



Aspectos do *coping* em pacientes adultos e idosos com câncer

Aspects of coping in adult and elderly patients with cancer

**Flávia Trindade Picolo Fritzen¹, Luiz Gabriel Manini Minto², Everton Fritzen Picolo³,
Álvaro Micael Duarte Fonseca^{4*}, José Antonio da Silva Júnior⁵, Ellany Gurgel Cosme do
Nascimento⁶**

¹ Graduanda de Medicina, Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (UERN), Mossoró (RN), Brasil. ² Graduando de Medicina, Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (UERN), Mossoró (RN), Brasil. ³ Médico, Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (UERN), Mossoró (RN), Brasil. ⁴ Psicólogo, Mestrando pelo Programa de Pós-graduação em Saúde e Sociedade, Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (UERN), Mossoró (RN), Brasil. ⁵ Enfermeiro, Bolsista e Mestrando pelo Programa de Pós-graduação em Saúde e Sociedade, Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (UERN), Mossoró (RN), Brasil. ⁶ Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Professora Adjunta IV do Curso de Graduação em Medicina e Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Sociedade, Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (UERN), Mossoró (RN), Brasil.

***Autor correspondente:** Alvaro Micael Duarte Fonseca – *E-mail:* alv.micael@gmail.com

RESUMO

O objetivo do estudo foi comparar o enfrentamento emocional, racional, espiritual ou de busca por suporte social dos portadores de câncer nas diferentes fases de estadiamento entre adultos e idosos. Tratou-se de um estudo transversal, exploratório de abordagem quantitativa. Os dados foram coletados utilizando a Escala Modo de Enfrentamento de Problemas, com 182 participantes. O escore dos pacientes mais jovens foi superior, tanto para o foco no problema ($p=0,031$), quanto para a busca por suporte social ($p=0,011$). No que se refere à busca por suporte social, a média dos escores na doença localizada foi inferior à média dos escores na ausência de estadiamento (pacientes que há vários anos estavam sem nova progressão da doença ou os que já haviam terminado o tratamento) ($p=0,039$). Os achados evidenciaram a importância do conhecimento das estratégias de enfrentamento dos portadores de câncer e que a resposta aos estressores depende do contexto individual, coletivo e institucional onde os pacientes estão inseridos.

Palavras-chave: Neoplasias. Adultos. Idosos. Estratégias de enfrentamento.

ABSTRACT

The aim of the study was to compare the emotional, rational, spiritual coping or the search for social support of cancer patients in the different stages between adults and the elderly. This is a cross-sectional, exploratory study with a quantitative approach. Data were collected using the Problem Coping Mode Scale, with 182 participants. The score of younger patients was higher, both for the focus on the problem ($p=0.031$) and for the search for social support ($p=0.011$). Regarding the search for social support, the mean scores for localized disease were lower than the mean scores in the absence of staging (patients who had not progressed further in the disease for several years or those who had already completed treatment) ($p=0.039$). The findings evidenced the importance of knowing the coping strategies of cancer patients and that the response to stressors depends on the individual, collective and institutional context in which patients are inserted.

Keywords: Neoplasms. Adults. Elderly. Coping.

Recebido em Outubro 28, 2022
Aceito em Dezembro 22, 2022

INTRODUÇÃO

Dá-se o nome de câncer para um conjunto de mais de cem doenças que possuem algumas características em comum, como crescimento desordenado de células, capacidade de invadir tecidos e órgãos de forma agressiva e incontrollável, proliferando-se para outras regiões do corpo, formando metástases e aumentando a taxa de mortalidade^{1,2,3}. Além disso, existem qualidades que diferenciam os tipos de câncer, como a velocidade de multiplicação das células e sua capacidade metastática. O estadiamento oncológico é dado principalmente pelo Sistema TNM de Classificação de Tumores Malignos, o qual é preconizado pela União Internacional para o Controle do Câncer (UICC), em que o “T” refere-se às características do tumor primário, o “N” as características dos linfonodos e o “M” a presença ou não de metástases a distância. De maneira geral, o estadiamento varia de I a IV^{4,5}.

O câncer é a segunda principal causa de morte no mundo e foi responsável por cerca de 9,6 milhões de mortes no ano de 2018. Em nível global, uma em cada seis mortes estão relacionadas à doença⁶. Na população adulta, de acordo com dados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde (MS), neoplasias são a terceira causa de óbito mais frequente em homens na faixa etária dos 20 aos 59 anos, perdendo apenas para causas externas de morbidade e mortalidade e doenças do aparelho circulatório⁷. Entre as mulheres, as neoplasias ocupam lugar importante como motivo das mortes, sendo o câncer de mama a principal causa de morte por câncer na maioria das regiões do país, exceto na região Norte, onde o câncer de colo de útero ainda ocupa o primeiro lugar em mortalidade⁸.

A palavra “câncer” está associada ao estigma de uma doença incurável, sempre relacionada ao sofrimento e à morte. Por ser uma

patologia de grande magnitude, as neoplasias conferem aos seus portadores o sentimento de risco iminente de morte, o que traz consigo muitas mudanças importantes não só na vida do portador do câncer, mas também na de seus familiares e pessoas próximas que convivem com essa situação^{9,10,11}.

O momento do diagnóstico traz a quebra de uma rotina de vida, gerando estresse psicológico, ansiedade, medo e incerteza. Essas alterações são ainda mais dramáticas por conta do tratamento, o qual causa diversas alterações no corpo e na autoestima, comprometendo a autonomia em fazer atividades básicas do dia a dia¹². Isso desencadeará sentimentos e avaliações que, combinadas com as experiências pessoais de cada paciente, conjuntamente com suas crenças e regras, resulta em comportamentos peculiares de ajuste para o enfrentamento da situação⁹.

Mesmo com muitos avanços na área da oncologia e desenvolvimento de alta tecnologia para o tratamento e aumento da possibilidade de cura, a terapêutica do câncer é marcada por restrições de atividades diárias, transformações no corpo, cirurgias mutiladoras e muitas outras situações que afetam a qualidade de vida dos seus portadores^{8,12,13,14}. É conhecido que, durante o processo de adoecimento oncológico e no decorrer de toda a terapêutica dessa doença, os pacientes são submetidos a vários tipos de transformações corporais que, geralmente, levam à diminuição da força física; emagrecimento ou ganho de peso; inchaço; alopecia; náuseas e vômitos; inapetência e, no caso dos homens - dificuldades de ter/manter ereção; ejaculação precoce, e muitos outros sinais e sintomas que, muitas vezes, distorcem a imagem corporal dos indivíduos e diminuem sua autoestima¹⁵.

Entre as formas de lidar com a realidade imposta pela neoplasia, existe o *coping*, que é entendido como enfrentamento de uma situação causadora de estresse. As estratégias de *coping* são

definidas como mecanismos e esforços cognitivos e comportamentais que possuem como objetivo principal lidar com fatores externos ou internos de exigência, seja uma doença ou algum outro evento estressante para o indivíduo, visando estabelecer um equilíbrio entre as demandas exigidas, que podem ser avaliadas como “sobrecarregando ou excedendo seus recursos pessoais” e os recursos internos¹⁶.

Este estudo justifica-se pela necessidade de compreender como os pacientes oncológicos adultos e idosos, com diferentes estadiamentos da doença, lidam com todas as demandas que a neoplasia traz consigo, para poder ofertar apoio de maneira personalizada de modo a englobar as angústias dessas pessoas. Para isso, serão utilizados métodos com base na psicometria, que busca explicar o sentido das respostas que foram dadas pelos participantes de uma pesquisa¹⁷.

Mediante essa necessidade, traçou-se como objetivo comparar as estratégias de enfrentamento dos portadores de câncer nas diferentes fases de estadiamento da neoplasia e entre adultos e idosos.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa transversal, descritiva e exploratória de caráter quantitativo. O estudo foi realizado na cidade de Mossoró-RN, nas unidades hospitalares I e II da Liga Mossoroense de Estudos e Combate ao Câncer (LMECC), atendendo aos critérios fornecidos pelo Checklist STROBE para melhor assertividade e qualidade na apresentação do estudo¹⁸.

Os participantes do estudo foram pacientes oncológicos com idade acima de 18 anos que realizavam tratamento em qualquer uma das unidades da LMECC. Dada a sua importância regional, os hospitais oncológicos atendem, juntamente, cerca de 280 pacientes por dia. Entre

os anos de 2006 e 2016, a LMECC atendeu mais de 6.000 pacientes, advindos de 94 municípios do Rio Grande do Norte, Ceará e Paraíba. A amostra para este trabalho constou de n=182, cuja escolha deu-se por conveniência. Inicialmente, foi calculada uma amostra de 231 indivíduos, com dados a partir da média de 574 pacientes atendidos trimestralmente, considerando um intervalo de confiança de 95% e margem de erro de 5%. Porém, esse número de entrevistas não pôde ser alcançado em razão da pandemia da Covid-19, pois a instituição onde se realizou a coleta de dados deste trabalho restringiu o acesso dos pesquisadores, como forma de prevenção e cuidado mútuo, resultando em um déficit de 49 pacientes para este estudo.

Os critérios de inclusão foram ser paciente oncológico assistido em uma das unidades da LMECC, ser maior de 18 anos e estar presente na LMECC no momento da entrevista. Ademais, os critérios de exclusão foi não ter condições psicológicas e/ou físicas para responder ao questionário e/ou ser pessoa com deficiência que impeça a comunicação entre entrevistado e entrevistador.

Coletaram-se os dados por meio de uma entrevista objetiva e, para isso, o questionário foi organizado em afirmações, com as possibilidades de resposta seguindo a escala psicométrica de *Likert*, representando a teoria e a técnica de medida dos processos mentais.

A primeira parte do instrumento foi usada para identificação do paciente, foram coletados dados como (número de prontuário, idade, sexo, escolaridade, local de origem e religião). A segunda parte possui as questões da Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP) com respostas no formato de Escala de *Likert*, cujo objetivo é compreender qual a forma de enfrentamento escolhida pelo paciente para lidar com a sua situação de saúde.

O instrumento de coleta EMEP teve origem com base no modelo interacional dos fatores estressantes e define as estratégias de enfrentamento como um conjunto de ações em resposta a circunstâncias geradoras de estresse. Após sua submissão à análise fatorial, foram constituídos quatro fatores, sendo eles relacionados às estratégias de enfrentamento focalizadas no problema; na emoção; comportamento religioso e busca por apoio social¹⁹. A EMEP foi escolhida por ser uma escala validada para a população brasileira, adequada para pacientes com doenças graves, de fácil entendimento e aplicabilidade.

Após a coleta dos dados por meio desse instrumento, foram pesquisadas algumas informações nos prontuários dos pacientes para a identificação do diagnóstico; tipo de neoplasia; estadiamento e gravidade do estado clínico, para então comparar com as respostas obtidas pelo questionário aplicado.

Procedeu-se, inicialmente, uma análise exploratória com os dados obtidos para encontrar eventuais omissões de respostas. Os dados foram digitados e analisados pelo *Software Statistical Package for the Social Sciences 21.0* (SPSS), a fim de cumprir rigorosamente a sistemática exigida para a análise da Escala Psicométrica. Dessa maneira, é possível descobrir se o enfrentamento do paciente é voltado para o problema, para a emoção, para a religião ou para a busca de apoio social.

A normalidade da distribuição dos dados quantitativos foi verificada com o teste de *Kolmogorov Smirnov*, esses foram descritos por meio de média e desvio padrão ou mediana e intervalo interquartil, de acordo com sua normalidade ou assimetria. Os dados categóricos foram apresentados na forma de frequência absoluta e relativa. Para a comparação entre as médias, foram utilizados o Teste T de *Student* e o teste de Análise de Variância ANOVA com *Post*

Hoc de Sidak e, para a associação entre variáveis categóricas, o teste Qui-quadrado de Pearson e o teste Exato de Fischer. O Coeficiente de Pearson foi utilizado para verificar a correlação entre as variáveis quantitativas. Os dados foram analisados com o *software* SPSS 21.0 e foram consideradas significativas as análises com $p < 0,05$.

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), vinculado a LMECC, com o CAAE de número 14616619.3.0000.5294. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 182 pacientes, com média de idade de $54,6 \pm 14,3$ anos e intervalo de 20 a 85 anos. A maioria com menos de 60 anos (61,5%), do gênero feminino (69,2%), da religião católica (61,5%) e, mais frequentemente, com ensino fundamental incompleto (34,4%). Considerando a faixa etária dos pacientes, os homens eram frequentemente mais velhos e, mulheres, eram mais jovens ($p=0,001$). Analfabetos ou com nenhuma escolaridade eram mais velhos e, indivíduos com ensino médio completo, eram mais jovens ($p < 0,001$). Demais variáveis não apresentaram diferença estatística significativa segundo a faixa etária dos avaliados (Tabela 1).

Os pacientes, em maior número, realizavam tratamento por quimioterapia (38,1%) e a doença em questão se encontrava nos estádios TNM II (26,9%) e III (26,9%). Quanto ao estadiamento entre localizada, avançada ou ausência, os pacientes, majoritariamente, encontravam-se com doenças em estágio avançado (49,7%), que engloba os estádios III e IV da classificação TNM. Pacientes em radioterapia eram mais velhos ($p=0,045$). Não

houve associação estatística significativa entre faixa etária e estadiamento da doença (Tabela 1).

Esclarecemos que para melhor classificação do estado de saúde dos pacientes, os estadiamentos foram divididos em três categorias. A categoria de doença localizada engloba os

estádios I e II do sistema de classificação TNM. Já a categoria de doença avançada abrange os estádios III e IV. Os pacientes que estavam há vários anos sem novas progressões da doença ou os que já haviam terminado a sequência de tratamento, foram incluídos na categoria de ausência.

Tabela 1. Características sociodemográficas, de saúde e do tratamento da amostra total e de acordo com a faixa etária de pacientes oncológicos assistidos na Liga Mossoroense de Estudos e Combate ao Câncer em Mossoró – RN (n = 182)

Características sociodemográficas	Amostra Total n (%)	Idade 20-59 Média ± DP n = 112	Idade 60-85 Média ± DP n = 70	p
Sexo				0,001 ^b
Masculino	56 (30,8)	24 (21,4)	32 (45,7)	
Feminino	126 (69,2)	88 (78,6)	38 (54,3)	
Escolaridade				<0,001 ^b
Analfabeto ou sem escolaridade	26 (16,9)	7 (7,1)	19 (34,5)	
Fundamental incompleto	53 (34,4)	35 (66,0)	18 (32,7)	
Fundamental completo	18 (11,7)	10 (10,1)	8 (14,5)	
Médio completo	43 (27,9)	37 (37,4)	6 (10,9)	
Superior completo	14 (9,1)	10 (10,1)	4 (7,3)	
Religião				0,959 ^b
Católica	112 (61,5)	68 (60,7)	44 (62,9)	
Evangélica	54 (29,7)	34 (30,4)	20 (28,6)	
Outras religiões/crenças	16 (8,8)	10 (8,9)	6 (8,6)	
Estadiamento da doença (6 categorias)				0,630 ^c
Estádio 0	2 (1,2)	1 (1,0)	1 (1,4)	
Estádio I	15 (8,8)	7 (6,9)	8 (11,6)	
Estádio II	46 (26,9)	27 (26,5)	19 (27,5)	
Estádio III	46 (26,9)	28 (27,5)	18 (26,1)	
Estádio IV	39 (22,8)	22 (21,6)	17 (24,6)	
Ausência	23 (13,5)	17 (16,7)	6 (8,7)	
Estadiamento da doença (3 categorias)				0,300 ^b
Doença localizada	63 (36,8)	35 (34,3)	28 (40,6)	
Doença avançada	85 (49,7)	50 (49,0)	35 (50,7)	
Ausência	23 (13,5)	17 (16,7)	6 (8,7)	
Tratamento				0,045 ^b
Quimioterapia	69 (38,1)	47 (42,0)	22 (31,9)	
Radioterapia	48 (26,5)	22 (19,6)	26 (37,7)	
Outra modalidade terapêutica	34 (18,8)	21 (18,8)	13 (18,8)	
Sem terapêutica	30 (16,6)	22 (19,6)	8 (11,6)	

P: a: teste T de Student; b: teste Qui-quadrado de Pearson; c: teste Exato de Fischer

DP: Desvio padrão;

Nota: os dados faltantes foram 28 para escolaridade; 11 para estadiamento da doença; e um para tratamento.

As medidas de tendência central dos escores dos fatores e total da EMEP estão apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2. Estratégia de enfrentamento de acordo com a Escala Modo de Enfrentamento de Problemas – EMEP, de pacientes oncológicos assistidos na Liga Mossoroense de Estudos e Combate ao Câncer em Mossoró – RN (n=182)

Estratégia de enfrentamento	Média ± DP ou Mediana (I-I)
Fator 1 - Focalizado no problema	4,48 ± 0,39
01 – Eu levo em conta o lado positivo das coisas	4,68 ± 0,81
03 – Eu me concentro em alguma coisa boa que pode vir dessa situação	4,73 ± 0,88
10 – Eu insisto e luto pelo que eu quero*	4,66 ± 0,91
14 – Encontro diferentes soluções para o meu problema*	4,06 ± 1,56
15 – Tento ser uma pessoa mais forte e otimista	4,84 ± 0,63
16 – Tento evitar que os meus sentimentos atrapalhem em outras coisas na minha vida	3,85 ± 1,66
17 – Eu me concentro nas coisas boas da vida*	4,92 ± 0,43
19 – Aceito a simpatia e a compreensão de alguém	4,73 ± 0,77
24 – Sei o que deve ser feito e estou aumentando meus esforços para ser bem-sucedido	4,87 ± 0,61
28 – Estou mudando e tornando-me uma pessoa mais experiente	4,82 ± 0,70
30 – Eu fico me lembrando de que as coisas poderiam ser piores	3,0 (1,0-5,0)
32 – Eu tento não agir tão precipitadamente ou seguir minha primeira ideia*	4,34 ± 1,31
33 – Mudo alguma coisa para que as coisas acabem dando certo	4,29 ± 1,31
36 – Encaro a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez	4,17 ± 1,48
39 – Eu saírei dessa experiência melhor do que entrei nela	4,86 ± 0,60
40 – Eu digo a mim mesmo o quanto já consegui**	4,75 ± 0,86
42 – Eu fiz um plano de ação para resolver o meu problema e estou cumprindo-o	4,75 ± 0,89
45 – Eu tento não fechar portas. Tento deixar em aberto várias saídas para o problema	4,34 ± 1,41
Fator 2 - Focalizado na emoção	2,01 ± 0,59
02 – Eu me culpo	1,0 (1,0-3,0)
05 – Procuo um culpado para a situação	1,0 (1,0-1,0)
11 – Eu me recuso a acreditar que isto esteja acontecendo	1,0 (1,0-1,0)
12 – Eu brigo comigo mesmo; eu fico falando comigo mesmo o que devo fazer*	4,0 (1,0-5,0)
13 – Desconto em outras pessoas	1,0 (1,0-1,0)
18 – Eu desejaria mudar o modo como eu me sinto	4,0 (1,0-5,0)
20 – Demonstro raiva para as pessoas que causaram o problema	1,0 (1,0-1,0)
22 – Eu percebo que eu mesmo trouxe o problema para mim*	1,0 (1,0-2,0)
23 – Eu me sinto mal por não ter podido evitar o problema*	1,0 (1,0-4,5)
25 – Eu acho que as pessoas foram injustas comigo	1,0 (1,0-2,3)
29 – Eu culpo os outros	1,0 (1,0-1,0)
34 – Procuo me afastar das pessoas em geral*	1,0 (1,0-2,5)
35 – Eu imagino e tenho desejos sobre como as coisas poderiam acontecer	4,02 ± 1,60
37 – Descubro quem é ou foi mais responsável*	1,0 (1,0-1,0)
38 – Penso em coisas fantásticas ou irreais que me fazem sentir melhor*	1,0 (1,0-2,5)
Fator 3 - Práticas religiosas/pensamento fantasioso	4,37 ± 0,53
06 – Espero que um milagre aconteça	4,92 ± 0,48
08 – Eu rezo/oro	4,86 ± 0,57

Estratégia de enfrentamento	Média ± DP ou Mediana (I-I)
21 – Pratico mais a religião desde que tenho esse problema	5,0 (1,0-5,0)
26 – Eu sonho ou imagino um tempo melhor do que aquele em que estou*	4,77 ± 0,84
27 – Tento esquecer o problema todo	3,62 ± 1,71
41 – Eu desejaria poder mudar o que aconteceu comigo	4,12 ± 1,58
44 – Eu me apego à minha fé para superar esta situação	4,90 ± 0,52
Fator 4 - Busca de suporte social	3,83 ± 0,82
04 - Eu tento guardar meus sentimentos para mim	3,0 (1,0-5,0)
07 – Peço conselho a um parente ou a um amigo que eu respeite	3,53 ± 1,74
09 – Converso com alguém sobre como estou me sentindo	4,09 ± 1,37
31 – Converso com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o meu problema	4,40 ± 1,29
43 – Converso com alguém para obter informações sobre a situação*	4,38 ± 1,33
Escore total	11,81 ± 1,12

DP: Desvio padrão; I-I: Intervalo interquartil.

Nota: Os dados faltantes foram um para as variáveis com * e três para a variável com **. Os resultados foram ajustados.

Considerando a EMEP, o escore dos pacientes mais jovens foi superior, tanto para o foco no problema ($p=0,031$), quanto para a

busca por suporte social ($p=0,011$). Demais fatores e escore total não apresentaram diferença entre adultos e idosos (Tabela 3).

Tabela 3. Estratégia de enfrentamento de acordo com a Escala Modo de Enfrentamento de Problemas – EMEP segundo a faixa etária de pacientes oncológicos assistidos na Liga Mossoroense de Estudos e Combate ao Câncer em Mossoró – RN ($n=182$)

Estratégia de enfrentamento	Idade		p
	20-59 Média ± DP n=112	60-85 Média ± DP n=70	
Fator 1 – Focalizado no problema	4,53 ± 0,35	4,40 ± 0,43	0,031
Fator 2 – Focalizado na emoção	1,99 ± 0,59	2,03 ± 0,58	0,689
Fator 3 – Práticas religiosas/pensamento fantasioso	4,41 ± 0,52	4,30 ± 0,55	0,200
Fator 4 – Busca de suporte social	3,95 ± 0,78	3,63 ± 0,84	0,011
Escore total	11,92 ± 1,07	11,64 ± 1,19	0,108

DP: Desvio padrão.

P: Teste T de Student.

No fator 4 da EMEP, a média dos escores na doença localizada foi inferior à média dos escores na ausência de estadiamento ($p=0,039$). Não houve diferença estatística significativa dos escores dos demais fatores da EMEP, segundo o estadiamento da doença (Tabela 4).

Tabela 4. Estratégia de enfrentamento de acordo com o estadiamento da doença de pacientes oncológicos assistidos na Liga Mossoroense de Estudos e Combate ao Câncer em Mossoró – RN (n=171)

Estratégia de enfrentamento	Estadiamento da doença			p
	Doença localizada n=63	Doença avançada n=85	Ausência n=23	
Fator 1	4,4±0,4	4,5±0,3	4,5±0,5	0,470
Fator 2	1,9±0,5	2,0±0,6	2,1±0,7	0,468
Fator 3	4,3±0,6	4,4±0,5	4,4±0,5	0,159
Fator 4	3,6 ^a ±0,8	3,9 ^{ab} ±0,8	4,1 ^b ±0,5	0,039
Score total	11,5±1,1	11,9±1,1	12,1±1,1	0,056

Fator 1: Focalizado no problema; Fator 2: Focalizado na emoção; Fator 3: Práticas religiosas/pensamento fantasioso; Fator 4: Busca de suporte social. Ausência: Ausência de novas progressões/seguintes.

P: ANOVA com Post Hoc de Sidak, onde letras minúsculas sobrescritas diferentes sinalizam diferença estatística significativa, letras iguais, sem diferença. Os dados estão descritos por Média±Desvio padrão.

DISCUSSÃO

Na amostra do presente estudo houve predominância do público feminino, fato que pode ser explicado pelas projeções estatísticas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que demonstraram que a população de mulheres no Brasil em 2021 é de cerca de 51,12% e, no Rio Grande do Norte, elas representam 51,27%²⁰. Ainda por esse prisma, um estudo que avaliou as características sociodemográficas de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis, dentre elas o câncer, evidenciou-se que as mulheres utilizavam mais os serviços de saúde e sentiam maiores limitações em decorrência das patologias, circunstância que as levava à maior procura de serviços médicos, exames e práticas de prevenção. As mulheres não portadoras dessas doenças crônicas também buscavam de maneira mais elevada os serviços de saúde, por conta de práticas de prevenção às doenças e ao pré-natal²¹, esse fato também sugere o porquê da faixa etária das mulheres do presente estudo ser mais jovem do que a dos homens, em razão do diagnóstico precoce.

Em contrapartida, a população masculina tende a negligenciar sintomas de patologias e

procurar por atendimento médico de maneira mais tardia. Os homens também possuem menos adesão aos protocolos de prevenção do câncer e diagnóstico precoce, fatores que em conjunto com essa busca tardia dos serviços de saúde, corroboram para diagnósticos em estágios mais avançados e com poucas possibilidades de se conseguir a cura e reabilitação. Além disso, mesmo ao receberem o diagnóstico de um tumor maligno, os indivíduos do sexo masculino apresentam maiores dificuldades em aceitar os tratamentos, muitas vezes invasivos, e de se adaptar à rotina de cuidados imposta pela patologia²², esses fatores implicam na realidade encontrada no estudo, em que homens foram a minoria e ainda em idade mais avançada em relação às mulheres.

No quesito escolaridade, os participantes mais idosos possuíam média inferior. Esses dados estão em conformidade com uma pesquisa realizada pela Fundação Getúlio Vargas, que demonstrou que cerca de 30% dos analfabetos são idosos e, no público com maior escolaridade - 11 anos ou mais de estudo - somente 5,8% possuíam mais de 65 anos em 2018. A pesquisa ainda evidenciou que os idosos representavam apenas 10% dos indivíduos com ensino superior completo²³.

Evidenciou-se, também, que mais da metade dos participantes do estudo declararam-se católicos e, ainda, que a segunda religião mais professada, foi a evangélica. É possível destacar a convergência com os dados do IBGE de 2010, que demonstrou a população brasileira como sendo majoritariamente católica (64,6%), e a religião evangélica está em segundo lugar, sendo a religião de 22,2% dos brasileiros entrevistados. Dados também coerentes com o histórico da Igreja Católica no Brasil, que já foi considerada a religião oficial do país na época do Regime do Padroado Régio e, ainda, influenciou a formação da sociedade brasileira, inserindo os valores religiosos e morais que nortearam a construção do modelo de nação atual. Além disso, para se adaptar às circunstâncias desfavoráveis, essa instituição se moldou com o sincretismo para não perder adeptos²⁴.

Destaca-se a convergência encontrada com outros estudos, como os de Surimã et al.²⁵, para o fato de a maioria dos pacientes da pesquisa estar realizando tratamento com quimioterapia e, desses, a maioria ser enquadrada em estágio avançado da doença. O fato de os pacientes usuários da radioterapia serem mais velhos é um dado consoante com outras literaturas científicas, um exemplo é o estudo de Daher et al.²⁶ que analisou dados epidemiológicos do serviço de radioterapia do Hospital Central do Exército, em que mostrou uma média de idade de 63 anos entre os pacientes, dado explicado pelo fato de a radioterapia poder ser utilizada com intenção curativa ou paliativa, servindo nesse último caso, apenas para aliviar sintomas e melhorar a qualidade de vida do doente, intenção muito encontrada na faixa etária idosa.

Nas respostas ao instrumento de coleta da EMEP foi possível observar as frases mais significativas em cada fator. No fator 1, em que estão contidas as frases que remetem ao enfrentamento focado no problema, as

sentenças “Eu me concentro nas coisas boas da vida” (média 4,92) e “Sei o que deve ser feito e estou aumentando meus esforços para ser bem-sucedido” (média 4,87) foram as que mais se aproximaram da média 5, o que significa que muitos participantes da pesquisa responderam com o item 4 (Eu faço isso muito) ou 5 (Eu faço isso sempre). Tais frases demonstram a boa aceitação da condição atual e a aproximação do problema, que pode representar o ajuste à nova realidade da doença. No fator 2 (enfrentamento focalizado na emoção), as frases “Eu imagino e tenho desejos sobre como as coisas poderiam acontecer” (média 4,02) e “Eu desejaria mudar o modo como eu me sinto” (média 4) foram as mais significativas, essas respostas indicam a vivência de emoções negativas a partir do contato com o agente estressor, evidenciando sentimentos como raiva, negação e fuga²⁷.

No fator 3, que engloba as práticas religiosas e pensamentos fantasiosos, as frases mais representativas foram “Espero que um milagre aconteça” (média 4,92) e “Pratico mais a religião desde que tenho esse problema” (média 5), o que mostra que os pacientes usam a fé como uma ponte para a restauração da saúde e, inclusive, que suas vidas estão intimamente interligadas com a dimensão do divino, demonstrando que essas pessoas buscam na fé a força necessária para enfrentar o problema²⁷.

E, no fator 4 (busca de suporte social), as frases mais relevantes foram “Converso com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o meu problema” (média 4,40) e “Converso com alguém para obter informações sobre a situação” (média 4,38). Essas frases apontam que esse tipo de *coping* ajuda os pacientes a se adaptarem por meio do manejo das emoções, redução do isolamento e ampliação das relações sociais²⁸.

Quando comparamos as estratégias de enfrentamento utilizadas por adultos e idosos portadores de câncer, observamos que os

indivíduos com idade entre 20 e 59 anos obtiveram escores maiores para o *coping* focado no problema e o *coping* com foco no suporte social. A estratégia voltada para o problema ocorre nas situações em que o enfrentamento é direcionado para uma fonte estressora externa, pode estar envolvida uma negociação para resolução de conflitos ou uma busca ativa pela ajuda de outros indivíduos. No caso desse *coping* ser direcionado ao próprio indivíduo, uma ressignificação do elemento de estresse pode ser feita. Portanto, o *coping* com foco no problema compreende as ações de enfrentamento que foram planejadas mediante a coleta de informações sobre as circunstâncias estressoras²⁹.

O *coping* relacionado ao suporte social é baseado na convicção que o indivíduo tem de estar sendo apreciado e recebendo cuidados de outras pessoas que se preocupam com ele, formando uma rede assistencial mútua com obrigações. Pode-se com essa estratégia de enfrentamento evitar doenças psicológicas, como a depressão e a ansiedade, além de outras patologias³⁰. No estudo de Felicio³¹ foi encontrado que indivíduos que manifestaram maiores sintomas de estresse buscavam mais o apoio social, possivelmente, pela dificuldade sentida para resolver os conflitos sem ajuda externa ou, ainda, pelo fato de as pessoas mais estressadas serem expostas a um número maior de situações conflituosas, necessitando de grande demanda por ajuda.

Embora no presente estudo não se tenha conseguido estabelecer qual a estratégia de enfrentamento foi mais utilizada pelo público idoso por falta de significância estatística, outros estudos, como o de Silva et al.³² encontraram que grande parte da amostra composta por idosos já se encontrava em estadiamento avançado e metastático. Isso faz com que a adaptação do idoso ao tratamento seja mais difícil, pois além de sintomas físicos como dores, náuseas e fadiga, o aspecto emocional do idoso também apresenta

demandas que necessitam de atenção durante o tratamento. Esse achado está relacionado, principalmente, ao diagnóstico realizado tardiamente, fato que diminui as opções terapêuticas curativas e, além disso, é um grande indicador de uma abordagem paliativa. O idoso, nessa fase de palição, portanto, apresenta uma relação de incerteza, tristeza e desamparo com a neoplasia, sendo que a manutenção da esperança e a espiritualidade passam a fazer parte do processo de enfrentamento da doença nessa faixa etária⁴.

O *coping* religioso pode ser mais encontrado nessa faixa etária por exercer um significativo potencial positivo para o indivíduo, promovendo saúde e melhor qualidade de vida. Entretanto, o enfrentamento religioso pode influenciar negativamente a qualidade de vida da pessoa que o usa. Isso pode acontecer quando o indivíduo interpreta, por meio deste tipo de enfrentamento, a situação problemática pela qual está passando como uma consequência de algum ato pregresso, ou mesmo um castigo divino³³.

Quando se analisa a associação entre diferentes neoplasias e estadiamentos com a forma de enfrentamento utilizados, encontra-se que os pacientes com doença localizada, ou seja, com estadiamentos iniciais, utilizavam menos o *coping* de suporte social do que os pacientes em ausência de novas progressões ou em acompanhamento após o final do tratamento. Achado em concordância com um estudo de Leite e Amorim³⁴, que demonstrou que mulheres diagnosticadas com câncer de mama no estágio I utilizavam de maneira mais frequente as estratégias de enfrentamento focalizadas no problema ao invés do suporte social. Postula-se a hipótese do fato de o câncer em estágios mais iniciais possuir melhor prognóstico e sobrevida e, com isso, o paciente não necessita demasiadamente do apoio social nessas fases da doença. Outrossim, os pacientes no período pós-tratamento, geralmente,

foram submetidos a numerosas terapêuticas e sentimentos ao longo da jornada do tratamento do câncer, fazendo-os recorrer ao apoio social como forma de enfrentamento, mecanismo de proteção e, também, como um fator promotor de resiliência³⁵.

Variadas literaturas demonstraram que os pacientes oncológicos tiveram maior inclinação para usar a estratégia de enfrentamento focada no problema quando foi percebido que ainda havia possibilidade de se modificar a situação, o que ocorre principalmente nos estágios mais iniciais do câncer. A estratégia focada na emoção, por sua vez, foi mais utilizada quando se percebia que pouco poderia ser feito pelo quadro de saúde do paciente³⁶, pois o foco na emoção é caracterizado principalmente por um conjunto de esforços que podem ser direcionados para a somatização em conjunto e ao direcionamento para os sentimentos, objetivando a mudança do emocional do indivíduo.

Tais ações visam a redução das sensações corporais maçantes causadas pelo estresse. A estratégia de enfrentamento focalizada na emoção busca aplacar ou mudar os efeitos emocionais do estresse e, para isso, o indivíduo faz uso de processos defensivos para evitar o contato e confrontação com seu agente estressor de maneira direta. Distanciamento, evasão e busca por apoio emocional fazem parte das características desse tipo de *coping*²⁹.

Como hipótese levantada para o motivo de não ter sido encontrada a estratégia de enfrentamento dos pacientes com doença avançada (estádios III e IV) elenca-se o fato desses pacientes, geralmente, possuírem pior prognóstico³⁷. O estudo de Medeiros et al.³⁸ demonstrou que as mulheres com câncer de mama que recebiam diagnóstico, já com estadiamento avançado, possuíam menor chance de sobrevida, além do comprometimento da qualidade de vida e da terapêutica. Mediante

esses fatores, pacientes em estadiamento mais avançado tendem a serem submetidos à maior gama de tratamentos, muitas vezes invasivos e com efeitos colaterais significativos, como cirurgias mutilantes que causam alterações dos sentimentos diante da nova imagem corporal. Tais fatos poderiam explicar o motivo pelo qual esses pacientes buscam diferentes estratégias de enfrentamento, não possuindo foco em uma em específico³⁴.

A dificuldade em se encontrar associações entre *coping* e as populações manifesta-se pela questão da pessoalidade e da introspectividade do enfrentamento. Embora o aspecto clínico possa interferir, o aspecto psicológico também entra na equação do enfrentamento. Segundo Lashbrook et al.³⁹, em uma revisão de literatura que abarcou vários estudos em tipos de câncer diferentes, as estratégias de *coping* podem não só variar de pessoa a pessoa, mas também ao longo do tempo. Além disso, diversos pacientes também fizeram uso de uma combinação de aspectos do *coping* focado na emoção com o *coping* focado na razão. Alguns pacientes em estudos qualitativos apresentaram estratégias únicas para suprir as suas demandas em relação à doença. Nesse sentido, fica evidente a complexidade do enfrentamento e o seu impacto durante a luta contra o câncer, sendo necessário, muitas vezes, que uma estratégia seja analisada sob a óptica quantitativa e qualitativa para uma abordagem integral que viabilize associações em um processo de saúde-doença tão multifatorial quanto o câncer.

Por fim, ainda é importante entender como o conhecimento acerca das estratégias de enfrentamento podem ser importantes para a população, bem como para a promoção em saúde desta. Um *coping* mal adaptativo pode ocasionar maior mortalidade e pior qualidade de vida, como em um estudo feito com egípcias diagnosticadas com câncer de mama, em que o

extravasamento de emoções e a negação do estado de saúde foram as estratégias de enfrentamento mais utilizadas por mulheres com metástases (Estágio IV)⁴⁰. Nesse sentido, fazer com que o indivíduo tenha consciência do modo como ele enfrenta seus problemas, pode levá-lo a buscar ajuda multiprofissional, com foco em alterar os rumos do enfrentamento, acarretando um *coping* mais salutar, com melhora da qualidade de vida, menor mortalidade e maior promoção em saúde.

As estratégias de enfrentamento consideradas positivas e sua aplicabilidade prática também já foram relacionadas com a redução da dor em pacientes oncológicos e maior promoção em saúde e qualidade de vida. De acordo com Godoy (2014)⁴¹, há estágios avançados do câncer nos quais os tratamentos convencionais não surtem mais efeito. Foram imprescindíveis no cuidado paliativo com os pacientes oncológicos a busca por suporte social (apoio dos familiares e dos amigos) e coping religioso, para alcançar um tratamento eficaz, melhorar o nível de modulação religiosa positiva. Mais uma vez, portanto, fica evidente como o conhecimento das estratégias de enfrentamento positivas e negativas podem auxiliar a equipe médica e os serviços de saúde a idealizarem medidas para maior promoção de saúde dos pacientes assistidos, seja por abordagem psicológica, aplicação de práticas integrativas em saúde ou ações de espiritualidade nos espaços hospitalares.

O estudo transversal fornece informações de uma população em um determinado momento no tempo⁴². Neste seguimento, como pontos fortes do presente estudo, cita-se a adequação metodológica ao momento do diagnóstico e tratamento da amostra analisada e a integralidade do instrumento de coleta utilizado, que leva em conta diversas variáveis e traduz um pouco da complexidade das estratégias de enfrentamento, considerando o sujeito biopsicossocioespiritual. Além disso, o estudo traz uma abordagem

quantitativa para uma temática complexa e introspectiva, com resultados estatisticamente significantes e explicações objetivas com ênfase em dados numéricos em um contexto em que a maioria dos trabalhos são apresentados de forma qualitativa.

Dentre as limitações deste presente trabalho, tem-se a grande extensão do instrumento de coleta aplicada em uma população que padece de uma patologia altamente debilitante. Ademais, a consulta em prontuários também foi fator limitante, pois o zelo no preenchimento ainda não é unânime na classe médica, seja por ausência da informação, preenchimento incorreto ou falta de atualização e detalhamento da situação de alguns pacientes participantes. Outrossim, a pandemia da Covid-19 em todo o mundo paralisou a pesquisa e limitou o acesso dos pesquisadores aos pacientes e às dependências do serviço de oncologia nas fases finais da coleta de dados, resultando em um déficit de 49 pacientes da amostra anteriormente prevista.

CONCLUSÃO

Foi possível elucidar, por meio dessa pesquisa, algumas correlações importantes, como o fato de os pacientes mais jovens se apegarem mais ao enfrentamento com foco no problema e na busca pelo suporte social. Foi demonstrado que o *coping* focado no problema é mais utilizado pelos mais jovens, pois o câncer nessa faixa etária tende a ter mais opções de tratamento e melhor resposta pelo organismo, portanto, ainda há grandes possibilidades de se modificar a situação estressora. Já em relação ao enfrentamento focado no suporte social, foi percebido que ele é muito utilizado por pessoas com câncer em razão da dificuldade de interação social e participação em atividades e eventos pelas limitações impostas pela doença, e, para suprir essa carência, a

população adulta utiliza de forma expressiva o *coping* focado no suporte social.

Ademais, os pacientes nos estágios iniciais da doença (estadiamento I e II) buscavam menos o *coping* focado no suporte social do que os pacientes em ausência de novas progressões ou em acompanhamento após o final do tratamento, o que pode ser entendido por comumente os estágios iniciais do câncer obterem um tratamento menos invasivo e possuírem melhor prognóstico e sobrevida. Em contrapartida, os pacientes que estão em acompanhamento pós-tratamento oncológico já sofreram com todos os efeitos colaterais que podem estar associados aos procedimentos terapêuticos e, ainda, conviveram por mais tempo com a doença e, por conta disso, podem ser vítimas de inúmeros sentimentos conflituosos que os levam a procurar mais ajuda no apoio social.

Diante desses achados, fica evidente que a abordagem multidisciplinar para a luta contra o câncer é a única maneira de prestar a melhor assistência ao paciente oncológico. Tendo em vista a biopsicossocialidade dos indivíduos, é fato que o modo como se enfrentam todas as alterações causadas pelo câncer é produto de características e recursos pessoais e da terapia médica fornecida. Assim, conhecer as estratégias de *coping* e características sociodemográficas é crucial, pois tais fatores influenciam o enfrentamento da doença oncológica. Outrossim, é perceptível que a resposta aos estressores depende do contexto individual, coletivo e institucional onde os pacientes estão inseridos.

Além do mais, acessar o *coping* utilizado pelos pacientes oncológicos pode ajudar médicos, equipes de saúde e o hospital onde o tratamento é realizado a proverem maior suporte e melhorias na saúde mental do portador de câncer. O fornecimento de serviços de apoio psicológico, de acordo com o foco do enfrentamento, pode facilitar a abordagem ao paciente oncológico,

melhorando seu acolhimento no serviço, bem como sua aderência ao tratamento e sua qualidade de vida, minimizando também o sofrimento psíquico de maneira global.

REFERÊNCIAS

1. Liu SJ, Dang HX, Lim DA, Feng FY, Maher AC. Long noncoding RNAs in cancer metastasis. *Nature Reviews Cancer* [Internet]. 2021. [cited 2022 dec 18];21:446–460. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41568-021-00353-1#citeas>.
2. Kahouli I, Malhotra M, Westfall S, Alaoui-Jamali MA, Prakash S. Design and validation of an orally administrated active *L. fermentum*-*L. acidophilus* probiotic formulation using colorectal cancer Apc Min/+ mouse model. *Applied Microbiology and Biotechnology* [Internet]. 2017. [cited 2022 dec 18];101(5):1999-2019. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27837314/>.
3. Rosa LPS, Cruz DJ. Efeitos dos imunomoduladores na oncologia: revisão de evidências científicas. *Revista Saúde. Com* [Internet]. 2016. [cited 2022 dec 18];12(2):561-565. Available from: <https://docplayer.com.br/35475322-Efeitos-dos-imunomoduladores-na-oncologia-revisao-de-evidencias-cientificas.html>.
4. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (BR). Conceito e magnitude. Rio de Janeiro (RJ): Ministério da Saúde; 2021.
5. Carter BW, Lichtengerger JP III, Benviniste MK, De Groot PM, Wu CC, Erasmus JJ, et al. Revisions to the TNM Staging of Lung Cancer: Rationale, Significance, and Clinical Application. *RadioGraphics* [Internet]. 2018. [cited 2022 dec 18];38:374–391. Available from: <https://pubs.rsna.org/doi/full/10.1148/rg.2018170081>.
6. Organização Pan-Americana de Saúde. Câncer. Brasília (DF): OPAS; 2020.
7. Hemmi APA, Baptista TWF, Rezendo M. O processo de construção da Política Nacional

- de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Physis: Rev. de Saúde Coletiva* [Internet]. 2020 [cited 2021 apr 8];30(3):e300321. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300321>.
8. Martins AM, Nascimento ARA. Representações sociais de corpo após o adoecimento por câncer na próstata. *Psicologia em Estudo* [Internet]. 2017 [cited 2021 apr 10];22(3):371-381. Available from: <https://doi.org/10.4025/psicolestud.v22i3.31728>.
 9. Andrade AMR, Azevedo JMH. O impacto do diagnóstico oncológico: contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental. *Revista Científica HSI* [Internet]. 2018. [cited 2022 dec 18];(2):36-40. Available from: <https://revistacientifica.hospitalsantaizabel.org.br/index.php/RCHSI/article/view/109/91>.
 10. Barsaglini RA, Soares BBNS. Impactos de adoecimento de longa duração: experiência de adultos jovens com Leucemia Mieloide Aguda. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2018. [cited 2022 dec 18];23(2):399-408. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/cPHjD9kqHdvxzjzrTXWM8VB/abstract/?lang=pt>.
 11. Moura LM, Shimizu HE. Representações sociais de saúde-doença. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro [Internet]. 2017. [cited 2022 dec 18]; 27(1):103-125. Available from: <https://www.scielo.br/j/physis/a/cCmqRNCyH7qVspLW5RyVKHD/?lang=pt>.
 12. Brito ATB, Silva SS, Oliveira REG, Oliveira AB, Reis MS, Mendes ABM. Impactos psicológicos causados em mulheres com diagnóstico de Câncer, acolhidas na instituição Lar das Marias, na cidade de Manaus - AM. *Brazilian Journal of Development* [Internet]. 2022. [cited 2022 dec 18];8(7): 50710-50730. Available from: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/50174/pdf>.
 13. Santos MN, Brito RG. Qualidade de vida em pacientes com diagnóstico de câncer no Brasil: uma revisão sistemática. *Research, Society and Development* [Internet]. 2022. [cited 2022 dec 18];11(8):1-14. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/30635/26516>.
 14. Luvisaro BMO, Menezes JR, Rodrigues CF, Soares ALAG, Muzi CD, Guimarães RM. Equivalência conceitual de itens e semântica da versão brasileira do instrumento EORTC QLQ-ELD14 para avaliação de qualidade de vida em idosos com câncer. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* [Internet]. 2017. [cited 2022 dec 18];20(1):1-14. Available from: redalyc.org/articulo.oa?id=403850707003.
 15. Martins AM, Modena CM. Estereótipos de gênero na assistência ao homem com câncer: desafios para a integralidade. *Trabalho, Educação e Saúde* [Internet]. 2017 [cited 2021 apr 16];14(2):399-420. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00110>.
 16. Akram B, Ahmad MA, Akram A. Coping mechanisms as predictors of suicidal ideation among the medical students of Pakistan. *Journal Of The Pakistan Medical Association* [Internet]. 2018 [cited 2021 june 2];68(11):1608-1612. Available from: <https://jpma.org.pk/PdfDownload/8923>.
 17. Pasquali L. *Psicometria*. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [Internet]. 2009 [cited 2021 june 24];43(Esp):992-99. Available from: <https://www.scielo.br/j/reecusp/a/Bbp7hnp8TNmBCWhc7vjbXgm/?lang=pt>.
 18. Cuschieri S. The STROBE guidelines. *Saudi Journal of Anaesthesia* [Internet]. 2019. [cited 2022 dec 18];13(1):31-44. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30930717/>.
 19. Seidl EMF, Tróccoli BT, Zannon BT. Análise Fatorial de Uma Medida de Estratégias de Enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* [Internet]. 2001 [cited 2022 jan 10];17(3):225-34. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-37722001000300004>.
 20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Projeção da população do Brasil e das unidades da federação*. Brasília: IBGE; 2021. <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>.

21. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC, Silva MMA, Freitas MIF, et al. Noncommunicable diseases and the use of health services: analysis of the national health survey in Brazil. *Revista de Saúde Pública* [Internet]. 2017 [cited 2021 July 4];51(1):1-10. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000090>.
22. Araujo JS, Zago MMF. Masculinidades de sobreviventes de câncer de próstata: uma metassíntese qualitativa. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2019 [cited 2021 July 5];72(1):240-9. Available from: <https://www.scielo.br/j/reben/a/SxMspXQLqnYRHWDPpRxyMbBh/?format=pdf&lang=pt>
23. Neri M. Onde estão os idosos? Conhecimento contra o Covid-19. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 2020. <https://cps.fgv.br/covidage>.
24. Sofiati FM, Moreira AS. Catolicismo brasileiro: um painel da literatura contemporânea. *Religião & Sociedade* [Internet]. 2018 [cited 2021 July 5];38(2):277-301. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0100-85872018v38n2cap10>.
25. Surimã RN, Júnior SAS, Lima KB, Melo JC, Oliveira DN, Almeida RLF. Características epidemiológicas dos pacientes com câncer de pulmão em tratamento quimioterápico no Ceará. *Brazilian Journal Of Development* [Internet]. 2020 [cited 2021 July 10];6(7):45270-45277. Available from: <http://dx.doi.org/10.34117/bjdv6n7-228>.
26. Daher R, Tamm M, Vasconcellos H, Lannes AM. Distribuição epidemiológica dos casos de câncer tratados no primeiro ano da retomada de funcionamento do serviço de radioterapia do hospital central do exército (HCE) 2016-2017. *Revista Científica do HCE* [Internet]. 2017 [cited 2021 July 9];1(1):1-5. Available from: <http://ebrevistas.eb.mil.br/HCE/article/view/829/874>.
27. Leite FMC, Amorim MHC, Castro DS, Primo CC. Estratégias de enfrentamento e relação com condições sociodemográficas de mulheres com câncer de mama. *Acta Paulista de Enfermagem* [Internet]. 2012 [cited 2021 July 10];25(2):211-217. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000200009>.
28. Machado RHI, Souza JR. Pacientes mulheres com câncer de mama metastático: impacto do diagnóstico e estratégias de enfrentamento. *Brasília Med.* [Internet]. 2022 [cited 2021 July 18];59:1-23. Available from: <https://doi.org/10.5935/2236-5117.2022v59a246>.
29. Folkman S. Stress, coping, and hope. *Psycho-Oncology* [Internet]. 2010 [cited 2021 Jul 19]; 19(9): [901-908]. Available from: <https://doi.org/10.1002/pon.1836>.
30. Cobb S. Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine* [Internet]. 1976 [cited 2021 Aug 15]; 38(5):300-14. Available from: https://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Abstract/1976/09000/Social_Support_as_a_Moderator_of_Life_Stress.3.aspx.
31. Felício AS. Ansiedade, Estresse e Estratégias de Enfrentamento (Coping) em Adolescentes de Instituições Particulares que irão prestar vestibular [dissertação]. Sergipe: Universidade Federal de Sergipe; 2019. 78 p.
32. Silva NM, Santos MA, Oliveira RAA, Storti LB, Souza IMO, Formighieri PF, Marques S. Idosos em tratamento quimioterápico: relação entre nível de estresse, sintomas depressivos e esperança. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* [Internet]. 2019 [cited 2021 Sept 2];35(1):1-7. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e35441>.
33. Batista NT, Trettene AS, Farinha FT, Nunes CRM, Razera APR. Espiritualidade no paciente oncológico: uma forma de alimentar a esperança e promover um enfrentamento positivo contra a doença. *Rev. Bioética* [Internet]. 2021 [cited 2021 Sept 9];29(4):791-7. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-80422021294512>.
34. Leite FMC, Amorim MHC. A relação entre as modalidades de enfrentamento e as variáveis clínicas de mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. *Rev. Bras. de Pesquisa Em Saúde* [Internet]. 2009 [cited 2021 Sept 10];11(4):55-61. Available from: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/356>.

35. Juliano MCC, Yunes MAM. Reflexões sobre rede de apoio social como mecanismo de proteção e promoção de resiliência. *Ambiente & Sociedade* [Internet]. 2014 [cited 2021 sept 10];17(3):135-45. Available from: <https://www.scielo.br/j/asoc/a/BxDVlkfcG-QLGXVwnHp63HMH/?lang=pt&format=pdf>.
36. Yahaya NA, Subramanian P, Bustam AZ, Taib NA. Symptom Experiences and Coping Strategies among Multi-ethnic Solid Tumor Patients Undergoing Chemotherapy in Malaysia. *Asian Pacific Journal Of Cancer Prevention* [Internet]. 2015 [cited 2021 set 27]; 16(2): [723-730]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25684515/>.
37. Silva FC, Ferreira LJ, Costa CM, Pernambuco AP. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer de mama submetidas à intervenção cirúrgica. *Fisioterapia Brasil* [Internet]. 2018 [cited 2021 sept 28];19(4):524-531. Available from: <https://doi.org/10.33233/fb.v19i4.1316>.
38. Medeiros GC, Teodózio CGC, Fabro EAN, Aguiar SS, Lopes AHM, Conte BC, et al. Fatores Associados ao Atraso entre o Diagnóstico e o Início do Tratamento de Câncer de Mama: um Estudo de Coorte com 204.130 Casos no Brasil. *Rev. Bras. de Cancerol* [Internet]. 2020 [cited 2021 oct 2];66(3):e-09979. Available from: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n3.979>.
39. Lashbrook MP, Valery PC, Knott V, Kirshbaum MN, Bernardes CM. Coping strategies used by breast, prostate, and colorectal cancer survivors. *Cancer Nursing* [Internet]. 2018 [cited 2021 oct 5];41(5):23-39. Available from: <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000528>.
40. Elsheshtawy EA, Abo-Elez WF, Ashour HS, Farouk O, Zaafarany MIE. Coping Strategies in Egyptian Ladies with Breast Cancer. *Breast Cancer: Basic and Clinical Research* [Internet]. 2014. [cited 2022 dec 18];8:1-5. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.4137/BCBCR.S14755>.
41. Godoy MFG, Pereira LMG, Barufi S, Godoy JMP. Pain in breast cancer treatment: aggravating factors and coping mechanisms. *International Journal of Breast Cancer* [Internet]. 2014. [cited 2022 dec 18]; 2014:1-4. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4198815/>.
42. Pereira MG. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 1995.