando tensões. [Tese]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2011.
97. Santos MAF dos, Lopes M dos AP, Botelho MAR. Metamorphosis into mother after 35 years of age: a study of Grounded Theory. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2019;53.
98. Taylor P. Enduring and Distancing: a Grounded Theory and Photovoice Study about Women's Help-Seeking for Suicidality in the Wake of Intimate Partner Violence. *Journal of Family Violence*. 2023;38(7):1365-75.
99. Oliveira CS, Nogueira RM, Gomes ID. A entrevista em grounded theory: Aprender com os Participantes. *New Trends in Qualitative Research*. 2020;9:742-53.
100. Eisikovits Z, Koren C. Approaches to and Outcomes of Dyadic Interview Analysis. *Qualitative Health Research*. 2010;20(12):1642-55.
101. Bjørnholt M, Farstad GR. "Am I rambling?" on the advantages of interviewing couples together. *Qualitative Research*. 2012;14(1):3-19.
102. Cerchiaro F. Advancing research in couple studies: why, when and how to combine individual and couple interview. *Quality & Quantity*. 2023;57(2):1465-82.
103. Egan G. *The skilled helper: A problem-management and opportunity-development approach to helping*. 11th ed. Boston: Cengage; (2013) 2019.
104. Mavhandu-Mudzusi AH. The Couple Interview as a Method of Collecting Data in Interpretative Phenomenological Analysis Studies. *International Journal of Qualitative Methods*. 2018;17(1):160940691775099.
105. Justo JS, Vasconcelos MS. Pensando a fotografia na pesquisa qualitativa em psicologia. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. 2009;9(3):760-774.
106. Harris A, Guillemin M. Developing Sensory Awareness in Qualitative Interviewing. *Qualitative Health Research*. 2011;22(5):689-99.
107. Oliffe JL, Bottorff JL. Further Than the Eye Can See? Photo Elicitation and Research With Men. *Qualitative Health Research*. 2007;17(6):850-8.
108. Charmaz K. The power of constructivist grounded theory for critical inquiry. *Qualitative Inquiry*. 2017;23(1):34-45.
109. Thornberg R, Dunne C. Literature Review in Grounded Theory. *The SAGE Handbook of Current Developments in Grounded Theory*. 2019:206-21.
110. Charmaz K. *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide through Qualitative Analysis*. London: Sage;2006.
111. Cooney A. Rigour and grounded theory. *Nurse Researcher*. 2011;18(4):17-22.
112. Alves PV. Alimentando a vida: Um processo de harmonização do cuidado de enfermagem com a pessoa em fim de vida. [Tese]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2021.
113. Morse JM, Barrett M, Mayan M, Olson K, Spiers J. Verification Strategies for Establishing Reliability and Validity in Qualitative Research. *International Journal of Qualitative Methods*. 2002;1(2):13-22.
114. Morse JM. Critical Analysis of Strategies for Determining Rigor in Qualitative Inquiry. *Qualitative Health Research*. 2015;25(9):1212-22.
115. Richards L, Morse JM. *Readme first for a User's Guide to Qualitative Methods*. London: Sage Publications; 2013. 336 p.
116. Morse JM. Insight, Inference, Evidence, and Verification: Creating a Legitimate Discipline. *International Journal of Qualitative Methods*. 2006;5(1):93-100.
117. Nunes L. Aspectos éticos na investigação em enfermagem. 2020. Disponível em https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf_jun%202020.pdf
118. El Hussein MT, Jakubec SL, Osuji J. The FACTS: A Mnemonic for the Rapid Assessment of Rigor in Qualitative Research Studies. *Journal of Nursing Education*. 2016;55(1):60.
119. Creswell JW, Creswell JD. *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Los Angeles: Sage publications; 2017.
120. World Medical Association. *The World Medical Association-WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects* [Internet]. Wma.net. WMA - the World Medical Association-WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects; 2022. Disponível em <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
121. Gilhooly M. Ethical issues in researching later life. In Jamieson AT, Victor C. *Researching ageing and later life*. Buckingham: Open University Press. 2002:211-25.
122. Dégi CL. Non-disclosure of cancer diagnosis: an examination of personal, medical, and psychosocial factors. *Supportive Care in Cancer*. 2009;17(8):1101-7.

123. Shaw RM, Howe J, Beazer J, Carr T. Ethics and positionality in qualitative research with vulnerable and marginal groups. *Qualitative Research*. 2019;20(3):146879411984183.
124. Zhang Z, Min X. The Ethical Dilemma of Truth-Telling in Healthcare in China. *Journal of Bioethical Inquiry*. 2020;17:337-44.
125. Mondal S. Truth-Telling to Terminal Stage Cancer Patients in India: A Study of the General Denial to Disclosure. *OMEGA - Journal of Death and Dying*. 2021;18:003022282110327.
126. Beste J. Instilling hope and respecting patient autonomy: reconciling apparently conflicting duties. *Bioethics*. 2005;19(3):215-31.
127. Marzanski M, Jainer AK, Avery C. What have you been told about your illness? Information about diagnosis among psychiatric inpatients. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. 2002;6(2):103-6.
128. Mori M, Morita T, Igarashi N, Shima Y, Miyashita M. Communication about the impending death of patients with cancer to the family: a nationwide survey. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 2018;8(2):221-8.
129. Holzemer WL. Responsible conduct of research. In Holzemer WL. *Improving health through nursing research*. USA: Wiley-Blackwell. 2010:167-79.
130. Voltelen B, Konradsen H, Østergaard B. Ethical considerations when conducting joint interviews with close relatives or family: an integrative review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2017;32(2):515-26.
131. Martins JC. Investigação em enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*. 2008;12 (2):62-66.

Notas Biográficas

Caso seja aplicável - Informações do autor como mini-curriculum.

Financiamento

Sem financiamento ou fontes de apoio

Aprovação pela Comissão de Ética

Aprovado pelo Comissão de Ética do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, parecer n.º [ref. nr. 63/2023].

Conflito de Interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses. Os autores são responsáveis pelo conteúdo e redação do artigo.