

***COPING DO PACIENTE COM CÂNCER DE
CABEÇA E PESCOÇO E SUA RELAÇÃO COM O
HÁBITO DE BEBER OU FUMAR***

ANA CAROLINA MAIA STANISCIA

**Dissertação apresentada à Fundação Antônio
Prudente para a obtenção do Título de Mestre em
Ciências**

Área de concentração: Oncologia

Orientadora: Dra. Célia Lídia da Costa

São Paulo

2011

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca da Fundação Antônio Prudente

Staniscia, Ana Carolina Maia

Coping do paciente com câncer de cabeça e pescoço e sua relação com o hábito de beber ou fumar / Ana Carolina Maia Staniscia – São Paulo, 2011.

66p.

Dissertação (Mestrado)-Fundação Antônio Prudente.

Curso de Pós-Graduação em Ciências - Área de concentração: Oncologia.

Orientadora: Célia Lúcia da Costa

Descritores: 1. CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO. 2. CONSUMO DE BEBIDAS ALCOOLICAS 3. FUMO 4. HÁBITO DE FUMAR 5. PACIENTES/Psicologia 6. EFEITOS PSICOSSOCIAIS DA DOENÇA

DEDICATÓRIA

Aos pacientes que participaram do estudo.

AGRADECIMENTOS

À confiança e disponibilidade dos participantes,

Ao apoio da minha família, amigos e amigas que percorreram este caminho da ciência ao meu lado,

À Dra. Célia L. da Costa pelo aprendizado na Psico-oncologia,

À estatística Aline Damascena e ao prof. Carlos Alberto B. Pereira pela contribuição nos resultados e sugestões valiosas,

Aos amigos da Biblioteca do Hospital A. C. Camargo,

À FAPESP e CnPq pelo auxílio financeiro e incentivo a pesquisa.

RESUMO

Staniscia ACM. ***Coping do paciente com câncer de cabeça e pescoço e sua relação com o hábito de beber ou fumar***. São Paulo; 2011. [Dissertação de Mestrado-Fundação Antônio Prudente].

Os cânceres de cavidade oral, faringe e laringe são os sítios mais comuns do câncer de cabeça e pescoço. O uso do álcool e do tabaco são fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de cabeça e pescoço e também favorecem o desenvolvimento de um segundo tumor primário nesta região. Existe associação entre a busca por suporte de pacientes acometidos por um câncer de cabeça e pescoço, e fatores psicológicos e etilismo. Busca por suporte social é um tipo de estratégia e enfrentamento. Na literatura, *coping* são mudanças constantes tanto cognitivas como comportamentais para lidar com demandas específicas, internas ou externas que são apresentadas excedendo os recursos pessoais. Confronto, afastamento, autocontrole, aceitação de responsabilidade, fuga e esquiva, resolução de problemas, reavaliação positiva são outros recursos de enfrentamento possíveis de serem identificados. O objetivo deste estudo foi caracterizar as estratégias de enfrentamento (*coping*) utilizadas por pacientes do Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia do Hospital A.C. Camargo e seu hábito de beber e fumar ao longo de 12 meses após a busca por diagnóstico. Foi utilizado o Inventário de Estratégias de Enfrentamento, versão traduzida e validada para nosso idioma, bem como o questionário que oferece avaliação psicométrica de depressão (BDI). Nesse estudo foram analisados dados referentes a 350 pacientes sob a possibilidade de diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço (momento inicial). Esses pacientes foram avaliados a cada três meses, durante o período de um ano. A utilização das estratégias de enfrentamento se mostrou associada ao gênero, escolaridade, grau de depressão, etilismo, tratamento realizado e neoplasia diagnosticada. A busca de suporte social se caracteriza como a principal estratégia de enfrentamento utilizada pela população estudada. Visando a cessação do tabagismo e etilismo, o momento 3 meses após o diagnóstico se mostrou como o mais oportuno a resultados positivos, possivelmente diante da motivação e repercussão do diagnóstico nos pacientes, tanto aqueles acometidos por câncer como por uma patologia benigna.

SUMMARY

Staniscia ACM. [***Coping of the Head and Neck Cancer Patient, and its relation to drinking or smoking habits***]. São Paulo; 2011. [Dissertação de Mestrado-Fundação Antônio Prudente].

The most common types of head and neck cancers are: oral cavity, pharynx and larynx. Both alcohol and tobacco consumptions are associated with developing a head and/or neck cancer and also increases the odds of developing a second primary tumor in the region. The search for support from patients facing a head and neck cancer is associated with psychological factors and alcoholism. Search for Social Support is a type of coping strategy. According to scientific literature, coping is defined as constant changes, both cognitive and behavioural, to deal with specific demands, internal or external, that are presented to an individual and exceeds his personal resources. Confrontation, distancing, self-control, accepting responsibility, escape-avoidance, problem solving and positive reappraisal are other coping resources that can be identified. The objective of this study was to distinguish the coping strategies used by patients of the Head and Neck Department from Hospital AC Camargo, and their smoking and drinking habits during the 12 months period that followed their search for diagnosis. The Ways of Coping Inventory was used, in a translated and validated version for the portuguese language, as well as the depression psychometric evaluation questionnaire (BDI). For the purposes of this study, data from 350 patients were analyzed, all of them under the possibility of diagnosing a head or neck cancer (initial moment). Such patients have been evaluated on a quarterly basis, during a one year period following the initial evaluation. The use of coping strategies was associated with gender, education, depression's severity, drinking habits, undergone treatment and type of cancer diagnosed. The search for social support was found to be the main coping strategy used by this population. If aiming the cease of smoking and/or drinking habits, the 3rd month after diagnosis has shown to be the best one for obtaining positive results, possibly due to the motivation and repercussion of the diagnosis over the patients, for both cancer or a benign pathology.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Modelo de Processamento de Stress e <i>Coping</i>	21
Figura 2	Mudança no hábito de fumar ou beber, em relação ao início do estudo.....	40
Figura 3	Mudança no hábito de fumar ou beber ao longo do tempo.....	41
Figura 4	Mudança no hábito de fumar ou beber, no primeiro trimestre do estudo, de acordo com a neoplasia diagnosticada.....	43
Figura 5	Mudança no hábito de fumar ou beber, no segundo trimestre do estudo, de acordo com a neoplasia diagnosticada.....	44
Figura 6	Mudança no hábito de fumar ou beber, no último trimestre do estudo, de acordo com a neoplasia diagnosticada.....	45
Figura 7	Mudança no hábito de fumar ou beber, no primeiro trimestre do estudo, de acordo com o tratamento.....	46
Figura 8	Mudança no hábito de fumar ou beber, no segundo trimestre do estudo, de acordo com o tratamento.....	47
Figura 9	Mudança no hábito de fumar ou beber, no último trimestre do estudo, de acordo com tratamento.....	48

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Medidas resumo para a variável consumo de cigarro ao longo do tempo.....	36
Tabela 2	Medidas resumo para a variável consumo de bebida alcoólica ao longo do tempo.....	36
Tabela 3	Medidas resumo para a variável consumo de cigarro ao longo do tempo segundo a neoplasia diagnosticada.....	37
Tabela 4	Medidas resumo para a variável consumo de cigarro ao longo do tempo segundo o tratamento.....	38
Tabela 5	Medidas resumo para a variável consumo de álcool ao longo do tempo segundo a neoplasia diagnosticada.....	39
Tabela 6	Medidas resumo para a variável consumo de álcool ao longo do tempo segundo o tratamento.....	40

LISTA DE ABREVIATURAS

BDI Inventário de Depressão Beck

INCA Instituto Nacional de Câncer

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO.....	1
1.1	Câncer de Cabeça e Pescoço e seus aspectos psicossociais.....	1
1.2	Câncer de Cabeça e Pescoço e <i>Coping</i>	4
1.3	<i>Coping</i>	7
2	OBJETIVO	16
3	CASUÍSTICA E MÉTODO	17
3.1	Casuística	17
3.2	Método	18
3.3	Análise estatística.....	21
4	RESULTADOS	23
4.1	Caracterização da amostra	24
4.2	Uso das estratégias de enfrentamento	24
4.3	Hábito de beber e fumar	25
4.4	Instrumento <i>COPING</i> , variáveis sócio-demográficas e hábitos de fumar ou Beber	38
4.4.1	Associação de <i>COPING</i> com as variáveis sócio-demográficas e com os hábitos de fumar ou beber	39
5	DISCUSSÃO.....	42
6	CONCLUSÃO	59
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60

ANEXOS

- Anexo 1** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- Anexo 2** Questionário de aspectos sócio-demográficos e estilo de vida do paciente
- Anexo 3** Inventário de Estratégias de *Coping*
- Anexo 4** Questões que compõem cada domínio do questionário *Ways of coping*
- Anexo 5** Inventário de Depressão de BECK (BDI)

APÊNDICE

- Apêndice 1** *Coping*: Tabelas e Gráficos

1 INTRODUÇÃO

1.1 CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO E SEUS ASPECTOS PSICOSSOCIAIS

Os cânceres de cavidade oral, faringe e laringe são os sítios mais comuns do câncer de cabeça e pescoço. De acordo com um estudo da Sociedade Americana de Câncer de 2010, aproximadamente trinta e sete mil casos novos surgem nos Estados Unidos todos os anos sendo os homens acima de 50 anos os mais afetados (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2010). Estes cânceres são parte também das neoplasias associadas ao tabaco (como pulmão, boca, faringe, bexiga, laringe e esôfago) e estas apontam uma mortalidade de 2 a 8 vezes maior entre os homens (BOING et al. 2007).

Os tumores de lábio e de cavidade oral (mucosa bucal, gengivas, palato duro, língua oral e assoalho da boca) são denominados cânceres de boca. A mortalidade destes cânceres e do câncer de faringe na população brasileira no período de 2002 a 2004 teve uma taxa de 1.11 por 100 mil mulheres e 4.93 entre os homens (BOING et al. 2007).

Outro câncer comum à região de cabeça e pescoço é o câncer de laringe, o qual consiste em cerca de 25% dos tumores malignos que acometem esta área e 2% de todas as doenças malignas. Aproximadamente 2/3 desses tumores surgem na corda vocal e 1/3 se instala em região acima das cordas vocais (Ministério da Saúde

2007). No Brasil sua taxa de mortalidade entre os anos de 2002 e 2004 foi de 0,36 e 2,87 por 100 mil mulheres e homens, respectivamente (BOEING et al. 2007).

O câncer da tireóide se caracteriza por um tumor na glândula da tireóide, pode ser considerado o tumor endócrino mais comum da região da cabeça e pescoço. Atinge pessoas de todas as idades e é três vezes mais freqüente no sexo feminino (ENEWOLD et al. 2009). No Brasil correspondeu a 1,3% de todos os casos de câncer matriculados no Instituto Nacional de Câncer-INCA de 1994 a 1998, e a 6,4% de todos os cânceres da cabeça e pescoço (Ministério da Saúde 2007).

Existe associação da ingestão excessiva de álcool e o vício de fumar com o desenvolvimento de câncer de cabeça e pescoço. O tabagismo é o maior fator de risco para o desenvolvimento do câncer de laringe, de boca. Quando a ingestão excessiva de álcool é adicionada ao fumo, o risco aumenta para o câncer de boca e para o câncer de laringe. Além disso, pacientes com câncer de laringe que continuam a fumar e beber diminuem a probabilidade de cura e aumentam o risco de aparecimento de um segundo tumor primário na área de cabeça e pescoço (Ministério da Saúde 2007).

O tratamento dos cânceres da cabeça e pescoço muitas vezes gera problemas na dentição, fala e deglutição. O diagnóstico precoce favorece que sejam menos agressivos os tratamentos necessários. Para esse tratamento é necessária uma avaliação por parte de um grupo multidisciplinar, composto de dentista, cirurgião-plástico, psicólogo, fonoaudiólogo, radioterapeuta, cirurgião e clínico no planejamento do tratamento, fase de reabilitação e avaliação dos resultados das modalidades terapêuticas utilizadas (Ministério da Saúde 2007).

Destes pacientes, 52% sobrevivem cinco anos após o diagnóstico, aqueles que são diagnosticados com um câncer em estadiamento avançado (III ou IV) possuem maiores chances de recidivas e, portanto maiores ameaças para sobrevida (MOADEL et al. 1998).

Fatores de risco como fumo e álcool também favorecem o desenvolvimento de um segundo tumor primário. As diferentes regiões do país com seus diferentes estilos de vida (consumo de chimarrão e café, utilização de fogões a lenha dentro de casa), as exposições laborais (marcenaria) e características comportamentais (fumo, ingestão de álcool, falta de higiene bucal), uso de próteses dentárias mal-ajustadas, bem como histórico familiar de câncer são possíveis fatores de risco especialmente para o câncer de boca (KOWALSKI et al. 2005). Status socioeconômico e uma dieta rica em caroteno e vegetais verdes parece ser protetivo deste tipo de câncer, porém ainda há controvérsias em relação a esses dados (DE STEFFANI et al. 2000).

O diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço e seus possíveis tratamentos podem acarretar nos pacientes crises por antecipação daqueles tratamentos incapacitantes ou geradores de desfigurações faciais. Como modo de enfrentamento, alguns pacientes podem tornar-se retraídos e evitar interações com pares. Tais reações podem associar-se a depressões e ideações suicidas, para as quais intervenções psicológicas são necessárias. (MOADEL et al. 1998).

O preparo para a cirurgia e outros procedimentos do tratamento gera por sua vez, sentimentos de ansiedade e medo mais intensos. Em uma significativa população de pacientes de câncer de cabeça e pescoço hospitalizados, ocorrências psiquiátricas de depressão reativa e ansiedade têm sido associadas como desordem de ajustamento em mais de 40% de pacientes (BRONHEIM et al. 1991). Alguns fatores

que podem explicar estas comorbidades são levantados pela literatura, incluindo personalidade, seqüelas de tratamento e alcoolismo (MOADEL et al. 1998).

Somado a isto, o crescimento da prevalência de doenças crônicas na população aumenta a quantidade de pessoas que precisam se adaptar a viver em condições nas quais a cura pode não estar presente, mas somente controlada por tratamentos médicos. Os problemas físicos relacionados à doença e tratamentos têm o potencial de diminuir as horas dedicadas ao trabalho, atividades de lazer e vida social como um todo. Condições dolorosas ou vitalmente ameaçadoras podem também significar uma demanda emocional severa. Diante da qual, 50% de pacientes oncológicos podem apresentar sintomas que apontam um diagnóstico psiquiátrico (ALDWIN 2007).

1.2 CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO E *COPING*

Com o desenvolvimento da psicologia da saúde, tem se dado maior atenção a como as pessoas lidam com a doença e incapacitação, ambos em termos de quais estratégias podem minimizar o stress do adoecimento, e os mecanismos pelos quais o comportamento de enfrentamento pode influenciar o desenvolvimento da doença (ALDWIN 2007).

Quanto mais precoce for o diagnóstico, maior é a possibilidade de o tratamento evitar deformidades físicas e problemas psicossociais tidos como seqüelas para o tratamento (Ministério da Saúde 2007). Os pacientes de cabeça e pescoço nem sempre são bem esclarecidos, o que muitas vezes pode favorecer negligência dos sintomas que indicam surgimento de tumores, além disso, os profissionais de saúde

não examinam rotineiramente a cavidade bucal o que dificulta a prevenção e o diagnóstico oportuno que favorecem um melhor prognóstico ao paciente. Consequências do atraso no diagnóstico levam também a um maior período de hospitalizações e maior custo de tratamentos (KOWALSKI e NISHIMOTO 2000).

De acordo com TROMP et al. (2004) caracteristicamente, pacientes acometidos por um câncer de cabeça e pescoço demoram em procurar ajuda. Esta situação foi estudada por estes autores associada a fatores psicológicos. Tal estudo considerou 277 pacientes, observaram neles correlações significativas entre a demora em buscar ajuda e fatores psicológicos. Assim, identificaram que 26% dos pacientes que esperaram mais de três meses para buscar ajuda, relataram menos otimismo ($p=0.0001$); menos resistência física ($p=0.008$); menos atitude de enfrentamento ($p=0.019$) e menos busca de suporte como estilo de enfrentamento ($p=0.017$), do que aqueles pacientes que buscaram ajuda em menos de três meses. Também foi observado que os pacientes que bebiam excessivamente demoraram mais tempo para buscar ajuda em relação àqueles pacientes que não bebiam ou bebiam moderadamente.

Comportamentos de risco podem ter impacto no ajustamento psicossocial do paciente após o diagnóstico e tratamento de câncer de cabeça e pescoço de diversas maneiras. Primeiramente, os pacientes podem engajar-se em comportamentos de se culpar pela doença e pelo sofrimento que submeteram seus parentes. Seguido, por estratégias de enfrentamento que aumentam os problemas de ajustamento psicossocial, como por exemplo, se voltar ao tabagismo e alcoolismo como maneira de lidar com preocupações referentes à doença. Estes comportamentos podem muitas vezes gerar mais insatisfação familiar, dado que a família vê isso como sinal de que o

paciente não se preocupa com sua saúde. Em terceiro lugar, tais pacientes lidam com inúmeros fortes incentivos para abandonar o cigarro e o etilismo, como por exemplo, instrução de médicos, restrições do hospital e o desconforto. O contato com estes incentivos, restrições e desconforto associados à internação pode, de certo modo, para alguns pacientes ser interessante para que sejam bem sucedidos nas tentativas de mudar o hábito de fumar ou beber, ou, podem gerar incomodo àqueles que não estão de fato prontos para iniciar o abandono (MOADEL et al. 1998).

Pacientes que não possuem recursos de enfrentamento adequadas da doença muitas vezes experienciam sentimentos como ansiedade, irritabilidade, raiva, depressão. Insônia e delirium, como observado em pacientes que foram submetidos à abstinência forçada durante hospitalização também é comum se tratando da morbidade relacionada a esses pacientes (LUNDERBERG e PASSIK 1997).

Mudanças negativas na auto-imagem, incluindo perda da auto-estima e da percepção de sua atratividade foram mencionadas após o tratamento, mostrando que os pacientes deste tipo de câncer possuem uma dificuldade com relação ao envolvimento social e o ajustamento interpessoal (MOADEL et al. 1998). No entanto existem diversos fatores que estão associados à adaptação positiva ao tratamento de câncer de cabeça e pescoço, tais como forte apoio social, ausência de altos níveis de sintomas físicos, ausência de defeitos na fala, ausência de abuso de substâncias, acompanhamento psicológico e psiquiátrico no pós-operatório aos pacientes em risco (BRONHEIM et al. 1991).

No mais, não se pode deixar de enfatizar que os padrões de estilo de vida são fatores que predispõe estes pacientes, que também tendem a compartilhar alguns traços de personalidade que influenciam seu ajustamento. Concomitante com um

grave histórico de abuso de tabaco e álcool estes pacientes possuem habilidades de enfrentamento deficitárias (Burgoss 1994 citado por MOADEL et al. 1998, p.315). Uma adaptação bem sucedida após o câncer de cabeça e pescoço depende tanto dos recursos pessoais de cada indivíduo bem como de sua resposta à rede social na qual se insere (MOADEL et al.1998).

1.3 *COPING*

Ainda que existam muitos estudos sobre a temática de *coping*, bem como uma variedade de instrumentos e checklists tenham sido desenvolvidos, não se observa um entendimento completo da estrutura de *coping* (ANTONIAZZI et al. 1998).

O modelo mais bem reconhecido e compreensivo entre todos, é o modelo cognitivista elaborado por FOLKMAN e LAZARUS (1988). De acordo com tal modelo coping é definido como uma estratégia composta por um conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais utilizados pelos indivíduos a fim de lidar com demandas específicas internas ou externas que de acordo com avaliação feita pelo indivíduo são caracterizadas como sobrecarregantes ou excedentes de seus recursos pessoais (LAZARUS 1993). Esta característica favorece que o tema seja estudado em correlação com medidas quantitativas de cognições, comportamentos, emoções, reações fisiológicas e situações sociais tanto em ambientes controlados quanto naturais (SAVOIA 1999).

Existem quatro conceitos principais no modelo citado, sendo eles: (1) coping é um processo que relaciona indivíduo e ambiente; (2) a função deste é administrar a situação estressora, sem controlá-la ou dominá-la; (3) seus processos avaliativos são

compostos por percepção do fenômeno, interpretação deste e como este é cognitivamente representado; (4) o processo de coping caracteriza-se por mobilizações de recursos com os quais o indivíduo empreende esforços cognitivos e comportamentais para administração das demandas internas e externas suscitadas pela interação com o ambiente (Lazarus e Folkman 1980 citado por ANTONIAZZI et al. 1998, p.276).

Entende-se agente estressor como características do ambiente que são problemáticas ao indivíduo, sem levar em consideração as diferenças individuais (SAVOIA 1999).

O conceito de enfrentamento concebe a superação de uma situação estressora pela integração de extremos, de modo a fazer o melhor a partir do negativo vivido no momento adverso. O comportamento de negociação é um exemplo da integração dos opostos que caracterizam a situação estressora, muitas pessoas procuram ver o que acontece realisticamente como uma maneira de enfrentar efetivamente uma situação restabelecendo otimismo, confiança em si e preservando a esperança. Infelizmente, como o processo de negociação funciona na avaliação da situação estressora ainda não foi efetivamente estudado e o que se sabe é que não se caracteriza por ser algo estático ou meramente um caso de traço de virtude (LAZARUS 2003). Assim, não é acurado dizer que uma estratégia de busca pela informação, por exemplo, é mais adequada do que se evitar um assunto assistindo a televisão, por exemplo. Isto, pois os dois comportamentos têm suas funções em determinadas condições as quais, por sua vez são mutáveis ao longo da vivência e podem ser avaliadas de modo diverso por cada um.

O modo como lidamos com as contradições de uma realidade ameaçadora, que é ao mesmo tempo fonte de possibilidades favoráveis, baseia-se no processo de negociação destes aspectos interdependentes e é entendido como um processo de resolução e depende do enfrentamento adotado pelo indivíduo (LAZARUS 2003).

Tendo em vista a relação existente entre estratégia de *coping* e seus resultados, é possível observar o *coping* como um episódio composto por: resposta de *coping* (ação intencional física e mental), objetivo subjacente a essa resposta e um resultado. O fato da resposta de *coping* ser intencional e tal episódio ter um objetivo faz com que este se diferencie de uma resposta ao stress. Respostas de stress são espontâneas e sem objetivos. Tal episódio de coping faz parte de um processo, o qual sofre influências de variáveis conceituadas como moderadoras e mediadoras (Figural).

As variáveis moderadoras contribuem para a direção ou intensidade do resultado de coping e refletem características da pessoa, do estressor, do contexto e da interação entre esses fatores. Os moderadores são também chamados de recursos sócio-ecológicos e atuam como fatores de risco e de resistência ao ajustamento do indivíduo. Neste sentido vinculam-se a vulnerabilidade aos efeitos do stress, a qual é mediada por recursos de coping. A quantidade e disponibilidade destes recursos socio-ecológicos interfere na vulnerabilidade ou resistências aos efeitos adversos do stress.

Já as variáveis mediadoras são mecanismos que influenciam a variável dependente, por exemplo, a avaliação cognitiva e o desenvolvimento da atenção. As mediadoras surgem no momento do episódio e as moderadoras seriam pré-existentes.

estudo de coping através do estilo das pessoas, prefere-se o estudo através das estratégias adotadas por cada indivíduo (ANTONIAZZI et al. 1998; LAZARUS 2000).

O estudo de estratégias de coping verifica o foco que o indivíduo admite ao elaborar sua estratégia. Sendo que existem dois tipos de coping; focado no problema e o coping focado na emoção (FOLKMAN e LAZARUS 1988). No contexto de doença, enfrentamento focado no problema pode estar relacionado a procurar informação sobre tratamentos alternativos, já enfrentamento com foco na emoção esta relacionado ao uso de distrativos como meio de diminuir a angústia emocional provocada pela situação estressora (ALDWIN 2007).

O coping focado na emoção envolve tentar não dar uma resposta emocional ao estressor. Ele inclui estratégias como evitação, minimizando o problema, tentando se distanciar dos resultados do problema ou fazendo coisas como comer ou beber, que reduzem a sensação física desagradável de um estado de stress. Estas são estratégias passivas utilizadas para amortecer o sofrimento e não solucionam ou impedem a repetição do problema. Os comportamentos focados na emoção permitem que as pessoas continuem funcionando diante de um estressor incontrolável ou de um alto nível de estresse. As ações dirigem-se ao interior da pessoa, no sentido de envolver reestruturação cognitiva como, por exemplo, redefinição do elemento estressor (ANTONIAZZI et al. 1998).

Por outro lado, o coping focado no problema relaciona-se a dar passos diretos para resolver o problema que deu origem ao stress. As pessoas geram soluções alternativas, avaliam-nas em termos de custos e benefícios e escolhem entre elas. Tais comportamentos são adotados quando o estressor é percebido como controlável

e existe apenas um nível moderado de estresse. Suas ações são dirigidas para uma fonte externa de stress, envolvendo estratégias como negociar, para resolver conflitos interpessoais ou solicitar ajuda prática de outras pessoas (GAZZANIGA e HEATHERTON 2007).

A melhor maneira de lidar com o stress depende dos recursos pessoais e da situação. Embora o coping focado no problema geralmente seja mais efetivo em resultados de longo prazo, o coping focado nas emoções pode ser uma estratégia útil em curto prazo em algumas circunstâncias, especialmente quando as pessoas têm pouco controle sobre a situação (GAZZANIGA e HEATHERTON 2007).

A avaliação de que uma situação é estressora pode ocorrer de diversas maneiras, sendo, por exemplo, compreendida como prejuízo, ameaça, perda, desafio, ou benigna. Porém conceber uma situação como correlacionada a um só tipo de avaliação e um só tipo de modelo de reação emocional e não é adequado para compor o modo de enfrentamento dos estressores do dia-dia. Em estudo realizado com aproximadamente 1000 entrevistas com homens mais velhos mostrou que se utilizavam pelo menos dois tipos de avaliação mais freqüentemente (ALDWIN et al. 1996).

A escolha entre uma estratégia focada no problema ou na emoção vai em consonância com dois tipos de avaliação, a primária e a secundária (FOLKMAN e LAZARUS 1988; LAZARUS 1993, 2000; SAVOIA 1999). A avaliação primária é aquela onde são avaliados os riscos envolvidos na situação estressora; a avaliação secundária envolve avaliação de quais são os recursos disponíveis e quais as opções de se lidar com o problema (FOLKMAN e LAZARUS 1988; LAZARUS 1993). Estudos apontam que muitas vezes ambas as estratégias são utilizadas durante os

episódios estressantes, e o uso de uma ou outra estratégia depende dos diferentes tipos de estressores envolvidos (SAVOIA 1999; LAZARUS 2000). Do mesmo modo, as estratégias podem mudar ao longo da vivência estressora, tendendo ora para o foco na emoção ora para o foco no problema. As respostas de enfrentamento, portanto, não podem ser vistas como imutáveis, uma vez que pesquisas têm mostrado que benefícios à saúde tendem a advir da mudança de padrões de enfrentamento (ALDWIN 2007).

Os resultados de cada estratégia também têm sua eficácia relacionada à natureza do estressor, a disponibilidade de recursos de coping, ao resultado do esforço de coping, e principalmente à flexibilidade e mudança ao longo do tempo (Compas 1987 citado por ANTONIAZZI et al. 1998, p.286). No mais, o uso das diversas estratégias ao longo da vivência estressora favorece que os resultados de uma ou outra se confunda com as demais utilizadas (Beresford 1994 citado por ANTONIAZZI et al. 1998, p.286).

Traumas e dificuldades enfrentados ao longo da vida podem favorecer descoberta de significados mais profundos do viver. Em outras palavras, as pessoas comumente encontram crescimento psicológico positivo, como resultado de um enfrentamento do stress associado a situações consideradas negativas e adversas. As razões pelas quais o crescimento psicológico é observado em algumas pessoas e não em outras é uma questão complexa que não é respondida facilmente, no entanto está correlacionada com medidas de enfrentamento (LAZARUS 2003).

A abordagem cognitiva procura compreender como o stress é um produto tanto do ambiente como do indivíduo, ou seja, como características ambientais devastadoras que resultam quase que universalmente em experiências estressantes.

No entanto, muitos ambientes são mais ambíguos e mais sujeitos a interpretações individuais, de modo que sem compreendermos como tal interpretação é feita é impossível entender a experiência do indivíduo diante de uma situação estressante e sua resposta ao stress (ALDWIN 2007).

A relação do enfrentamento com as emoções é algo questionado dado que a expressão da emoção e da avaliação cognitiva podem ser concomitantes ou sutilmente alternadas. Para LAZARUS (2000), a avaliação cognitiva da situação determina tanto se a situação é ameaçadora ou prejudicial como conseqüentemente a reação emocional do indivíduo diante da mesma, sendo que por cognitivo ele considera consciência no geral. O processo de consciência, como mostrado por estudos em neuropsicologia, não é unidirecional ou seqüencial (no sentido de, primeiro sente-se a emoção depois cognição ou vice-versa), mas sim múltiplo e com sistemas de processamento paralelos mais ou menos independentes entre si (Carver e Scheier 1999 citado por ALDWIN 2007, p.35). Assim, cognição e emoção se atualizam, de modo que as pessoas costumam utilizar justificativas para se acalmar, bem como, desenvolver justificativas cognitivamente elaboradas (racionalização) para dissipar reações emocionais (ALDWIN 2007).

Outro aspecto que permeia a elaboração de estratégias de enfrentamento é a personalidade do indivíduo. A qual é composta pelos valores, e objetivos da pessoa, crenças sobre si e seu ambiente (incluindo o que foi socialmente aprendido ser esperado de outros) e habilidades pessoais. Tais habilidades, por sua vez envolvem a inteligência, habilidades sociais e laborais, saúde e vitalidade, educação, poder aquisitivo, rede social familiar e de amigos, atrativos físicos e sociais. Além disso, histórico de relacionamentos, consistem em o que aconteceu no passado do indivíduo

vivenciando a situação estressora e as expectativas que tais experiências evocam (LAZARUS, 2006). No entanto, o modo de se abordar tal aspecto no contexto da elaboração de estratégias de enfrentamento ainda permanece em discussão na literatura (LAZARUS, 2006; ALDWIN 2007).

2 OBJETIVO

- Caracterizar as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes do Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia do Hospital A.C. Camargo ao longo do processo do adoecimento (no diagnóstico, em três meses, em seis, nove e doze meses).
- Associar as estratégias de enfrentamento com o hábito de beber e/ou fumar antes e após a notícia do diagnóstico;
- Associar as estratégias de enfrentamento com o diagnóstico, tratamento recebido e sintomas depressivos.

3 CASUÍSTICA E MÉTODO

3.1 CASUÍSTICA

Pacientes que iniciam tratamento por câncer de cabeça e pescoço chegam ao Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia com o agendamento no recurso de primeira consulta. Os pacientes que realizaram esta consulta (n=531) foram abordados na sala de espera e questionados de modo a verificar se atendiam os critérios de inclusão.

Critérios de inclusão no estudo:

Idade entre 18 e 65 anos;

Critérios de exclusão do estudo:

- Pacientes que já tiveram diagnóstico prévio de patologia oncológica.
- Pacientes que não falem a língua portuguesa.
- Pacientes com dificuldades cognitivas
- Os pacientes que atendiam aos critérios (n=424) acima foram convidados a participar do estudo e após terem sido devidamente informados a respeito do mesmo, com seu aceite em participar (n=350), era então solicitado que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1).
- Todos os cuidados foram tomados para observar os princípios éticos que regem pesquisas com participação voluntária de seres humanos. A pesquisa

ora proposta não causava nenhum tipo de dano físico, psicológico ou moral aos participantes. O sigilo de suas respostas foi garantido e eles terão acesso aos resultados e conclusões dos estudos realizados. A aprovação no Comitê de Ética se deu sob o processo nº. 1026/08.

3.2 MÉTODO

Os pacientes responderam a um questionário contendo dados sócio-demográficos e os questionários de interesse (Inventário de Estratégias de Coping, Beck).

No questionário de dados sócio-demográficos constaram os dados referentes à: nome, idade, sexo, vínculo hospitalar, estado conjugal, etnia, postura religiosa, naturalidade, procedência, escolaridade, ocupação profissional, antecedentes psiquiátricos, antecedentes psiquiátricos familiares, antecedente oncológico familiar, tabagismo (se é tabagista, quantidade de tabaco consumido diariamente), alcoolismo (consumo semanal de bebidas alcoólicas, tentativa de abandono de bebidas alcoólicas, tentativa de abandono ao consumo de bebidas alcoólicas atualmente), fatores clínicos (local e estágio da doença, tipo de tratamento). As questões referentes aos fatores clínicos do paciente foram retiradas do prontuário deste.

Os dados coletados foram então analisados em relação à primeira consulta e em relação à evolução da doença do paciente a cada três meses até completar 12 meses, no total de quatro avaliações. As variáveis de interesse foram também comparadas em relação ao hábito de beber bebidas alcoólicas e/ou consumir tabaco no momento das avaliações.

O consumo de álcool e tabaco foi fornecido a partir do auto-relato dos participantes em relação à quantidade média consumida de tabaco diariamente e de álcool, semanalmente.

O tabaco foi mensurado da seguinte maneira: um cigarro será considerado igual a 1g de tabaco, cachimbo 3g e um charuto 5g de tabaco (GODTFREDSSEN et al. 2004; GODTFREDSSEN et al. 2005). O consumo de bebidas alcoólicas foi mensurado a partir do número médio de cervejas, vinhos e outras bebidas alcoólicas (vodka, rum, gim, aguardente, whisky) ingeridas, respectivamente em uma semana (GODTFREDSSEN et al. 2004). No consumo regular de bebida alcoólica contém 12g de álcool, o que corresponde ao álcool presente em 330ml de cerveja (uma lata), 30ml de outras bebidas alcoólicas (uma dose) e 100ml de vinho (uma taça) (GODTFREDSSEN et al. 2004). A partir destes dados, foi realizada uma quantificação absoluta de tabaco e álcool consumidos pelos pacientes nos instantes avaliados.

Consideramos a entrevista inicial como momento 0. Informações sobre o consumo de tabaco e álcool obtidas neste momento foram comparadas com o consumo de cigarros e álcool relatados nos momentos posteriores ao diagnóstico (momento 3, 6 e 9).

Em cada instante de tempo, o paciente poderia classificar-se como: sim (tabagista), não (não tabagista ou nunca fumou) ou ex-tabagista (permaneceu o período de tempo anterior sem fumar). Se em algum instante do tempo algum paciente se declarou como ex-tabagista, no instante de tempo posterior, esse paciente só poderia se declarar como ex-tabagista ou tabagista; caso tenha se declarado como não tabagista (nunca fumou), no instante de tempo posterior, só poderia se declarar

como não tabagista ou tabagista (sim); e finalmente, caso tenha se declarado como tabagista, no instante de tempo posterior, só poderia se declarar como tabagista ou ex-tabagista.

O instrumento elaborado por Folkman e Lazarus, chamado Inventário de Estratégias de Coping possibilita a quantificação do processo de coping de uma situação particular em grandes amostras (LAZARUS 2000). Tal instrumento foi traduzido e validado para a população brasileira por SAVOIA et al. (1996). O questionário contém 66 itens, acerca dos pensamentos e ações utilizadas pelas pessoas para lidar com demandas internas ou externas de um evento de estresse específico. Dele derivaram duas escalas, uma para população não acadêmica e outra para população acadêmica. Os dados da escala para não-acadêmicos são compostos por 8 fatores: confronto, afastamento, autocontrole, suporte social, aceitação de responsabilidade, fuga e esquiva, resolução de problemas e reavaliação positiva. Geralmente, o evento estressor é relatado em entrevista com breve descrição de quem estava envolvido, o local onde se deu o evento (SAVOIA 1999). Para avaliar o uso das estratégias de enfrentamento foi utilizada a categorização do escore do questionário COPING (COPING categorizado). Para cada domínio teremos as seguintes categorias: ‘não utiliza ou utiliza pouco’, ‘utiliza algumas vezes’, ‘utiliza grande parte das vezes’ e ‘utiliza sempre’.

O Inventário de Depressão Beck (BDI) (BECK et al. 1988) é um questionário auto-aplicativo, de vinte e uma perguntas que rastreia sintomas depressivos (GORENSTEIN e ANDRADE 1996). A pontuação desta escala vai de zero a sessenta e três pontos. De acordo com Kendall et al. (1987) citado por GORENSTEIN e ANDRADE (1996, p.454), a pontuação de corte para uma

população não psiquiátrica, deve ser de vinte pontos. Os escores se dividem da seguinte maneira: leve 0-9 pontos; mínima 10-20 pontos; moderada 21-30; severa 31+. A discriminação de pacientes com sintomatologia depressiva teve por objetivo evitar fatores de confusão na avaliação dos dados (p.e. atribuir má qualidade de vida a quem na verdade estava deprimido) (GLAZER e IVAN 1996). Por meio desse inventário os pacientes foram classificados de acordo com o grau da sua depressão: depressão mínima, depressão leve, depressão moderada e depressão grave.

Foram realizados contatos telefônicos com os pacientes em três, seis e nove meses para reavaliação com relação às variáveis de interesse. Estabeleceu-se como critério o período de 1 mês para que se entrasse em contato com o paciente, caso ultrapassasse esse tempo, o paciente era excluído da amostra daquele momento.

3.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA

O uso das estratégias de enfrentamento foi avaliado por meio das porcentagens de pacientes classificados nas categorias ‘utiliza algumas vezes’, ‘utiliza grande parte das vezes’ e ‘utiliza sempre’ da variável COPING categorizado.

Para verificar a existência de associação, em cada instante de tempo, entre o uso das estratégias de enfrentamento e as variáveis sócio-demográficas ou com as variáveis relacionadas ao hábito de beber e fumar foi utilizado o teste Qui-Quadrado de Pearson. Nos casos em que as frequências esperadas foram menores do que 5, foi aplicado o teste de Qui-Quadrado com a correção de continuidade de Yates (YATES 1934). Devido à grande concentração em certas categorias de uso das estratégias de enfrentamento, os testes foram realizados agrupando-se as duas primeiras categorias

(‘não utiliza ou utiliza pouco’ com ‘utiliza algumas vezes’) e as duas últimas categorias (‘utiliza grande parte das vezes’ com ‘utiliza sempre’). Em relação ao inventário BECK, como existem apenas 3 pacientes que foram classificados com depressão grave, optou-se por excluir esses pacientes para a realização dos testes.

Para verificar a significância da mudança no comportamento em relação aos hábitos de fumar e beber, ao longo do tempo, foi utilizado o teste de Stuart-Maxwell (teste generalizado de McNemar) (XUEZHENG e YANG 2008). Trata-se de um teste não paramétrico que verifica se a suposição de igualdade das distribuições marginais de duas variáveis aleatórias pareadas (variável medida em uma mesma unidade amostral) é razoável. Os testes foram realizados excluindo-se a categoria ‘faltantes’ das variáveis tabagismo e etilismo.

Foram considerados significativos níveis descritivos inferiores a 5%. Os cálculos foram realizados com o auxílio do software estatístico livre R (<http://www.r-project.org>) versão 2.11.1.

4 RESULTADOS

Nesse estudo foram analisados dados referentes a 350 pacientes sob a possibilidade de diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço (momento inicial). Esses pacientes foram avaliados a cada três meses, durante o período de um ano. Após a análise inicial 279 realizaram as avaliações referentes ao momento 3 meses; 121 realizaram a avaliação referente ao momento 6 meses e 268 referente ao momento 9 meses.

As variações no número de participantes se devem às dificuldades em manter as re-avaliações via telefone, dado que se realizava uma média de quatro tentativas de contato por paciente até que conseguisse obter suas respostas. Tendo em vista esta dificuldade, quando se alcançava o período de até quatro meses após a última avaliação o paciente era dado como “perda de seguimento na pesquisa” para o momento em questão. Assim, alguns pacientes responderam aos questionários nos momentos 3 meses e 9 meses, mas se omitiram no momento 6 meses. Bem como, responderam a avaliação do momento 3 meses e após foram considerados como “perda de seguimento na pesquisa”.

Além disso, levando em consideração o intervalo de tempo que os pacientes eram re-avaliados, optou-se por não incluir a análise de 12 meses no trabalho. Isto porque, as avaliações correspondentes a este momento seriam referentes ao tempo de 15 meses após a avaliação inicial.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Analisando a Tabela A.0 do Apêndice 1 podemos caracterizar a amostra de pacientes do estudo. A maioria dos pacientes é do gênero feminino (66%), com idade variando entre 17 e 67 anos e a maioria possui ensino superior completo (64%). Na amostra existem 3 pacientes analfabetos que foram agrupados com os pacientes que possuem ensino fundamental, formando a categoria fundamental*. Em relação às variáveis clínicas, 73% relataram antecedente oncológico familiar e 85% relatou não possuir antecedente psiquiátrico. A maioria dos pacientes (35%) teve a neoplasia diagnosticada na categoria 'benigno'. Cerca de 16% tiveram neoplasia diagnosticada na categoria 'cabeça e pescoço' e 24% dos pacientes teve neoplasia diagnosticada na categoria 'patologias diversas'. Em relação ao tratamento, 41% dos pacientes foram encaminhados para o acompanhamento ambulatorial, 28% fizeram apenas cirurgia e 12% recusaram tratamento, ou seja, não voltaram ao hospital para realizar o tratamento que foi indicado pelo médico. Em relação aos hábitos de beber ou fumar, na primeira avaliação laboratorial (tempo 0), 62% relataram não ter o hábito de fumar e 50% relataram ter o hábito de beber. Em relação ao inventário BECK, 75% dos pacientes foram categorizados na categoria 'depressão mínima'.

4.2 USO DAS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

Analisando a Tabela A.1 do Apêndice 1 notamos que, no geral, exceto para os domínios Confronto e Afastamento, a maioria dos pacientes foram classificados nas categorias de uso 'utiliza algumas vezes' e 'utiliza grande parte das vezes',

indicando um uso moderado das estratégias de enfrentamento, independente do instante de tempo considerado. Para os domínios Confronto e Afastamento, a maioria dos pacientes foi classificada nas categorias de uso ‘não utiliza ou utiliza pouco’ e ‘utiliza algumas vezes’.

Analisando a última coluna da Tabela A.1 do Apêndice 1, observa-se que no instante inicial, as estratégias mais utilizadas foram: Suporte Social (93%), Resolução de Problemas (87%), Reavaliação Positiva (84%), Auto Controle (81%), Fuga e Esquiva (74%), Aceitação de Responsabilidade (73%), Afastamento (55%) e Confronto (45%).

4.3 HÁBITOS DE BEBER E FUMAR

Tabela 1 - Medidas resumo para a variável consumo de cigarro ao longo do tempo.

Tempo	n	Média	Desvio	Mínimo	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	Máximo
Padrão								
0	16	20,56	18,08	1	5	18	40	60
3	12	18,33	19,55	1	4	11	32,5	60
6	13	15,69	17,47	1	5	10	15	60
9	15	14,27	14,26	1	4	10	17,5	40

Tabela 2 - Medidas resumo para a variável consumo de bebida alcoólica ao longo do tempo.

Tempo	n	Média	Desvio	Mínimo	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	Máximo
Padrão								
0	54	52,89	69,60	12	24	24	60	360
3	39	37,23	26,38	12	18	24	54	108
6	40	43,80	49,03	12	12	36	51	300
9	40	44,40	41,50	12	12	24	54	168

As Tabelas 1 e 2 apresentam as medidas resumo para o consumo de cigarro e consumo de álcool, respectivamente. As medidas foram calculadas considerando apenas o conjunto de pacientes tabagistas ou etilistas e que apresentaram as informações referentes a tais variáveis em todos os instantes de tempo, o que totalizou 99 pacientes. Analisando as Tabelas acima, observamos que o consumo de cigarro e álcool parece diminuir nos três primeiros meses após o início do estudo, mas depois volta a subir.

Tabela 3 - Medidas resumo para a variável consumo de cigarro ao longo do tempo segundo a neoplasia diagnosticada.

Tempo	Neoplasia	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	Máximo
0	Benigno	4	12,00	9,38	2	5	13	20	20
	Cabeça e pescoço	6	28,83	21,71	1	14	3	40	60
	Patologias diversas	4	7,00	5,35	4	4	4,5	7,5	15
	tireóide	2	40,00	0,00	40	40	40	40	40
3	Benigno	4	9,00	6,98	2	3,5	9,5	15	15
	Cabeça e pescoço	2	50,00	14,14	40	45	50	55	60
	Patologias diversas	3	2,67	2,08	1	1,5	2	3,5	5
	tireóide	3	25,33	17,47	6	18	30	35	40
6	Benigno	4	7,00	5,48	3	3,75	5	8,25	15
	Cabeça e pescoço	3	25,00	30,41	5	7,5	10	35	60
	Patologias diversas	3	5,33	4,51	1	3	5	7,5	10
	Tireóide	3	28,33	12,58	15	22,5	30	35	40
9	Benigno	5	10,40	7,30	2	5	10	15	20
	Cabeça e pescoço	3	20,67	16,77	10	11	12	26	40
	Patologias diversas	3	15,00	21,66	2	2,5	3	21,5	40
	Tireóide	4	13,75	17,63	2	5	6,5	15,25	40

Quando analisamos o consumo médio de cigarro dos pacientes de cada categoria de neoplasia diagnosticada observamos que, o consumo médio dos pacientes nas categorias câncer de cabeça e pescoço e câncer de tireóide é maior do que o consumo médio dos pacientes classificados nas categorias benigno e patologias diversas, em todos os instantes de tempo (Tabela 3). Quando analisamos o consumo mediano de cigarro de acordo com o tratamento recebido observamos que em geral, pacientes que são submetidos à cirurgia ou aos tratamentos de câncer (químio, radio, químio + radio, cirurgia + químio, etc) são os que apresentaram maior consumo de cigarro ao longo do tempo (Tabela 4).

Tabela 4 - Medidas resumo para a variável consumo de cigarro ao longo do tempo segundo o tratamento.

Tempo	Tratamento	n	Média	Desvio	Mínimo	1º	Mediana	3º	Máximo
				Padrão		Quartil		Quartil	
0	Ambulatório	6	15,17	14,59	2	4,25	12,5	20	40
	Cirurgia	4	38,75	18,43	15	33,75	40	45	60
	Trat. CA	3	24,00	14,42	12	16	20	30	40
3	Ambulatório	6	11,33	14,85	2	2,5	4,5	12,5	40
	Cirurgia	3	43,33	15,28	30	35	40	50	60
	Trat. CA	2	8,00	9,90	1	4,5	8	11,5	15
	Trat Tireóide	1	6,00	-	6	6	6	6	6
6	Ambulatório	7	11,14	13,58	1	3,5	5	12,5	40
	Cirurgia	3	31,67	27,54	5	17,5	30	45	60
	Recusa trat.	1	6,00	-	6	6	6	6	6
	Trat. CA	1	10,00	-	10	10	10	10	10
	Trat.Tireóide	1	15,00	-	15	15	15	15	15
9	Ambulatório	8	14,53	16,28	2	2,75	7,5	21,25	40
	Cirurgia	4	16,25	16,05	6	6,75	9,5	19	40
	Recusa trat.	1	20,00	-	20	20	20	20	20
	Trat. CA	1	10,00	-	10	10	10	10	10
	Trat.Tireóide	1	2,00	-	2	2	2	2	2

Em relação ao hábito de beber (Tabela 5), de modo análogo ao hábito de fumar, notamos que os pacientes diagnosticados com câncer de cabeça e pescoço são os que apresentam maior consumo mediano de álcool ao longo do tempo, seguidos dos pacientes classificados na categoria 'patologias diversas'. Em relação ao tratamento recebido (Tabela 6), pacientes que foram tratados com algum dos tratamentos de câncer (quimio, radio, quimio + radio, cirurgia + quimio, etc) são os que apresentaram maior consumo de álcool ao longo do tempo.

Tabela 5 - Medidas resumo para a variável consumo de álcool ao longo do tempo segundo a neoplasia diagnosticada.

Tempo	Neoplasia	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	Máximo
0	Cabeça e pescoço	14	97,71	115,85	12	27	54	96	360
	Patologias diversas	8	31,50	20,22	12	21	24	39	72
3	Benigno	16	32,25	26,91	12	12	24	36	108
	Cabeça e pescoço	6	40,00	25,92	12	24	30	63	72
	Patologias diversas	6	48,00	21,47	12	39	54	60	72
	Tireóide	11	37,09	29,62	12	18	24	48	96
6	Benigno	15	30,40	23,51	12	12	24	48	96
	Cabeça e pescoço	8	76,50	92,94	12	33	48	72	300
	Patologias diversas	6	42,00	21,13	12	36	36	54	72
	Tireóide	11	39,27	34,40	12	12	24	48	108
9	Benigno	15	32,00	35,03	12	12	24	24	144
	Cabeça e pescoço	9	72,00	51,96	24	36	48	120	168
	Patologias diversas	6	38,00	20,67	12	27	36	45	72
	Tireóide	10	42,00	43,17	12	12	18	63	132

Tabela 6 - Medidas resumo para a variável consumo de álcool ao longo do tempo segundo o tratamento.

Tempo	Tratamento	N	Média	Desvio	Mínimo	1°	Mediana	3°	Máximo
				Padrão		Quartil		Quartil	
0	Ambulatório	20	36,60	31,50	12	12	24	54	120
	Cirurgia	15	39,20	42,18	12	18	24	42	180
	Trat. CA	9	122,67	137,71	12	36	72	96	360
3	Ambulatório	17	40,24	27,15	12	12	36	60	96
	Cirurgia	13	29,54	25,27	12	12	24	36	108
	Recusa trat.	3	48,00	24,00	24	36	48	60	72
	Trat. CA	2	42,00	42,43	12	27	42	57	72
	Trat. Tireóide	4	39,00	30,00	24	24	24	39	84
6	Ambulatório	16	36,75	24,58	12	12	36	48	96
	Cirurgia	13	33,23	24,08	12	12	24	36	96
	Recusa trat.	3	40,00	30,20	12	24	36	54	72
	Trat. CA	3	128,00	151,95	12	42	72	186	300
9	Ambulatório	15	40,00	27,09	12	18	36	60	96
	Cirurgia	12	29,00	37,06	12	12	18	24	144
	Recusa trat.	3	40,00	27,71	24	24	24	48	72
	Trat. CA	5	98,40	55,25	36	48	120	120	168

		9 meses				
início	Tabagismo	faltantes	ex-tabagista	não	sim	Total
	ex-tabagista	15	54	0	3	72
	não	65	0	150	2	217
	sim	19	14	0	28	61
	Total	99	68	150	33	350

		9 meses				
início	Etilismo	faltantes	ex-etilista	não	sim	Total
	ex-etilista	3	7	0	1	11
	não	47	0	115	2	164
	sim	50	26	0	99	175
	Total	100	33	115	102	350

Figura 2 - Mudança no hábito de fumar ou beber, em relação ao início do estudo.

Analisando a figura acima, conseguimos verificar como o número de pacientes em cada categoria das variáveis tabagismo e etilismo, mudou em relação ao início do estudo. Notamos que no instante inicial, temos 72 ex-tabagistas, 217 não tabagistas e 61 tabagistas. Após 9 meses e para os pacientes com que se conseguiu contato, dos 72 ex-tabagistas 3 voltaram a fumar, 2 não tabagistas começaram a fumar e dos 61 tabagistas 14 relataram não ter fumado, durante esse período de nove meses. De modo análogo, podemos analisar o comportamento em relação ao hábito de beber.

Quando analisamos o mesmo esquema sequencialmente ao longo do tempo (Figura 3) notamos que nos primeiros três meses, tanto em relação ao hábito de fumar quanto ao hábito de beber, existe uma tendência a abandonar o vício. Mas ao longo dos próximos períodos, notamos que o número de pacientes que voltam a fumar ou beber é próximo ao número de pacientes que deixam de fumar ou beber.

		3 meses				
início	Tabagismo	faltantes	ex-tabagista	não	sim	Total
	ex-tabagista	12	58	0	2	72
	não	49	0	168	0	217
	sim	17	14	0	30	61
	Total	78	72	168	32	350

		3 meses				
início	Etilismo	faltantes	ex-etilista	não	sim	Total
	ex-etilista	4	7	0	0	11
	não	37	0	123	4	164
	sim	38	24	0	113	175
	Total	79	31	123	117	350

		6 meses				
3 meses	Tabagismo	faltantes	ex-tabagista	não	sim	Total
	faltantes	78	0	0	0	78
	ex-tabagista	44	26	0	2	72
	não	102	0	65	1	168
	sim	18	2	0	12	32
	Total	242	28	65	15	350

		6 meses				
3 meses	Etilismo	faltantes	ex-etilista	não	sim	Total
	faltantes	79	0	0	0	79
	ex-etilista	11	17	0	3	31
	não	78	0	45	0	123
	sim	74	3	0	40	117
	Total	242	20	45	43	350

		9 meses				
6 meses	Tabagismo	faltantes	ex-tabagista	não	sim	Total
	faltantes	90	43	91	18	242
	ex-tabagista	1	25	0	2	28
	não	6	0	59	0	65
	sim	2	0	0	13	15
	Total	99	68	150	33	350

		9 meses				
6 meses	Etilismo	faltantes	ex-etilista	não	sim	Total
	faltantes	91	14	75	62	242
	ex-etilista	2	15	0	3	20
	não	4	0	40	1	45
	sim	3	4	0	36	43
	Total	100	33	115	102	350

Figura 3 - Mudança no hábito de fumar ou beber ao longo do tempo.

Analisando as Figuras 4 - 9, conseguimos verificar como o número de pacientes em cada categoria das variáveis tabagismo e etilismo, mudou em relação ao início do estudo, de acordo com a neoplasia diagnosticada e o tratamento.

Em geral, observa-se que em todas as categorias de neoplasia, o número de pacientes que deixam de fumar ou beber é maior ou igual ao número de pacientes que começam ou voltam a fumar ou beber. Notamos também que as maiores mudanças em relação ao hábito de fumar ou beber, ocorreram nos três primeiros meses, sendo que as maiores mudanças foram observadas entre os pacientes diagnosticados com câncer de cabeça e pescoço. De 16 pacientes tabagistas no início do estudo 9 pacientes relataram que deixaram de fumar após 3 meses. Em relação ao hábito de beber, no início do estudo eram 36 etilistas e após três meses 14 pacientes relataram que deixaram de beber durante o período considerado.

O mesmo comportamento é observado para a variável tratamento. As maiores mudanças em relação ao hábito de fumar ou beber foram observadas entre os pacientes que tiveram algum tipo de tratamento para câncer (cirurgia+QT, cirurgia+RT , QT+RT, etc). De 10 tabagistas, 7 relataram que pararam de fumar durante o primeiro trimestre do estudo. De 19 etilistas, 11 relataram terem abandonado o hábito de beber durante o mesmo período.

benigno						
início	3 meses					Total
	Tabagismo	faltantes	ex-tabagista	não	sim	
	ex-tabagista	6	16	0	1	
	não	15	0	66	0	
	sim	5	2	0	10	
	Total	26	18	66	11	121

início	3 meses					Total
	Etilismo	faltantes	ex-etilista	não	sim	
	ex-etilista	1	1	0	0	
	não	14	0	54	0	
	sim	11	3	0	37	
	Total	26	4	54	37	121

patologias diversas						
início	3 meses					Total
	Tabagismo	faltantes	ex-tabagista	não	sim	
	ex-tabagista	2	11	0	0	
	não	13	0	41	0	
	sim	5	2	0	11	
	Total	20	13	41	11	85

início	3 meses					Total
	Etilismo	faltantes	ex-etilista	não	sim	
	ex-etilista	0	3	0	0	
	não	8	0	25	3	
	sim	12	3	0	31	
	Total	20	6	25	34	85

cabeça e pescoço						
início	3 meses					Total
	Tabagismo	faltantes	ex-tabagista	não	sim	
	ex-tabagista	2	16	0	0	
	não	4	0	18	0	
	sim	4	9	0	3	
	Total	10	25	18	3	56

início	3 meses					Total
	Etilismo	faltantes	ex-etilista	não	sim	
	ex-etilista	1	2	0	0	
	não	5	0	12	0	
	sim	4	14	0	18	
	Total	10	16	12	18	56

tireóide						
início	3 meses					Total
	Tabagismo	faltantes	ex-tabagista	não	sim	
	ex-tabagista	2	15	0	1	
	não	17	0	43	0	
	sim	3	1	0	6	
	Total	22	16	43	7	88

início	3 meses					Total
	Etilismo	faltantes	ex-etilista	não	sim	
	ex-etilista	2	1	0	0	
	não	10	0	32	1	
	sim	11	4	0	27	
	Total	23	5	32	28	88

Figura 4 - Mudança no hábito de fumar ou beber, no primeiro trimestre do estudo, de acordo com a neoplasia diagnosticada.

benigno						
3 meses	6 meses					Total
	Tabagismo	faltantes	ex-tabagista	não	sim	
	faltantes	26	0	0	0	
	ex-tabagista	11	7	0	0	
	não	39	0	26	1	
	sim	7	1	0	3	
	Total	83	8	26	4	121

3 meses	6 meses					Total
	Etilismo	faltantes	ex-etilista	não	sim	
	faltantes	26	0	0	0	
	ex-etilista	2	2	0	0	
	não	35	0	19	0	
	sim	20	1	0	16	
	Total	83	3	19	16	121

patologias diversas						
3 meses	6 meses					Total
	Tabagismo	faltantes	ex-tabagista	não	sim	
	faltantes	20	0	0	0	
	ex-tabagista	9	3	0	1	
	não	29	0	12	0	
	sim	7	1	0	3	
	Total	**65**	**4**	**12**	**4**	**85**

3 meses	6 meses					Total
	Etilismo	faltantes	ex-etilista	não	sim	
	faltantes	20	0	0	0	
	ex-etilista	1	5	0	0	
	não	17	0	8	0	
	sim	27	0	0	7	
	Total	65	5	8	7	85

cabeça e pescoço						
3 meses	6 meses					Total
	Tabagismo	faltantes	ex-tabagista	não	sim	
	faltantes	10	0	0	0	
	ex-tabagista	14	10	0	1	
	não	12	0	6	0	
	sim	1	0	0	2	
	Total	**37**	**10**	**6**	**3**	**56**

3 meses	6 meses					Total
	Etilismo	faltantes	ex-etilista	não	sim	
	faltantes	10	0	0	0	
	ex-etilista	7	7	0	2	
	não	9	0	3	0	
	sim	11	1	0	6	
	Total	37	8	3	8	56

tireóide						
3 meses	6 meses					Total
	Tabagismo	faltantes	ex-tabagista	não	sim	
	faltantes	22	0	0	0	
	ex-tabagista	10	6	0	0	
	não	22	0	21	0	
	sim	3	0	0	4	
	Total	**57**	**6**	**21**	**4**	**88**

3 meses	6 meses					Total
	Etilismo	faltantes	ex-etilista	não	sim	
	faltantes	23	0	0	0	
	ex-etilista	1	3	0	1	
	não	17	0	15	0	
	sim	16	1	0	11	
	Total	57	4	15	12	88

Figura 5 - Mudança no hábito de fumar ou beber, no segundo trimestre do estudo, de acordo com a neoplasia diagnosticada.

benigno

6 meses	Tabagismo	9 meses				Total
		faltantes	ex-tabagista	não	sim	
	faltantes	32	14	30	7	83
	ex-tabagista	0	7	0	1	8
	não	2	0	24	0	26
	sim	0	0	0	4	4
Total	34	21	54	12	121	

6 meses	Etilismo	9 meses				Total
		faltantes	ex-etilista	não	sim	
	faltantes	32	4	29	18	83
	ex-etilista	0	3	0	0	3
	não	1	0	17	1	19
	sim	1	1	0	14	16
Total	34	8	46	33	121	

patologias diversas

6 meses	Tabagismo	9 meses				Total
		faltantes	ex-tabagista	não	sim	
	faltantes	29	7	24	5	65
	ex-tabagista	1	3	0	0	4
	não	0	0	12	0	12
	sim	1	0	0	3	4
Total	31	10	36	8	85	

6 meses	Etilismo	9 meses				Total
		faltantes	ex-etilista	não	sim	
	faltantes	30	1	15	19	65
	ex-etilista	0	5	0	0	5
	não	1	0	7	0	8
	sim	1	0	0	6	7
Total	32	6	22	25	85	

cabeça e pescoço

6 meses	Tabagismo	9 meses				Total
		faltantes	ex-tabagista	não	sim	
	faltantes	10	13	12	2	37
	ex-tabagista	0	10	0	0	10
	não	1	0	5	0	6
	sim	0	0	0	3	3
Total	11	23	17	5	56	

6 meses	Etilismo	9 meses				Total
		faltantes	ex-etilista	não	sim	
	faltantes	10	7	11	9	37
	ex-etilista	1	4	0	3	8
	não	0	0	3	0	3
	sim	0	2	0	6	8
Total	11	13	14	18	56	

tireóide

6 meses	Tabagismo	9 meses				Total
		faltantes	ex-tabagista	não	sim	
	faltantes	19	9	25	4	57
	ex-tabagista	0	5	0	1	6
	não	3	0	18	0	21
	sim	1	0	0	3	4
Total	23	14	43	8	88	

6 meses	Etilismo	9 meses				Total
		faltantes	ex-etilista	não	sim	
	faltantes	19	2	20	16	57
	ex-etilista	1	3	0	0	4
	não	2	0	13	0	15
	sim	1	1	0	10	12
Total	23	6	33	26	88	

Figura 6 - Mudança no hábito de fumar ou beber, no último trimestre do estudo, de acordo com a neoplasia diagnosticada.

ambulatório						
início	Tabagismo	3 meses				Total
		faltantes	ex-tabagista	não	sim	
	ex-tabagista	7	21	0	1	29
	não	14	0	73	0	87
	sim	10	2	0	15	27
	Total	31	23	73	16	143

início	Etilismo	3 meses				Total
		faltantes	ex-etilista	não	sim	
	ex-etilista	2	2	0	0	4
	não	14	0	56	2	72
	sim	15	4	0	48	67
	Total	31	6	56	50	143

cirurgia						
início	Tabagismo	3 meses				Total
		faltantes	ex-tabagista	não	sim	
	ex-tabagista	4	15	0	0	19
	não	14	0	55	0	69
	sim	1	3	0	7	11
	Total	19	18	55	7	99

início	Etilismo	3 meses				Total
		faltantes	ex-etilista	não	sim	
	ex-etilista	1	3	0	0	4
	não	10	0	38	1	49
	sim	8	5	0	33	46
	Total	19	8	38	34	99

recusa trat.						
início	Tabagismo	3 meses				Total
		faltantes	ex-tabagista	não	sim	
	ex-tabagista	1	2	0	0	3
	não	15	0	17	0	32
	sim	1	1	0	4	6
	Total	17	3	17	4	41

início	Etilismo	3 meses				Total
		faltantes	ex-etilista	não	sim	
	ex-etilista	1	0	0	0	1
	não	9	0	8	1	18
	sim	7	3	0	12	22
	Total	17	3	8	13	41

trat. CA						
início	Tabagismo	3 meses				Total
		faltantes	ex-tabagista	não	sim	
	ex-tabagista	0	12	0	0	12
	não	1	0	6	0	7
	sim	2	7	0	1	10
	Total	3	19	6	1	29

início	Etilismo	3 meses				Total
		faltantes	ex-etilista	não	sim	
	ex-etilista	0	1	0	0	1
	não	2	0	7	0	9
	sim	1	11	0	7	19
	Total	3	12	7	7	29

trat. tireóide						
início	Tabagismo	3 meses				Total
		faltantes	ex-tabagista	não	sim	
	ex-tabagista	0	8	0	1	9
	não	5	0	17	0	22
	sim	3	1	0	3	7
	Total	8	9	17	4	38

início	Etilismo	3 meses				Total
		faltantes	ex-etilista	não	sim	
	ex-etilista	0	1	0	0	1
	não	2	0	14	0	16
	sim	7	1	0	13	21
	Total	9	2	14	13	38

Figura 7 - Mudança no hábito de fumar ou beber, no primeiro trimestre do estudo, de acordo com o tratamento.

ambulatório						
3 meses	6 meses					Total
	Tabagismo	faltantes	ex-tabagista	não	sim	
	faltantes	31	0	0	0	
	ex-tabagista	15	7	0	1	
	não	49	0	23	1	
	sim	10	1	0	5	
	Total	105	8	23	7	143

3 meses	6 meses					Total
	Etilismo	faltantes	ex-etilista	não	sim	
	faltantes	31	0	0	0	
	ex-etilista	1	5	0	0	
	não	40	0	16	0	
	sim	33	1	0	16	
	Total	105	6	16	16	143

cirurgia						
3 meses	6 meses					Total
	Tabagismo	faltantes	ex-tabagista	não	sim	
	faltantes	19	0	0	0	
	ex-tabagista	11	7	0	0	
	não	31	0	24	0	
	sim	3	0	0	4	
	Total	64	7	24	4	99

3 meses	6 meses					Total
	Etilismo	faltantes	ex-etilista	não	sim	
	faltantes	19	0	0	0	
	ex-etilista	5	2	0	1	
	não	21	0	17	0	
	sim	19	1	0	14	
	Total	64	3	17	15	99

recusa trat.						
3 meses	6 meses					Total
	Tabagismo	faltantes	ex-tabagista	não	sim	
	faltantes	17	0	0	0	
	ex-tabagista	2	1	0	0	
	não	12	0	5	0	
	sim	1	1	0	2	
	Total	32	2	5	2	41

3 meses	6 meses					Total
	Etilismo	faltantes	ex-etilista	não	sim	
	faltantes	17	0	0	0	
	ex-etilista	1	2	0	0	
	não	5	0	3	0	
	sim	9	0	0	4	
	Total	32	2	3	4	41

trat. CA						
3 meses	6 meses					Total
	Tabagismo	faltantes	ex-tabagista	não	sim	
	faltantes	3	0	0	0	
	ex-tabagista	9	9	0	1	
	não	2	0	4	0	
	sim	1	0	0	0	
	Total	15	9	4	1	29

3 meses	6 meses					Total
	Etilismo	faltantes	ex-etilista	não	sim	
	faltantes	3	0	0	0	
	ex-etilista	4	7	0	1	
	não	4	0	3	0	
	sim	4	1	0	2	
	Total	15	8	3	3	29

trat. tireóide						
3 meses	6 meses					Total
	Tabagismo	faltantes	ex-tabagista	não	sim	
	faltantes	8	0	0	0	
	ex-tabagista	7	2	0	0	
	não	8	0	9	0	
	sim	3	0	0	1	
	Total	26	2	9	1	38

3 meses	6 meses					Total
	Etilismo	faltantes	ex-etilista	não	sim	
	faltantes	9	0	0	0	
	ex-etilista	0	1	0	1	
	não	8	0	6	0	
	sim	9	0	0	4	
	Total	26	1	6	5	38

Figura 8 - Mudança no hábito de fumar ou beber, no segundo trimestre do estudo, de acordo com o tratamento.

ambulatório											
6 meses	9 meses					6 meses	9 meses				
	Tabagismo	faltantes	ex-tabagista	não	sim		Etilismo	faltantes	ex-etilista	não	sim
	faltantes	47	15	34	9		faltantes	48	2	32	23
	ex-tabagista	1	6	0	1		ex-etilista	0	6	0	0
	não	1	0	22	0		não	2	0	14	0
	sim	0	0	0	7		sim	0	1	0	15
Total						Total					
49						50					
21						9					
56						46					
17						38					
143						143					
cirurgia											
6 meses	9 meses					6 meses	9 meses				
	Tabagismo	faltantes	ex-tabagista	não	sim		Etilismo	faltantes	ex-etilista	não	sim
	faltantes	21	11	30	2		faltantes	21	4	26	13
	ex-tabagista	0	6	0	1		ex-etilista	0	3	0	0
	não	1	0	23	0		não	0	0	16	1
	sim	1	0	0	3		sim	2	2	0	11
Total						Total					
23						23					
17						9					
53						42					
6						25					
99						99					
recusa trat.											
6 meses	9 meses					6 meses	9 meses				
	Tabagismo	faltantes	ex-tabagista	não	sim		Etilismo	faltantes	ex-etilista	não	sim
	faltantes	12	4	15	1		faltantes	12	1	5	14
	ex-tabagista	0	2	0	0		ex-etilista	0	2	0	0
	não	0	0	5	0		não	0	0	3	0
	sim	1	0	0	1		sim	1	0	0	3
Total						Total					
13						13					
6						3					
20						8					
2						17					
41						41					
trat. CA											
6 meses	9 meses					6 meses	9 meses				
	Tabagismo	faltantes	ex-tabagista	não	sim		Etilismo	faltantes	ex-etilista	não	sim
	faltantes	2	8	3	2		faltantes	2	5	5	3
	ex-tabagista	0	9	0	0		ex-etilista	1	4	0	3
	não	2	0	2	0		não	1	0	2	0
	sim	0	0	0	1		sim	0	1	0	2
Total						Total					
4						4					
17						10					
5						7					
3						8					
29						29					
trat. tireóide											
6 meses	9 meses					6 meses	9 meses				
	Tabagismo	faltantes	ex-tabagista	não	sim		Etilismo	faltantes	ex-etilista	não	sim
	faltantes	8	5	9	4		faltantes	8	2	7	9
	ex-tabagista	0	2	0	0		ex-etilista	1	0	0	0
	não	2	0	7	0		não	1	0	5	0
	sim	0	0	0	1		sim	0	0	0	5
Total						Total					
10						10					
7						2					
16						12					
5						14					
38						38					

Figura 9 - Mudança no hábito de fumar ou beber, no último trimestre do estudo, de acordo com tratamento.

4.4 INSTRUMENTO COPING, VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E HÁBITOS DE FUMAR OU BEBER

Para visualizar o comportamento do escore médio de cada domínio do instrumento COPING, ao longo do tempo, e como esse escore médio se comporta quando consideramos as variáveis referentes ao hábito de fumar ou beber e as variáveis sócio-demográficas, foram construídos gráficos de médias que consideravam e desconsiderando a escala de cada domínio.

A escala de um domínio corresponde à possível distribuição dos escores em cada domínio, que pode variar de 0 (se for assinalada zero em todas as questões do domínio) até o número de questões do domínio vezes 3 (se for assinalada três em todas as questões do domínio). Por exemplo, o domínio ‘Confronto’ é composto por 6 questões, logo sua escala varia de 0 a $18=6 \times 3$.

Analisando o escore médio de todos os domínios, considerando a escala, notamos que ao longo do tempo não parece existir variações bruscas. Quando desconsideramos a escala, notamos que, exceto para os domínios ‘Afastamento’ e ‘Auto Controle’, o escore médio de cada domínio apresenta queda ao longo dos instantes 3 e 6 meses e depois apresenta uma pequena alta no instante 9 meses. Como observado anteriormente, essas variações não são de grande magnitude.

Quando consideramos as covariáveis idade, antecedente oncológico familiar, antecedente psiquiátrico, e tabagismo observamos que as variações no escore médio ao longo do tempo para cada categoria das variáveis não são de grande magnitude (gráficos em escala). Mas para as variáveis gênero, escolaridade, BECK (exceto categoria 4: depressão grave), etilismo, tratamento e neoplasia, pode-se dizer que, em

alguns domínios, existem variações consideráveis. Por exemplo, para a variável neoplasia, notamos que o escore médio ao longo do tempo dos pacientes diagnosticados com câncer de cabeça e pescoço é sempre maior para a maioria dos domínios. Também notamos que o comportamento das curvas do escore médio ao longo do tempo para o grupo de pacientes das categorias ‘benigno’ e ‘patologias diversas’ é bem parecido.

4.4.1 Associação de *Coping* com as Variáveis Sócio-Demográficas e com os Hábitos de Fumar ou Beber

Analisando os valores de p apresentados nas Tabelas A.2.1 – A.5.2 e A.8.1 – A.9.2 do Apêndice 1, temos evidências de que não exista associação das variáveis antecedente oncológico, antecedente psiquiátrico e tabagismo com o uso das estratégias de enfrentamento, em todos os instantes de tempo avaliados.

Para o domínio Suporte Social, temos evidência de que exista associação com as variáveis gênero no momento 0 ($p=0,03$), escolaridade no momento 3 meses ($p=0,05$) e, etilismo no momento 0 ($p=0,01$) e 9 meses ($p=0,05$). Para a variável escolaridade há também associação com domínios Resolução de Problemas e Reavaliação Positiva nos momentos 3 ($p=0,03$) e 9 meses ($p=0,01$), respectivamente. A variável hábito de beber mostrou associação também com o domínio Confronto no momento 6 meses ($p=0,04$).

Quando analisamos a variável neoplasia diagnosticada (Tabelas A.6.1 – A.6.3 do Apêndice 1), temos evidências de que exista associação com o uso das estratégias de enfrentamento, no instante 3 meses, para os domínios Suporte Social ($p<0,01$), Aceitação de Responsabilidade ($p=0,03$) e Fuga e Esquiva ($p=0,05$). Para o domínio

Resolução de Problemas ($p<0,01$) temos evidências de associação no instante 9 meses e para o domínio Reavaliação Positiva nos instantes 3 meses ($p<0,01$), 6 meses ($p=0,05$) e 9 meses ($p<0,01$). Em relação à variável tratamento (Tabelas A.7.1 – A.7.4 do Apêndice 1), temos evidências de que exista associação com o uso das estratégias de enfrentamento para os domínios Confronto no instante 3 meses ($p=0,04$), Suporte Social nos instantes 3 meses ($p<0,01$) e 6 meses ($p=0,04$), Fuga e Esquiva no instante 9 meses ($p=0,05$), Resolução de Problemas nos instantes 6 meses ($p=0,05$) e 9 meses ($p<0,01$) e Reavaliação Positiva nos instantes 3 meses ($p=0,01$), 6 meses ($p=0,04$) e 9 meses ($p<0,01$). Com relação ao inventário de BECK (Tabelas A.10.1 – A.10.4 do Apêndice 1), temos evidências de que exista associação com o uso das estratégias de enfrentamento para os domínios Confronto nos instantes 0 meses ($p<0,01$), 3 meses ($p=0,04$) e 6 meses ($p=0,03$), Afastamento no instante inicial ($p=0,03$), Auto Controle no instante 3 meses ($p=0,01$), Aceitação de Responsabilidade nos instantes 0 meses ($p=0,01$), 3 meses ($p=0,02$) e 9 meses ($p=0,03$), Fuga e Esquiva nos instantes 0 meses ($p<0,01$) e 3 meses ($p<0,01$), Resolução de Problemas no instante 6 ($p<0,01$) e Reavaliação Positiva no instante 3 meses ($p=0,05$).

Foi significativa a mudança de comportamento, em relação ao hábito de fumar, quando consideramos o período de nove meses de estudo, ou seja, a distribuição dos pacientes nas categorias da variável tabagismo mudou quando comparada à distribuição do início do estudo, e analisando a Figura 2, temos evidências de que o número de tabagistas diminuiu. O mesmo pode ser dito em relação ao hábito de beber. Em ambos os casos, temos evidências de que o número

de pacientes que tentaram abandonar o vício é maior do que os que voltaram ou começaram a beber ou fumar.

Analisando ao longo do tempo (Figura 3), observa-se que a mudança de comportamento só é significativa nos primeiros três meses, tanto para o hábito de fumar quanto para o hábito de beber.

Houve mudança significativa de comportamento em relação ao hábito de fumar ou beber apenas nos três primeiros meses do estudo, quando consideramos a variável neoplasia, e apenas para os pacientes diagnosticados com câncer de cabeça e pescoço. Quando consideramos a variável tratamento, o mesmo pode ser dito, mas apenas para os pacientes que receberam algum tipo de tratamento para câncer (químio, radio, químio + radio, cirurgia + químio, etc).

5 DISCUSSÃO

Os impactos funcionais, físicos, sintomatológicos, psicológicos e sociais percebidos pelos pacientes com câncer de cabeça e pescoço são enormes e já bem documentados pela literatura (BRONHEIM et al. 1991, LUNDERBERG e PASSIK 1997, MOADEL et al. 1998, TROMP et al. 2004). O papel dos fatores psicossociais como indicadores de sobrevida e recorrência de doença ainda são escassos, bem como, o estudo de maneiras de manejo e suporte psicológico ao paciente que beneficiarão tanto sua sobrevida como sua qualidade de vida (ALLISON et al. 2004; AARSTAD et al. 2007).

A busca por suporte após uma cirurgia mutiladora, e diversas vivências estressantes associadas ao contato com o diagnóstico, tratamentos e repercussões dos mesmos na vida do sujeito é influenciada por diversos fatores (BRONHEIM et al. 1991). A compreensão do modo de uso dos recursos de enfrentamento do paciente, desde o contato inicial com a doença permite uma abordagem mais bem sucedida, do ponto de vista preventivo e de suporte em momento de crise (ALDWIN 2007). Atualmente, se faz importante a compreensão de como se desenvolve e preserva o bem-estar psicológico diante de uma doença séria como o câncer, tanto quanto o conhecimento acerca de sua etiologia ou tratamento de sintomas psiquiátricos associados (FOLKMAN e GREER 2000).

A influência do modelo fragmentado de organização do trabalho, em que cada profissional realiza parcelas do trabalho sem uma integração com as demais áreas envolvidas, tem sido apontada como uma das razões que dificultam a realização de um trabalho em saúde mais integrador e de melhor qualidade, tanto na

perspectiva daqueles que o realizam como para aqueles que dele usufruem (MATOS et al. 2010). A intervenção psicológica precoce com estes pacientes possibilita a formação de um maior vínculo com o a equipe de cuidados, a qual se fortalece de um modo interdisciplinar, permitindo uma atenção e cuidado mais humanizado e integral do paciente.

O objetivo do presente estudo é expandir os conhecimentos acerca do manejo do impacto psicológico percebido pelos pacientes do Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia, buscando desta forma fundamentar a atuação do psico-oncologista e suscitar maior integração das atividades dos membros da equipe de cuidados do paciente.

O trabalho interdisciplinar pressupõe novas formas de relacionamento, tanto no que diz respeito à hierarquia institucional, à gestão, à divisão e à organização do trabalho, como também associado às relações que os trabalhadores estabelecem entre si e com os usuários do serviço. Considera-se um avanço no pensamento da saúde, se distanciando da fragmentação e hierarquização taylorista-fordista e se aproximando das chamadas "novas formas de organização do trabalho" (MATOS et al. 2010).

Durante a realização do estudo, para garantir uma amostra significativa de participantes em contato inicial com a doença oncológica, optou-se por abordar todos os pacientes que chegavam ao Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia no momento de sua primeira consulta. Deste modo, foi possível também obter uma amostra de todos os perfis clínicos que abrangem a população deste departamento, bem como, seus perfis de enfrentamento.

O carcinoma papilífero é a forma mais comum de câncer da tireóide, o qual são mais frequentes na população dos 20 aos 40 anos, ocorrendo numa prevalência

duas vezes e meia maior em mulheres do que em homens (ENEWOLD et al. 2009; COELI et al. 2005). Dado que os diagnósticos mais encontrados no estudo foram aqueles considerados benignos e tireóide, pode-se explicar o fato da amostra deste estudo ser composta por 66% de mulheres. Já os demais diagnósticos de Câncer de Cabeça e Pescoço que compõem 16% da amostra, sendo 51,8% com estadiamento T3/T4, 14,2% T1/T2.

Com relação à presença de antecedentes oncológicos na família do participante, encontrou-se que 73% da população estudada sabiam da existência de algum caso de câncer em sua família. Dado fatores hereditários associados à gênese do câncer, este dado pode indicar um auto-cuidado importante por parte da população estudada.

Foi verificado que 41 pacientes recusaram tratamento. Esses pacientes, em sua grande maioria, têm em média 41 anos, são do gênero feminino (68%), possuem Ensino superior (76%), tem antecedente oncológico (76%), não tem antecedente psiquiátrico (93%). Com relação ao diagnóstico recebido 41% e 12%, respectivamente, foram classificados nas categorias “benigno” e “cabeça e pescoço” de neoplasia, 78% era não tabagista no início do estudo, 54% eram etilistas no início do estudo e 78% foram classificados com depressão mínima, de acordo com o inventário de BECK.

De acordo com TROMP et al. (2004) caracteristicamente, pacientes acometidos por um câncer de cabeça e pescoço demoram em procurar ajuda, situação associada a fatores psicológicos. No presente estudo, se encontrou uma taxa de 12% de recusa de tratamento proposto, a qual pode ser compreendida como recusa da possibilidade do diagnóstico oncológico. Diante deste grande número e de poucos

estudos realizados acerca desta problemática, levanta-se a discussão para que tipo de suporte pode ser oferecido a estes pacientes que favoreça sua adesão ao tratamento e melhor enfrentamento do impacto da doença ou possibilidade da mesma dado que estes pacientes estavam principalmente investigando o diagnóstico.

Da mesma forma, seria interessante, compreender as características daqueles pacientes que após o primeiro momento do estudo recusaram participar nas avaliações subseqüentes. No presente estudo 34 pacientes negaram manter sua participação, estes tinham em média 44 anos, possuíam ensino superior (59%), tinham antecedente oncológico (65%), não tinham antecedente psiquiátrico (94%), 41% e 18%, respectivamente, foram classificados nas categorias “benigno” e “cabeça e pescoço” de neoplasia, 56% realizavam acompanhamento ambulatorial e 21% recusaram seguimento clínico proposto pelo médico, 62% era não tabagista, 50% eram etilistas e 71% foram classificados com depressão mínima, de acordo com o inventário de BECK. De um modo geral, as características destes participantes não se diferencia daqueles que seguiram até finalização do estudo.

O tabagismo e o etilismo são fatores de risco ao desenvolvimento de tumores de cabeça e pescoço (KOWALSKI et al. 2005; GRITZ et al. 2006; POTASH et al. 2010) e a preservação da qualidade de vida do paciente (RONIS et al. 2008). Ainda assim, 35% a 46% dos pacientes com este câncer continuam fumando após o diagnóstico de câncer e 41% a 54% estima-se continuam fazendo algum uso de álcool (OSTROFF et al. 1995; DUFFY et al. 2002; POTASH et al. 2010). Estes comportamentos por sua vez, estão associados a maiores complicações no tratamento, e desenvolvimento de um segundo tumor primário que afeta adversamente a sobrevida do paciente (GRITZ et al. 2006; Ministério da Saúde 2007;

POTASH et al. 2010) e prejuízo na qualidade de vida (AARSTAD et al. 2008; RONIS et al. 2008; POTASH et al. 2010).

Considerando a variável tabagismo, 62% da amostra nunca haviam fumado no momento da primeira avaliação já 38% eram ex-tabagistas ou tabagistas. Ao longo das avaliações subseqüentes, observa-se que a mudança de comportamento com relação ao uso do cigarro só é significativa nos primeiros três meses. Este achado sugere que ao abandonar o uso do cigarro os pacientes poderiam diminuir os riscos de impacto em sua qualidade de vida ao longo do tratamento (AARSTAD et al. 2008; RONIS et al. 2008) e podem apresentar maior engajamento em estratégias de enfrentamento voltadas para ação como aceitação de responsabilidade e busca por suporte social observadas aos 3 meses quando relacionada ao diagnóstico recebido.

No entanto, ao longo dos próximos períodos (6 e 9 meses), notamos que o número de pacientes que voltam a fumar ou beber é próximo ao número de pacientes que deixam de fumar ou beber indicando um enfraquecimento desta motivação e possível limitações de estratégias de enfrentamento favoráveis ao tratamento.

Este período pós-diagnóstico ou de ameaça diante da possibilidade de um diagnóstico se mostra como um período mais suscetível para o estabelecimento de intervenções voltadas para o abandono do tabagismo. A oportunidade de intervenção pela equipe de saúde através do encaminhamento e assistência no processo de abandono ao cigarro é favorecida, pois após o diagnóstico oncológico a motivação e interesse no abandono aumentam principalmente para aqueles diagnosticados com câncer de cabeça e pescoço ou câncer de pulmão (GRITZ et al. 2006). A exemplo disso, podemos destacar que as maiores taxas de abandono de tabagismo se deram

por aqueles participantes diagnosticados com alguma neoplasia, bem como diante de um tratamento oncológico de quimioterapia e radioterapia.

Neste sentido, destaca-se o papel da equipe de enfermagem no reconhecimento de dificuldades relacionadas ao abandono do tabagismo, podendo orientar e motivar os pacientes a buscarem suporte social adequado direcionado ao tabagista (DUFFY et al. 2010).

Outro componente associado a um efeito carcinogênico é o álcool, o consumo de bebidas alcoólicas é também a causa de diversas comorbidades as quais decrescem a sobrevida dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço (HALL et al. 2000).

Além disso, o consumo de álcool se associa ao atraso em buscar ajuda quando diante uma doença, de modo que etilistas pesados (aqueles que consomem mais de 5 doses por dia) tendem a demorar mais do que pacientes que não consomem bebida alcoólica ou são consumidores moderados (2 a 4 doses por dia) (TROMP et al. 2004). Tendo em vista o etilismo no presente estudo, metade da amostra consumia alguma quantidade de bebida alcoólica, com uma média de consumo de aproximadamente 4.5 doses ao longo da semana.

Quando atentamos a média de consumo apresentada por aqueles que foram diagnosticados com câncer de cabeça e pescoço as quantidades de doses consumidas semanalmente é cerca de 7, com um máximo de 30 doses semanais, o que pode estar associado a um diagnóstico mais avançado e possível tratamento mais extenso (POTASH et al. 2010). Outro achado que pode indicar uma dificuldade em lidar com este hábito no início do contato com a doença oncológica é a maior tendência

daqueles que considerados não etilistas a buscarem mais suporte social no momento 0.

Apesar de sabido os prejuízos do consumo alcoólico por estes pacientes, uma quantidade substancial de pacientes mantém o consumo de bebida alcoólica após o diagnóstico (POTASH et al. 2010). De um modo geral, o consumo alcoólico demonstra diminuir ao longo das avaliações seguintes pelos participantes do presente estudo. O consumo mediano de álcool referido pelos participantes apresentou uma queda para aqueles que foram submetidos a cirurgias e tratamentos de quimioterapia e radioterapia. O que indica, um enfrentamento positivo diante do adoecimento, a exemplo disto, encontramos também que ex etilistas apresentam uma tendência a utilizar mais a estratégia de confronto no momento 6 meses.

Diante das poucas mudanças com relação ao hábito de beber da população estudada e de seu consumo mediano ser caracterizado como social, maiores investigações são necessárias para compreender melhor o impacto disto no seu enfrentamento da doença e tratamento e, em sua qualidade de vida. Um estudo realizado por POTASH et al. (2010) mostra que pacientes que continuavam com consumo de álcool social referiam melhor qualidade de vida, provavelmente associada ao menor impacto funcional do tratamento, ou seja, possuíam maior condição de ingestão oral por isso mantinha o hábito de beber.

No mesmo sentido, sintomas de depressão apresentam importante impacto na qualidade de vida do paciente de câncer de cabeça e pescoço. A literatura diz que 46% dos pacientes de cabeça e pescoço sofrem de depressão, condição esta que reflete a complexidade de sua condição diante da doença e tratamentos (ZABORA et al. 2001; RONIS et al. 2008). Tendo em vista o rastreamento de depressão

caracterizado pelo instrumento Beck na população estudada, 75% da amostra apresentavam depressão mínima e 17% leve. Apesar dos níveis de ansiedade e depressão presentes, no momento pré-tratamento, tais pacientes tem se apresentado dentro de variações normais para a população em geral (HORNEY et al. 2011).

O ajustamento a uma condição de doença remete a mobilização de diversos componentes interpessoais, cognitivos, emocionais físicos e comportamentais. Tais componentes se inter-relacionam, de modo que o status funcional da pessoa afeta e é afetado por sintomas depressivos, implicando em maior risco de não aderência a proposta médica (STANTON et al. 2007) e predizendo o impacto em sua qualidade de vida (RONIS et al. 2008). A associação de altos níveis de ansiedade e depressão se relaciona com estratégias de *coping* de afastamento quando comparado a pacientes de baixo nível de ansiedade e depressão (ELLANI e ALLISON 2010).

Corroborando com o estudo acima, no momento 0 encontramos uma tendência maior no uso da estratégia de afastamento por parte daqueles caracterizados com depressão moderada e uma tendência a pouca utilização da estratégia confronto, pelo mesmo grupo de participantes. Um achado interessante se refere a tendência de maior uso da estratégia de aceitação de responsabilidade por parte deste grupo no mesmo momento, no entanto indicando também a possibilidade de engajar comportamentos de auto-culpabilização por esta população (KUGAYA et al. 1999). Já no momento 3 meses, este grupo tendeu a utilizar mais a estratégia de auto-controle e mais fuga/esquiva. Indicando um ajuste nos recursos de enfrentamento utilizados positivo. O período entre diagnóstico e tratamento é um importante momento para se identificar aqueles pacientes que necessitam de maior suporte psicossocial, dado que neste momento que pacientes entram em contato com

riscos e prejuízos do tratamento que repercutirão em mudanças em seu físico e capacidades funcionais (HORNEY et al. 2011).

O grupo caracterizado como depressão leve apresentou uma tendência a maior utilização da estratégia de fuga e esquiva no momento 0 e, de confronto no momento 6 meses. De um modo geral, a caracterização de 75% da amostra como depressão mínima, representa uma situação onde os pacientes sofrem uma série de sintomas porém que não atendem completamente aos critérios de depressão descritos no DSM-IV TR (2006). Ainda assim, tais pacientes apresentam alto risco para desenvolvimento de um transtorno de ansiedade ou depressão, corroborando com o indicado no estudo de AIROLDI et al. (2010).

Poucos estudos investigaram o *coping* de pacientes com câncer de cabeça e pescoço (SHERMAN et al. 2000; AIROLDI et al. 2010; HORNEY et al. 2011), além disso existe uma variação de instrumentos utilizados para sua avaliação que dificultam uma comparação mais realista com este estudo.

ELLANI e ALLISON (2010) mostraram que pacientes que estavam a pelo menos 6 meses após o tratamento utilizavam mais estratégias de resolução de problemas e busca por suporte social, bem como uma variação no modo de enfrentamento de acordo com o nível de angústia psicológica. Em nosso estudo, apesar de não se observar variações de comportamento de grande magnitude estatística, do ponto de vista psicológico as variações no uso das estratégias de enfrentamento indicam possibilidades de embasar o suporte psicológico e social oferecido aos pacientes e obter maior precisão do momento de se disponibilizar o serviço de psicologia.

De um modo geral, todas as estratégias de enfrentamento são mais utilizadas no momento inicial de contato com a doença, com exceção do afastamento. Isto pode ser explicado considerando-se que os participantes se encontravam diante de uma situação estressora nova em um momento que se pressupõe não possuíam desgaste emocional anterior, permitindo que recorressem a todos os tipos de recursos de enfrentamento disponíveis. Além disso, pode se considerar que este modo de comportamento se associa ao modo de enfrentar uma situação nova, na qual não se conhece a eficácia das estratégias a serem utilizadas (LAZARUS e FOLKMAN 1984).

A estratégia de afastamento, que é a menos utilizada no momento inicial, mostra uma ascensão na sua utilização, o que pode indicar a sobrecarga associada situação de adoecimento de constante necessidade de manejo. Em estudo realizado com uma população composta por pacientes de diversos sítios de cânceres, mostrou que não há relação entre o grau da progressão da doença e os tipos de enfrentamento adotados pelos pacientes (EDGAR et al. 1992).

Variáveis sócio-econômicas, culturais/étnicas e associadas ao gênero, são fatores mais remotos no ajustamento, já processos interpessoais, atributos da personalidade, avaliações cognitivas e processos de enfrentamento são determinantes mais nucleares do ajustamento a uma condição (STANTON et al. 2007).

Ainda assim, considerando a diferença de gênero diante da utilização das estratégias de enfrentamento, observamos que os homens apresentam uma tendência em utilizar de modo mais expressivo estratégias de voltadas para ação, como aceitação de responsabilidade e resolução de problemas em todos os momentos. Por outro lado, as mulheres apresentaram uma tendência em utilizar mais estratégias

associadas ao manejo emocional da situação estressora, como reavaliação positiva e afastamento, nos dois primeiros momentos de avaliação. De modo significativo no momento 0 as mulheres tendem a recorrer mais a busca por suporte social quando comparado ao modo de enfrentar masculino.

Diferenças de gênero no enfrentamento refletem o que se observa na população em geral, como por exemplo, mulheres revelarem mais sintomas depressivos do que homens (HAGEDOORN et al. 2000; STANTON et al. 2007). Os achados no presente estudo indicam, assim, comportamentos esperados dado papéis sociais relacionados aos gêneros. Tarefas adaptativas a uma doença crônica requerem ajuda de outros, incluindo sustentação emocional e ajudas práticas, as quais são mais bem alcançadas no universo feminino e papéis sociais relacionados.

Tendo em vista os níveis de escolaridade, observa-se que os participantes com até o ensino fundamental completos apresentavam uma tendência a utilizar mais a estratégia de reavaliação positiva nos momentos 3 e 9 meses. Este comportamento pode indicar um ajustamento favorável ao processo de adoecimento por este grupo, dado que, a baixa escolaridade se associa a maior risco de adoecimento por exposição aos fatores ambientais ligados ao câncer de cabeça e pescoço (BOING et al. 2010).

A aplicação do questionário de *coping* pressupõe a existência de uma situação dotada de alguma carga de stress. Em se tratando dos momentos em que as avaliações foram realizadas, pretendeu-se controlar o fator tempo, em detrimento da situação em que o paciente se encontrava acerca de seu diagnóstico e tratamento.

No momento inicial, em que os pacientes foram abordados e estando dentro dos critérios de inclusão e tendo aceitado participar da pesquisa, era solicitado a eles

que respondessem ao questionário tendo em mente a situação de busca por um diagnóstico, dado que tais pacientes estavam realizando a primeira consulta no Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia (momento 0).

Desta forma, no momento 3 meses de aplicação do questionário Coping era perguntado ao paciente o que o mesmo estava fazendo ou recentemente havia feito com relação ao diagnóstico que havia buscado no momento 0. Por exemplo, no momento 3 meses era posto a seguinte questão: “Quando o Sr./Sra. respondeu este questionário pela última vez, estava buscando um diagnóstico ou confirmando o mesmo. O que foi feito após aquele momento?”. A resposta do paciente era anotada em seu protocolo de respostas para que fosse utilizada como norte na avaliação subsequente e assim por diante nas avaliações momento 6 e momento 9.

De um modo geral, através da coleta de dados pudemos inferir que o momento de busca de diagnóstico (momento 0) se caracterizava por suspeita de diagnóstico oncológico ou recente confirmação do mesmo. O momento 3 meses, se caracterizava por início de tratamento ou reavaliações para confirmação de diagnóstico. O momento 6 meses caracterizava-se por recente finalização do tratamento (principalmente para pacientes com diagnóstico de câncer de tireóide ou benignos) ou continuação de tratamento. Já o momento 9 meses caracterizava-se por resolução de tratamento, reavaliações para acompanhamento do tratamento ou ausência de tratamento. Neste momento percebe-se uma inversão positiva na frequência de utilização das estratégias de enfrentamento que decresceram nos momentos 3 e 6. Porém esta inversão não ocorre de um modo que restabelecesse o escore apresentado ao início (momento 0), indicando que a situação vivida representa

uma relação homem-ambiente ainda sendo manejada com demanda emocional e psíquica associada.

A compreensão do comportamento de enfrentamento adotado pelos pacientes ao longo de seu processo de adoecimento precisa ser feita então, tendo em vista o contexto que cada doença/diagnóstico está inserido. O mesmo cuidado deve ser observado na compreensão das mudanças no hábito de fumar e de beber.

De modo similar a outros estudos (ELLANI e ALLISON 2010; DENO et al. 2010), encontraram uma tendência na utilização da estratégia de busca por suporte social por parte dos pacientes diagnosticados com câncer de cabeça e pescoço, no momento 3 meses quando associado ao diagnóstico e também no momento 6 meses quando associado ao tratamento.

Identificou-se também uma tendência a maior utilização das estratégias de fuga/ esquivas por parte do mesmo grupo no período de 3 meses associado ao diagnóstico e, 9 meses associado ao diagnóstico e tratamento. Destes achados, podemos destacar a repercussão do comprometimento físico e extensão do tratamento desta patologia, que diferente de outros cânceres provoca menos empatia nas pessoas de um modo geral (EDGAR et al. 1992) repercutindo em uma maior demanda de enfrentamento por parte destes pacientes.

As estratégias voltadas para ação como a aceitação de responsabilidade no momento 3 meses; reavaliação positiva no momento 6 e 9 meses e; resolução de problemas no momento 9 meses mostraram também uma tendência a estar mais presentes nos comportamentos dos pacientes sob diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço podendo indicar um maior senso de controle emocional nestes momentos. Muitos indivíduos com doenças crônicas referem um ajustamento positivo a esta

condição, no entanto, isso não significa ausência de angústia nas suas vivências (STANTON et al. 2007). Uma doença que afeta o curso da vida não impede que o indivíduo experimente felicidade, aqueles que encontram um significado positivo na sua doença não estão imunes a significativa quantidade de angústia (FOLKMAN e MOSKOWITZ 2000).

Nos momentos 3, 6 e 9 meses, tanto de acordo com a variável neoplasia observa-se uma tendência no comportamento dos pacientes com câncer de tireóide juntamente com os participantes acometidos pelos demais cânceres de cabeça e pescoço a maior utilização da estratégia de reavaliação positiva. A utilização desta estratégia pode estar relacionada ao manejo da carga emocional presentes na vida dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço, como apontadas por AARSTAD et al. 2010 devido ao medo de recorrência de doença e acometimento de seqüelas causadas pelo tratamento. Tais angústias são percebidas pelos cuidadores destes pacientes também e aparentam ter uma influência no modo de enfrentamento do pacientes, dado que compõe o círculo de suporte social do pacientes com câncer de cabeça e pescoço (DEMPSTER et al. 2010).

Apesar dos tratamentos realizados pelos participantes não terem sido concomitantes, os diferentes tipos de tratamento observados parecem estar associados ao uso da estratégia de enfrentamento confronto. No momento 3 meses, percebemos uma tendência da população submetida ao tratamento de câncer de tireóide a utilizar menos o confronto em seu enfrentamento. A isto podemos associar um reflexo da percepção destas pacientes diante de seu adoecimento e tratamento, a qual se caracteriza por ser realizada de modo subjetivo e emocional atribuindo a ambos maior gravidade do que clinicamente são considerados (HIRSCH et al. 2009).

Pacientes de câncer de tireóide demandam maior empenho da equipe de saúde para atender a especificidades associadas a esta patologia, dado que tais pacientes referem possuir pouco suporte para aspectos emocionais e sociais ligados a sua doença (ROBERTS et al. 2008).

Dentre as estratégias utilizadas pelos participantes, a busca por suporte social se mostrou presente de modo significativo nos momentos 3 e 6 meses quando relacionado a variável tratamento. De modo que apenas aqueles que tratavam do diagnóstico com retornos ao ambulatório tenderam a utilizar menos este domínio. Tal achado contribui para sustentar uma revisão dos tipos de suporte sociais oferecidos aos pacientes, seus familiares e cuidadores no hospital em questão dado a importância encontrada para o enfrentamento da população estudada.

O suporte social se mostra como um importante aliado a um enfrentamento positivo da doença por oferecer uma melhor compreensão do problema, aumentar a motivação para tomada de atitudes, encorajarem comportamentos positivos diante da preservação da saúde ou minimizando comportamentos de risco (STANTON et al. 2007).

Outra estratégia muito presente nesta população foi a de resolução de problemas com a segunda maior frequência de utilização em todos os momentos e quando associada variável tratamento apresentou uma tendência a maior utilização nos momentos 6 e 9 meses pelos pacientes sob tratamentos de câncer de cabeça e pescoço, tireóide, cirurgia. Tal achado podemos considerar esta inter-relacionado com a eficácia da estratégia de busca por suporte social. A possibilidade de se discutir preocupações relacionadas à doença em um ambiente sem criticismos

permite às pessoas direcionarem melhor seus recursos adaptativos a doença (STANTON et al. 2007).

Dai a importância de avaliar a qualidade do suporte social oferecido aos pacientes e seus familiares e cuidadores. De modo que a interdisciplinaridade e o respeito entre as profissões fiquem estabelecidos e atuem como um modelo de integração das diferenças dos indivíduos e reflita a qualidade do serviço de saúde como um todo (MATOS et al. 2010).

Os resultados do presente estudo podem ser utilizados no desenvolvimento de intervenções voltadas para a problemática associada à percepção da doença oncológica e crenças relacionadas a ela, por parte dos pacientes de câncer de tireóide em especial, dado que estes mostram maior disparidade diante da real severidade de doença (HIRSCH et al. 2009).

Mesmo considerando-se o número razoável de participantes na pesquisa, é preciso destacar que a baixa magnitude das diferenças estatísticas encontradas pode estar associada a respostas conservadoras a respeito de como o paciente avaliava seu enfrentamento. Tal sub-avaliação também pode se estender ao auto-relato de seus hábitos de fumar e beber, antecedentes psiquiátricos pessoais e familiares.

Outra limitação que pode ter comprometido os resultados encontrados, se relaciona ao momento de aplicação dos questionários. Grande parte dos achados de maior magnitude foram referentes ao período de 3 e 9 meses. Eram nestes momentos em que aconteciam importantes definições com relação a tratamentos e diagnósticos. Futuramente, se faz necessário maior rigor no momento de aplicação dos questionários, favorecendo que sejam mais sensíveis ao stress percebido na situação vivida pelos participantes.

A experiência obtida neste estudo mostrou que delimitar e controlar o momento exato para aplicação do questionário se depara com grandes dificuldades associadas a metodologia envolvendo a captação dos participantes, bem como o controle do processo de adoecimento de cada um. Tais limitações encontradas vão além do controle da pesquisadora, no entanto podem ser superadas por outros recursos metodológicos e maior integração entre a equipe de cuidados dos participantes.

Ainda assim, indica-se maiores estudos acerca das especificidades do enfrentamento de cada patologia e seus tratamentos, buscando fatores associados a um melhor resultado do processo de elaboração do adoecimento na qualidade de vida e sobrevida dos pacientes.

A angústia de pacientes com câncer pode melhorar com o passar do tempo e avanços dos tratamentos. No entanto, a possibilidade de se agilizar este processo ou minimizar seus diferentes impactos alude a uma nova perspectiva de sucesso nos esforços direcionados aos tratamentos, superação da doença e benefícios à qualidade de vida.

6 CONCLUSÕES

- ✓ A busca de suporte social se caracteriza como a principal estratégia de enfrentamento utilizada pela população estudada. Uma revisão dos modos como o suporte social é ofertado no serviço de saúde em questão se faz necessário visando melhor acolhimento e eficácia das demais estratégias de enfrentamento empenhadas pelos pacientes;
- ✓ Visando a cessação do tabagismo e etilismo, o momento 3 meses após o diagnóstico se mostrou como o mais oportuno a resultados positivos, diante da motivação e repercussão do diagnóstico nos pacientes, tanto aqueles acometidos por câncer como por uma patologia benigna;
- ✓ Os diferentes sítios de câncer e tratamentos associados estão relacionados à utilização de diferentes recursos de enfrentamento em momentos particulares da vivência da doença, bem como, à presença de sintomas depressivos.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aarstad AK, Aarstad HJ, Olofsson J. Quality of life, drinking to cope, alcohol consumption and smoking in successfully treated HNSCC patients. **Acta Otolaryngol** 2007; 127:1091-8.

Aarstad AK, Aarstad HJ, Olofsson J. Personality and choice of coping predict quality of life in head and neck cancer patients during follow-up. **Acta Oncol** 2008; 47:879-90.

Aarstad AK, Beisland E, Osthus AA, Aarstad HJ. Distress, quality of life, neuroticism and psychological coping are related in head and neck cancer patients during follow-up. **Acta Oncol** 2011; 50:390-8.

Airoidi M, Garzaro M, Raimondo L, et al. Functional and psychological evaluation after flap reconstruction plus radiotherapy in oral cancer. **Head Neck** 2011; 33:458-68

Aldwin CM, Sutton KJ, Chiara G, Spiro A 3rd. Age differences in stress, coping, and appraisal: findings from the Normative Aging Study. **J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci** 1996; 51:P179-88.

Aldwin CM. **Stress, coping, and development: an integrative perspective**. 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2007.

Allison PJ, Edgar L, Nicolau B, Archer J, Black M, Hier M. Results of a feasibility study for a psycho-educational intervention in head and neck cancer. **Psychooncology** 2004; 13:482-5.

[ACS] American Cancer Society. **Cancer facts & figures: surveillance and health policy research**. Available from: <URL:<http://www.cancer.org/groups/content/epidemiologysurveillance/documents/cs-pc-026210.pdf>>[2010 dez 15].

Antoniazzi AS, Dell'Aglío DD, Bandeira DR. O conceito de coping: uma revisão teórica. **Estudos Psicol** 1998; 3:273-94.

Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the beck depression inventory: twenty-five years of evaluation. **Clin Psychol Rev** 1988; 8:77-100.

Boing AF, Vargas SAL, Boing AC. A carga das neoplasias no Brasil: mortalidade e morbidade hospitalar entre 2002-2004. **Rev Assoc Med Bras** 2007; 53:317-22.

Boing AF, Ferreira Antunes JL, de Carvalho MB, et al. How much do smoking and alcohol consumption explain socioeconomic inequalities in head and neck cancer risk? **J Epidemiol Community Health** 2010 Aug 18. [Epub ahead of print].

Bronheim H, Strain JJ, Biller HF. Psychiatric aspects of head and neck surgery part I: New surgical techniques and psychiatric consequences. **Gen Hosp Psychiatry** 1991; 13:165-76.

Coeli CM, Brito AS, Barbosa FS, Ribeiro MG, Sieiro APAV, Vaisman M. Incidência e mortalidade por câncer de tireóide no Brasil. **Arq Bras Endocrinol Metab** 2005; 49:503-9.

de Steffani E, Bofetta P, Oreggia F, et al. Plant foods and risk of laryngeal cancer: A case-control study in Uruguay. **Int J Cancer** 2000; 87:129-32.

Dempster M, McCorry NK, Brennan E, Donnelly M, Murray LJ, Johnston BT. Psychological distress among family carers of oesophageal cancer survivors: the role of illness cognitions and coping. **Psychooncology** 2010 May 11. [Epub ahead of print].

Deno M, Tashiro M, Miyashita M, et al. The mediating effects of social support and self-efficacy on the relationship between social distress and emotional distress in head and neck cancer outpatients with facial disfigurement. **Psychooncology** 2010 Dec 20. [Epub ahead of print].

[DSM-IV-TR]. Diagnostic and statistical manual: text revision. **Mood disorders**. 4th ed. 2006. Available from: <URL:http://www.psychiatryonline.com/content.aspx?aID= 2016> [15 dez. 2010].

Duffy SA, Terrell JE, Valenstein M, et al: Effect of smoking, alcohol, and depression on the quality of life of head and neck cancer patients. **Gen Hosp Psychiatry** 2002; 24:140-7.

Duffy SA, Scheumann AL, Fowler KE, Darling-Fisher C, Terrell JE. Perceived difficulty quitting predicts enrollment in a smoking-cessation program for patients with head and neck cancer. **Oncol Nurs Forum** 2010; 37:349-56.

Edgar L, Rosberger D, Nowlis J. Coping with cancer during the first year after diagnosis assessment and intervention. **Cancer** 1992; 69:817-28.

Ellani HW, Allison PJ. Coping and psychological distress among head and neck cancer patients. **Support Care Cancer** 2010 Sep 26. [Epub ahead of print].

Enewold L, Zhu K, Ron E, et al. Rising thyroid cancer incidence in the United States by demographic and tumor characteristics, 1980-2005. **Cancer Epidemiol Biomarkers Prev** 2009; 18:784-91.

Folkman S, Lazarus RS. The relationship between coping and emotion: implications for theory and research. **Soc Sci Med** 1988; 26:309-17.

Folkman S, Greer S. Promoting psychological well-being in the face of serious illness: when theory, research and practice inform each other. **Psychooncology** 2000; 9:11-9.

Folkman S, Moskowitz JT. Positive affect and the other side of coping. **Am Psychol** 2000; 55:647-54.

Gazzaniga MS, Heatherton TF. **Ciência psicológica: mente, cérebro e comportamento**. Trad. de M.A.V. Veronese. Porto Alegre: Artmed; 2007.

Glazer JP, Ivan TM. Psychiatric aspects of cancer in childhood and adolescence. In Lewis M, editor. **Child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook**. 2 ed. Baltimore: Williams e Wilkins; 1996. p.956-68.

Godtfredsen NS, Lucht H, Prescott E, Sorensen TI, Gronbaek M. A perspective study linked both alcohol and tobacco to Dupuytren's disease. **J Clin Epidemiol** 2004; 57:858-63.

Godtfredsen NS, Prescott E, Osler M. Effect of smoking reduction on lung cancer risk. **JAMA** 2005; 294:1505-10.

Gorenstein C, Andrade L. Validation of a Portuguese version of the beck depression inventory and the state-trait anxiety inventory in Brazilian subjects. **Braz Med Biol Res** 1996; 29:453-7.

Gritz ER, Fingeret MC, Vidrine DJ, Lazev AB, Mehta NV, Reece GP. Successes and failures of the teachable moment: smoking cessation in cancer patients. **Cancer** 2006; 106:17-27.

Hagedoorn M, Buunk BP, Kuijer RG, Wobbles T, Sanderman R. Couples dealing with cancer: role and gender differences regarding psychological distress and quality of life. **Psychooncology** 2000; 9:232-42.

Hall SF, Groome PA, Rothwell D. The impact of comorbidity on the survival of patients with squamous cell carcinoma of the head and neck. **Head Neck** 2000; 22:317-22.

Hirsch D, Ginat M, Levy S, et al. Illness perception in patients with differentiated epithelial cell thyroid cancer. **Thyroid** 2009; 19:459-65.

Horney DJ, Smith HE, McGurk M, et al. Associations between quality of life, coping styles, optimism, and anxiety and depression in pretreatment patients with head and neck cancer. **Head Neck** 2011; 33:65-71.

Kowalski LP, Nishimoto IN. Epidemiologia do câncer de boca. In: Parise Jr O, editor. **Câncer de boca: aspectos básicos e terapêuticos**. São Paulo: Sarvier; 2000. p.3-12.

Kowalski LP, Nishimoto IN, Carvalho AL, et al. Looking Beyond Tobacco and Alcohol: The Role of Lifestyle and Other Environmental Risk Factors for Laryngeal Cancer. **Appl Cancer Res** 2005; 25:10-9.

Kugaya A, Akechi T, Okamura H, Mikami I, Uchitomi Y. Correlates of depressed mood in ambulatory head and neck cancer patients. **Psychooncology** 1999; 8:494-9.

Lazarus RS, Folkman S. **Stress, appraisal, and coping**. New York: Springer; 1984.

Lazarus RS. Coping theory and research: past, present, and future. **Psychosom Med** 1993; 55:234-47.

Lazarus RS. Toward better research on stress and coping. **Am Psychol** 2000; 55:665-73.

Lazarus RS. Does the positive psychology movement have legs? **Psychol Inquiry** 2003; 14:93-109.

Lazarus RS. Emotions and interpersonal relationships: toward a person-centered conceptualization of emotions and coping. **J Personality** 2006; 74:1.

Lunderberg JC, Passik SD. Alcohol and cancer: a review for psychoncologists. **Psychoncology** 1997; 6:253-66.

Matos E, Pires DE, Sousa GW. Work relations in interdisciplinary teams: contributions towards new forms of work organization in health. **Rev Bras Enferm** 2010; 63:775-81.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa/2008 incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2007.

Moadel AB, Ostroff JS, Schantz SP. Head and neck cancer. In: Holland JC, editor. **Psycho-Oncology**. New York: Oxford; 1998. p.314-21.

Morettin PA, Bussab WO. **Estatística básica**. 2 ed. São Paulo: Atual; 2005.

Ostroff JS, Jacobsen PB, Moadel AB, et al. Prevalence and predictors of continued tobacco use after treatment of patients with head and neck cancer. **Cancer** 1995; 75:569-76.

Potash AE, Karnell LH, Christensen AJ, Vander Weg MW, Funk GF. Continued alcohol use in patients with head and neck cancer. **Head Neck** 2010; 32:905-12.

Roberts KJ, Lepore SJ, Urken ML. Quality of life after thyroid cancer: an assessment of patient needs and preferences for information and support. **J Cancer Educ** 2008; 23:186-91.

Ronis DL, Duffy SA, Fowler KE, Khan MJ, Terrell JE. Changes in quality of life over 1 year in patients with head and neck cancer. **Arch Otolaryngol Head Neck Surg** 2008; 134:241-8.

Savoia MG, Santana PR, Mejias NP Adaptação do inventário de estratégias de coping de Folkman e Lazarus para o português. **Psicologia USP** 1996; 7:183-201.

Savoia MG. Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (coping)/Life events and coping scales. **Rev Psiquiatr Clín** 1999; 26:57-67.

Sherman AC, Simonton S, Adams DC, Vural E, Hanna E. Coping with head and neck cancer during different phases of treatment. **Head Neck** 2000; 22:787-93.

Stanton AL, Revenson TA, Tennen H. Health psychology: psychological adjustment to chronic disease. **Annu Rev Psychol** 2007; 58:565-92.

Tromp DM, Brouha XD, de Leeuw JR, Hordijk GJ, Winnubst JA. Psychological factors and patient delay in patients with head and neck cancer. **Eur J Cancer** 2004; 40:1509-16.

Xuezheng S, Yang Z. **Generalized McNemar's test for homogeneity of the marginal distributions**. SAS Global Forum/Statistics and Data Analysis; 2008. p.1-10. Available from: [<http://www2.sas.com/proceedings/forum2008/382-2008.pdf>] [2010 dez. 15].

Yates F. Contingency table involving small numbers and the χ^2 test. **Suppl J Royal Statist Soc** 1934; 1:217-35.

Zabora J, BrintzenhofeSzoc K, Curbow B, Hooker C, Piantadosi S. The prevalence of psychological distress by cancer site. **Psychooncology** 2001; 10:19-28.

ANEXOS

Dados sobre o paciente

Nome do paciente:

Sexo:

Identidade:

Endereço:

Tel:

Dados sobre o estudo

Título: *Coping* do paciente do Departamento de Cabeça e Pescoço e sua relação com o hábito de beber ou fumar.

Pesquisadora responsável: Célia Lúcia da Costa

Departamento: Psiquiatria e Psicologia

Cargo: Diretora do Departamento de Psiquiatria e Psicologia

O estudo tem o objetivo de conhecer as estratégias de enfrentamento (*coping*) dos pacientes do Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Otorrinolaringologia, incluindo os que continuam fumando e/ou bebendo mesmo após o diagnóstico. Os pacientes responderão a questionários contendo perguntas sobre sua vida, seus hábitos, aspectos de sua vida social, estado emocional, expectativas com relação à doença e tratamento. Serão feitos contatos telefônicos a partir da entrevista na primeira consulta, dentro de três, seis, nove e doze meses para reavaliações. O paciente que aceitar participar do estudo não terá nenhum risco potencial em relação a sua saúde ou mesmo de outra ordem. Espera-se que o estudo possa trazer maior compreensão sobre as estratégias de enfrentamento utilizadas para a doença, de forma a dar a melhor assistência em relação a dificuldades potenciais relacionadas ao tratamento.

A participação no estudo é voluntária, sendo que tem o direito de se retirar da pesquisa a qualquer momento. Sua recusa ou desistência não irá prejudicar seu tratamento ou seguimento clínico. A identidade dos pacientes será preservada, sendo que somente os membros da equipe médica e da Comissão de Ética terão acesso aos registros.

Qualquer dúvida sobre o estudo, você poderá entrar em contato com Célia Lídia da Costa, no telefone 21895119. Se o pesquisador principal não fornecer as informações/esclarecimentos suficientes, por favor, entre em contato com o coordenador de Comitê de Ética do Hospital do Câncer A C Camargo, pelo telefone 21895020.

Declaro que fui devidamente esclarecido sobre os riscos e benefícios deste estudo e que tenho a liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso traga prejuízo ao meu tratamento; que não haverá remuneração financeira para este estudo; que minha identidade será preservada, mantendo-se todas as informações em caráter confidencial.

Concordo em participar deste estudo.

São Paulo, de de

Assinatura do paciente ou responsável legal Assinatura e carimbo da pesquisadora

Anexo 2 – Questionário de aspectos sócio-demográficos e estilo de vida do paciente

Nome:	telefone:	Data: / /
Sexo: (0) feminine (1) masculino	RGH:	
Idade:		
Vínculo hospitalar:	(0) SUS (1) Convênio (2) Particular	
Estado Conjugal:	(0) solteiro (1) casado (2) separado (3) viúvo (4) outros _____	
Etnia:	(0) Branca (1) Negra (2) Amarela (3) Outra _____	
Postura Religiosa:	(0) Católica (1) Evangélica (2) Espírita (3) Ateu (4) Agnóstica (5) Outra _____	
Naturalidade:	(0) municípios da Grande São Paulo (1) outros municípios do Estado de S. Paulo (2) outros Estados (3) outros países	
Procedência:	(0) municípios da Grande São Paulo (1) outros municípios do Estado de S. Paulo (2) outros Estados (3) outros países	
Escolaridade:	(0) analfabeto (1) até Ensino Fundamental completo. (2) até Ensino Médio completo (3) até Ensino Superior completo ou similar	
Ocupação Profissional:	(0) Ativo (1) Inativo Qual? _____	
Antecedentes psiquiátricos:	(0) Não (1) Sim	
Antecedentes psiquiátricos familiar:	(0) Não (1) Sim	
Antecedente oncológico familiar:	(0) Não (1) Sim Qual? _____	
Fumante:	(0) Não (1) Sim (2) Ex-fumante. Há quanto tempo? _____	
Idade que começou a consumir tabaco:	(888) Não se aplica	
Consumo diário de tabaco	_____ cigarros _____ charutos _____ cachimbos (888) Não se aplica	
Tentativa de abandono ao tabagismo anteriormente:	(0) Não (1) Sim . Quantas? _____ (888) Não se aplica	
Consumo de bebidas alcoólicas:	(0) Não (1) Sim (2) ex-consumidor	
Consumo semanal de bebidas alcoólicas:	_____ latas de cerveja _____ taças de vinho	

	_____ doses de outras bebidas (vodka, rum, gim, aguardente, whisky) (888) Não se aplica
Tentativa de abandono de bebidas alcoólicas anterior:	(0) Não (1) Sim . Quantas? _____ (888) Não se aplica
Neoplasia:	(0) Câncer de boca (1) Câncer de orofaringe (2) Câncer de hipofaringe (3) Câncer de laringe (4) Câncer de nasofaringe (5) Câncer de glândulas salivares maiores (6) Câncer de fossa nasal e seios paranasais (7) Câncer de Tireóide (8) Benignos (bócios, tireoidite, etc) (9) Patologias diversas (dor de dente, de garganta, aftas, rinite, etc) (10) Outros cânceres (câncer de paratireóide, órbita, orelha e osso temporal, base do crânio, ossos da face, partes moles, tumor vascular, metástases cervicais com tumor primário oculto, pele, parótida, amígdala, linfoma)
Estádiamento:	(0) T1/T2 (1) T3/T4 (2) T tireóide (666) Não encontrado (888) Não se Aplica
Tipo de tratamento recebido	(0) Quimioterapia (QT) apenas (1) Radioterapia (RT) apenas (2) Cirurgia apenas (Cir) (3) RT + QT (4) Cir + RT (5) Cir + QT (6) Cir + RT + QT (7) Iodoterapia (8) Iodoterapia + Cirurgia (9) Acompanhamento ambulatorial (avaliação clínica, orientação e exames) (10) Iodoterapia+QT (11) Iodoterapia+RT (12) Iodoterapia+QT+RT (555) Recusa de tratamento

Nome: _____ Data: ____/____/____

INVENTÁRIO DE ESTRATÉGIAS DE COPING

Ways of Coping Inventory (Folkman e Lazarus, 1985) -- adaptado por Savoia et al. (1996)

Leia cada item abaixo e indique, fazendo um círculo na categoria apropriada, o que você fez na situação.

0. Não usei esta estratégia**2. Usei bastante****1. Usei um pouco****3. Usei em grande quantidade**

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Concentrei-me no que deveria ser feito em seguida, no próximo passo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Tentei analisar o problema para entendê-lo melhor | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Procurei trabalhar ou fazer alguma atividade para me distrair | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Deixei o tempo passar - a melhor coisa que poderia fazer era esperar
O tempo é o melhor remédio | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Procurei tirar alguma vantagem da situação | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Fiz alguma coisa que acreditava não dar resultados, mas ao menos estava
fazendo alguma coisa | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar suas idéias | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Conversei com outra(s) pessoa(s) sobre o problema, procurando mais dados
sobre a situação | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Critiquei-me, repreendi-me | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Tentei não fazer nada que fosse irreversível, procurando deixar outras opções | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Esperei que um milagre acontecesse | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. Concordei com o fato, aceitei o meu destino | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. Fiz como se nada tivesse acontecido | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. Procurei guardar para mim mesmo(a) os meus sentimentos | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. Procurei encontrar o lado bom da situação | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. Dormi mais que o normal | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. Mostrei a raiva para as pessoas que causaram o problema | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. Aceitei a simpatia e a compreensão das pessoas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. Disse coisas a mim mesmo(a) que me ajudassem a me sentir bem | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. Inspirou-me a fazer algo criativo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21. Procurei a situação desagradável | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 22. Procurei ajuda profissional | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 23. Mudei ou cresci como pessoa de uma maneira positiva | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 24. Esperei para ver o que acontecia antes de fazer alguma coisa | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 25. Desculpei ou fiz alguma coisa para repor os danos | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 26. Fiz um plano de ação e o segui | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 27. Tirei o melhor da situação, o que não era esperado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 28. De alguma forma extravasei os meus sentimentos | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 29. Compreendi que o problema foi provocado por mim | 0 | 1 | 2 | 3 |

30. Sai da experiência melhor do que esperava	0	1	2	3
31. Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema	0	1	2	3
32. Tentei descansar, tirar férias a fim de esquecer o problema	0	1	2	3
33. Procurei me sentir melhor, comendo, fumando, utilizando drogas ou medicação	0	1	2	3
34. Enfrentei como um grande desafio, fiz algo muito arriscado	0	1	2	3
35. Procurei não fazer nada apressadamente ou seguir o meu primeiro impulso	0	1	2	3
36. Encontrei novas crenças	0	1	2	3
37. Mantive o meu orgulho, não demonstrando os meus sentimentos	0	1	2	3
38. Redescobri o que é importante na vida	0	1	2	3
39. Modifiquei aspectos da situação para que tudo desse certo no final	0	1	2	3
40. Procurei fugir das pessoas em geral	0	1	2	3
41. Não me deixei impressionar, recusava-me a pensar muito sobre esta situação	0	1	2	3
42. Procurei um amigo ou parente para pedir conselhos	0	1	2	3
43. Não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação	0	1	2	3
44. Minimizei a situação me recusando a preocupar-me seriamente com ela	0	1	2	3
45. Falei com alguém sobre como estava me sentindo	0	1	2	3
46. Recusei recuar e batalhei pelo que eu queria	0	1	2	3
47. Descontei minha raiva em outra(s) pessoa(s)	0	1	2	3
48. Busquei nas experiências passadas uma situação similar	0	1	2	3
49. Eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário	0	1	2	3
50. Recusei a acreditar que aquilo estava acontecendo	0	1	2	3
51. Prometi a mim mesmo que as coisas serão diferentes da próxima vez	0	1	2	3
52. Encontrei alguma solução diferente para o problema	0	1	2	3
53. Aceitei, nada poderia ser feito	0	1	2	3
54. Procurei não deixar que meus sentimentos interferissem muito nas outras coisas que eu estava fazendo	0	1	2	3
55. Gostaria de poder mudar o que tinha acontecido, ou como me senti	0	1	2	3
56. Mudei alguma coisa em mim, modifiquei-me de alguma forma	0	1	2	3
57. Sonhava acordado(a) ou imaginava um lugar ou tempo melhores do que aqueles que eu estava	0	1	2	3
58. Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse	0	1	2	3
59. Tinha fantasias de como as coisas iriam acontecer, como se encaminhariam	0	1	2	3
60. Rezei	0	1	2	3
61. Preparei-me para o pior	0	1	2	3
62. Analisei mentalmente o que fazer e o que dizer	0	1	2	3
63. Pensei em uma pessoa que admiro e a tomei como modelo	0	1	2	3
64. Procurei ver as coisas sob o ponto de vista da outra pessoa	0	1	2	3
65. Eu disse a mim mesmo(a) que as coisas poderia ter sido piores	0	1	2	3
66. Corri ou fiz exercícios	0	1	2	3

Anexo 4 - Questões que compõem cada domínio do questionário Ways of coping

F1-Confronto	07	17	28	34	40	47			
F2-Afastamento	06	10	13	16	21	41	44		
F3-Autocontrole	15	14	35	43	54				
F4-Suporte Social	08	18	22	31	42	45			
F5-Aceitação de responsabilidade	09	25	29	48	51	52	62		
F6-Fuga/Esquiva	58	59							
F7-Resolução de problemas	01	26	46	49					
F8-Reavaliação Positiva	20	23	30	36	38	39	56	60	63

Neste questionário existem grupos de afirmativas. Por favor, leia cuidadosamente cada uma delas. A seguir, selecione a afirmativa, em cada grupo, que melhor descreve como você se sentiu NA SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE. Desenhe um círculo em torno do número ao lado da afirmativa que houver selecionado. Se várias afirmativas no grupo parecerem aplicar-se igualmente bem, circule cada uma delas. Certifique-se de ler todas as afirmativas de cada grupo antes de fazer sua escolha.

1. 0. Não me sinto triste.

1. Sinto-me triste.
2. Sinto-me triste todo o tempo e não consigo sair disso.
3. Estou tão triste ou infeliz que não posso agüentar !

2. 0. Não estou particularmente desencorajado(a) quanto ao futuro.

1. Sinto-me desencorajado(a) quanto ao futuro.
2. Sinto que não tenho nada por esperar.
3. Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar.

3. 0. Não me sinto fracassado(a).

1. Sinto que falhei mais do que o indivíduo médio.
2. Quando olho para trás em minha vida, tudo que vejo é uma porção de fracassos.
3. Sinto que sou um fracasso completo.

4. 0. Obtenho tanta satisfação com as coisas como costumava fazer.

1. Não gosto das coisas da maneira que costumava gostar.
2. Não consigo mais sentir satisfação real com coisa alguma.
3. Estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo.

5. 0. Não me sinto particularmente culpado(a).

1. Sinto-me culpado(a) boa parte do tempo.
2. Sinto-me culpado(a) a maior parte do tempo.

3. Sinto-me culpado(a) o tempo todo.
6. 0. Não sinto que esteja sendo punido(a).
 1. Sinto que posso ser punido(a).
 2. Espero ser punido(a).
 3. Sinto que estou sendo punido(a).
7. 0. Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a).
 1. Sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a).
 2. Sinto-me aborrecido(a) comigo mesmo(a).
 3. Eu me odeio.
8. 0. Não sinto que seja pior do qualquer outra pessoa.
 1. Critico-me por minhas fraquezas ou erros.
 2. Responsabilizo-me o tempo todo por minhas falhas.
 3. Culpo-me por todas as coisas ruins que acontecem.
9. 0. Não tenho nenhum pensamento a respeito de me matar.
 1. Tenho pensamentos sobre me matar, mas não os levaria adiante.
 2. Gostaria de me matar.
 3. Eu me mataria, se tivesse oportunidade.
10. 0. Não costumo chorar mais que o habitual.
 1. Choro mais agora do que costumava fazer.
 2. Atualmente, choro o tempo todo.
 3. Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, ainda que queira.
11. 0. Não me irrita mais agora que em qualquer época.
 1. Fico molestado(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.
 2. Atualmente, sinto-me irritado(a) todo o tempo.
 3. Absolutamente não me irrita com as coisas que costumava irritar -me.
12. 0. Não perdi o interesse nas outras pessoas.
 1. Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
 2. Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.

3. Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.
13. 0. Tomo decisões mais ou menos tão bem quanto em qualquer época.
1. Adio minhas decisões mais do que costumava.
 2. Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
 3. Não consigo mais tomar decisão alguma.
14. 0. Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.
1. Preocupo-me por estar parecendo velho(a) ou sem atrativos.
 2. Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
 3. Considero-me feio(a).
15. 0. Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.
1. Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
 2. Tenho que me forçar muito até fazer qualquer coisa.
 3. Não consigo fazer nenhum trabalho.
16. 0. Durmo tão bem quanto de hábito.
1. Não durmo tão bem quanto costumava.
 2. Acordo 1 ou 2 horas mais cedo que de hábito e tenho dificuldades de voltar a dormir.
 3. Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.
17. 0 Não fico mais cansado(a) do que de hábito.
1. Fico cansado(a) com mais facilidade do que costumava.
 2. Sinto-me cansado(a) ao fazer qualquer coisa.
 3. Estou cansado(a) demais para fazer qualquer coisa.
18. 0. Meu apetite não está pior do que de hábito.
1. Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
 2. Meu apetite está muito pior agora.
 3. Não tenho mais nenhum apetite.

19. 0. Não perdi muito peso se é que perdi algum ultimamente.

1. Perdi mais de 2,5 Kg.
2. Perdi mais de 5 Kg.
3. Perdi mais de 7,5 Kg.

Estou deliberadamente tentado perder peso, comendo menos:

Sim _____ Não _____

20. 0. Não me preocupo mais do que de hábito com minha saúde.

1. Preocupo-me com problemas físicos, com dores e aflições, ou perturbações no estômago, ou prisão de ventre.
2. Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em muito mais que isso.
3. Estou tão preocupado(a) com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.

21. 0. Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.

1. Estou menos interessado(a) em sexo do que costumava.
2. Estou bem menos interessado(a) em sexo atualmente.
3. Perdi completamente o interesse no sexo.

Total de pontos: _____

APÊNDICES

Apêndice 1 - *COPING*: Tabelas e Gráficos

Tabela A.0: Distribuição de frequências das variáveis

Gênero	n	%
feminino	232	66
masculino	118	34
Escolaridade	n	%
analfabeto	3	1
fundamental	29	8
medio	95	27
superior	223	64
Antecedente oncológico	n	%
não	95	27
sim	255	73
Antecedente psiquiátrico	n	%
não	299	85
sim	51	15
Neoplasia	n	%
benigno	121	35
cabeça e pescoço	56	16
patologias diversas	85	24
tireoide	88	25
Tratamento	n	%
ambulatorio	143	41
cirurgia	99	28
recusa trat	41	12
trat. CA	29	8
trat. tireóide	38	11
Tabagismo (pré)	n	%
ex-tabagista	72	21
não	217	62
sim	61	17
Etilismo (pré)	n	%
ex-etilista	10	3
não	164	47
sim	176	50
BECK (pré)	n	%
depressão mínima	263	75
depressão leve	58	17
depressão moderada	26	7
depressão grave	3	1
Idade	mín	máx
43.24 (11.91)	18	64

Tabela A.1: Distribuição de frequências para o uso das estratégias de enfrentamento, ao longo do tempo, para cada domínio

Domínio	TEMPO	não utiliza ou utiliza pouco	utiliza algumas vezes	utiliza grande parte das vezes	utiliza sempre	n° pacientes	n utilizaram	(%)
CONFRONTO	0	194 (55)	143 (41)	12 (3)	1 (0)	350	156	45
	3	190 (68)	80 (29)	9 (3)	0 (0)	279	89	32
	6	89 (74)	30 (25)	2 (2)	0 (0)	121	32	26
	9	182 (68)	77 (29)	8 (3)	1 (0)	268	86	32
AFASTAMENTO	0	156 (45)	171 (49)	22 (6)	1 (0)	350	194	55
	3	122 (44)	126 (45)	31 (11)	0 (0)	279	157	56
	6	47 (39)	59 (49)	15 (12)	0 (0)	121	74	61
	9	106 (40)	130 (49)	31 (12)	1 (0)	268	162	60
AUTO CONTROLE	0	67 (19)	156 (45)	112 (32)	15 (4)	350	283	81
	3	43 (15)	157 (56)	72 (26)	7 (3)	279	236	85
	6	27 (22)	65 (54)	27 (22)	2 (2)	121	94	78
	9	50 (19)	135 (50)	79 (30)	4 (2)	268	218	81
SUPORTE SOCIAL	0	23 (7)	95 (27)	150 (43)	82 (23)	350	327	93
	3	31 (11)	86 (31)	123 (44)	39 (14)	279	248	89
	6	19 (16)	31 (26)	57 (47)	14 (12)	121	102	84
	9	35 (13)	85 (32)	126 (47)	22 (8)	268	233	87
ACEITAÇÃO DE RESPONSABILIDADE	0	94 (27)	147 (42)	96 (27)	13 (4)	350	256	73
	3	100 (36)	123 (44)	53 (19)	3 (1)	279	179	64
	6	43 (36)	60 (50)	18 (15)	0 (0)	121	78	64
	9	96 (36)	122 (46)	47 (18)	3 (1)	268	172	64
FUGA E ESQUIVA	0	91 (26)	126 (36)	86 (25)	47 (13)	350	259	74
	3	85 (31)	103 (37)	71 (25)	20 (7)	279	194	70
	6	36 (30)	46 (38)	33 (27)	6 (5)	121	85	70
	9	71 (27)	99 (37)	80 (30)	18 (7)	268	197	74
RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS	0	47 (13)	78 (22)	143 (41)	82 (23)	350	303	87
	3	41 (15)	67 (24)	122 (44)	49 (18)	279	238	85
	6	27 (22)	24 (20)	54 (45)	16 (13)	121	94	78
	9	43 (16)	74 (28)	111 (41)	40 (15)	268	225	84
REAVALIAÇÃO POSITIVA	0	55 (16)	110 (31)	139 (40)	46 (13)	350	295	84
	3	44 (16)	92 (33)	112 (40)	31 (11)	279	235	84
	6	20 (17)	42 (35)	54 (45)	5 (4)	121	101	83
	9	44 (16)	76 (28)	119 (44)	29 (11)	268	224	84

Tabela A.2.1: Distribuição de frequências para o uso das estratégias de enfrentamento, ao longo do tempo, para cada domínio, de acordo com o gênero

Avaliação das estratégias de enfrentamento - n (%)								
Domínio	Tempo	GÊNERO	não utiliza ou utiliza pouco	utiliza algumas vezes	utiliza grande parte das vezes	utiliza sempre	Total	valor p
CONFRONTO	0	feminino	129 (56)	93 (40)	9 (4)	1 (0)	232	0.57
		masculino	65 (55)	50 (42)	3 (3)	0 (0)	118	
	3	feminino	127 (68)	55 (29)	6 (3)	0 (0)	188	0.65
		masculino	63 (69)	25 (28)	3 (3)	0 (0)	91	
	6	feminino	60 (77)	16 (21)	2 (3)	0 (0)	78	0.25
		masculino	29 (67)	14 (33)	0 (0)	0 (0)	43	
AFASTAMENTO	0	feminino	122 (69)	48 (27)	5 (3)	1 (1)	176	>0.99
		masculino	60 (65)	29 (32)	3 (3)	0 (0)	92	
	3	feminino	99 (43)	118 (51)	14 (6)	1 (0)	232	>0.99
		masculino	57 (48)	53 (45)	8 (7)	0 (0)	118	
	6	feminino	78 (42)	89 (47)	21 (11)	0 (0)	188	0.69
		masculino	44 (48)	37 (41)	10 (11)	0 (0)	91	
AUTOCONTROLE	0	feminino	31 (40)	39 (50)	8 (10)	0 (0)	78	>0.99
		masculino	16 (37)	20 (47)	7 (16)	0 (0)	43	
	3	feminino	73 (42)	83 (47)	19 (11)	1 (1)	176	0.68
		masculino	33 (36)	47 (51)	12 (13)	0 (0)	92	
	6	feminino	49 (21)	105 (45)	69 (30)	9 (4)	232	0.3
		masculino	18 (15)	51 (43)	43 (36)	6 (5)	118	
SUPORTE SOCIAL	0	feminino	27 (14)	109 (58)	47 (25)	5 (3)	188	0.98
		masculino	16 (18)	48 (53)	25 (28)	2 (2)	91	
	3	feminino	21 (27)	36 (46)	20 (26)	1 (1)	78	0.23
		masculino	6 (14)	29 (67)	7 (16)	1 (2)	43	
	6	feminino	31 (18)	91 (52)	52 (30)	2 (1)	176	0.89
		masculino	19 (21)	44 (48)	27 (29)	2 (2)	92	
SUPORTE SOCIAL	0	feminino	15 (7)	54 (23)	104 (45)	59 (25)	232	0.03
		masculino	8 (7)	41 (35)	46 (39)	23 (20)	118	
	3	feminino	23 (12)	58 (31)	83 (44)	24 (13)	188	0.71
		masculino	8 (9)	28 (31)	40 (44)	15 (17)	91	
	6	feminino	15 (19)	17 (22)	36 (46)	10 (13)	78	0.59
		masculino	4 (9)	14 (33)	21 (49)	4 (9)	43	
SUPORTE SOCIAL	9	feminino	24 (14)	57 (32)	77 (44)	18 (10)	176	0.6
		masculino	11 (12)	28 (30)	49 (53)	4 (4)	92	

Tabela A.2.2: Distribuição de frequências para o uso das estratégias de enfrentamento, ao longo do tempo, para cada domínio, de acordo com o gênero

Avaliação das estratégias de enfrentamento - n (%)								
Domínio	Tempo	GÊNERO	não utiliza ou utiliza pouco	utiliza algumas vezes	utiliza grande parte das vezes	utiliza sempre	Total	valor p
ACEITAÇÃO DE RESPONSABILIDADE	0	feminino	67 (29)	97 (42)	62 (27)	6 (3)	232	0.61
		masculino	27 (23)	50 (42)	34 (29)	7 (6)	118	
	3	feminino	67 (36)	85 (45)	33 (18)	3 (2)	188	>0.99
		masculino	33 (36)	38 (42)	20 (22)	0 (0)	91	
	6	feminino	32 (41)	36 (46)	10 (13)	0 (0)	78	0.86
		masculino	11 (26)	24 (56)	8 (19)	0 (0)	43	
	9	feminino	64 (36)	81 (46)	29 (17)	2 (1)	176	0.62
		masculino	32 (35)	41 (45)	18 (20)	1 (1)	92	
FUGA E ESQUIVA	0	feminino	63 (27)	86 (37)	51 (22)	32 (14)	232	0.23
		masculino	28 (24)	40 (34)	35 (30)	15 (13)	118	
	3	feminino	54 (29)	74 (39)	45 (24)	15 (8)	188	>0.99
		masculino	31 (34)	29 (32)	26 (29)	5 (6)	91	
	6	feminino	27 (35)	25 (32)	21 (27)	5 (6)	78	0.49
		masculino	9 (21)	21 (49)	12 (28)	1 (2)	43	
	9	feminino	45 (26)	66 (38)	53 (30)	12 (7)	176	0.88
		masculino	26 (28)	33 (36)	27 (29)	6 (7)	92	
RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS	0	feminino	30 (13)	50 (22)	101 (44)	51 (22)	232	0.91
		masculino	17 (14)	28 (24)	42 (36)	31 (26)	118	
	3	feminino	32 (17)	45 (24)	83 (44)	28 (15)	188	0.38
		masculino	9 (10)	22 (24)	39 (43)	21 (23)	91	
	6	feminino	24 (31)	13 (17)	31 (40)	10 (13)	78	0.44
		masculino	3 (7)	11 (26)	23 (54)	6 (14)	43	
	9	feminino	29 (17)	52 (30)	74 (42)	21 (12)	176	0.31
		masculino	14 (15)	22 (24)	37 (40)	19 (21)	92	
REAVALIAÇÃO POSITIVA	0	feminino	38 (16)	66 (28)	98 (42)	30 (13)	232	0.31
		masculino	17 (14)	44 (37)	41 (35)	16 (14)	118	
	3	feminino	29 (15)	59 (31)	77 (41)	23 (12)	188	0.28
		masculino	15 (17)	33 (36)	35 (39)	8 (9)	91	
	6	feminino	16 (21)	21 (27)	38 (49)	3 (4)	78	0.39
		masculino	4 (9)	21 (49)	16 (37)	2 (5)	43	
	9	feminino	31 (18)	48 (27)	76 (43)	21 (12)	176	>0.99
		masculino	13 (14)	28 (30)	43 (47)	8 (9)	92	

Tabela A.3.1: Distribuição de frequências para o uso das estratégias de enfrentamento, ao longo do tempo, para cada domínio, de acordo com a escolaridade

Avaliação das estratégias de enfrentamento - n (%)								
Domínio	Tempo	ESCOLA	não utiliza ou utiliza pouco	utiliza algumas vezes	utiliza grande parte das vezes	utiliza sempre	Total	valor p
CONFRONTO	0	fundamental*	15 (47)	16 (50)	1 (3)	0 (0)	32	0.65
		médio	55 (58)	38 (40)	1 (1)	1 (1)	95	
		superior	124 (56)	89 (40)	10 (5)	0 (0)	223	
	3	fundamental*	13 (59)	9 (41)	0 (0)	0 (0)	22	0.29
		médio	50 (61)	28 (34)	4 (5)	0 (0)	82	
		superior	127 (73)	43 (25)	5 (3)	0 (0)	175	
	6	fundamental*	6 (75)	2 (25)	0 (0)	0 (0)	8	0.53
		médio	24 (62)	14 (36)	1 (3)	0 (0)	39	
		superior	59 (80)	14 (19)	1 (1)	0 (0)	74	
	9	fundamental*	15 (63)	7 (29)	2 (8)	0 (0)	24	0.2
		médio	46 (63)	26 (36)	1 (1)	0 (0)	73	
		superior	121 (71)	44 (26)	5 (3)	1 (1)	171	
AFASTAMENTO	0	fundamental*	14 (44)	15 (47)	3 (9)	0 (0)	32	0.56
		médio	45 (47)	46 (48)	3 (3)	1 (1)	95	
		superior	97 (44)	110 (49)	16 (7)	0 (0)	223	
	3	fundamental*	9 (41)	11 (50)	2 (9)	0 (0)	22	0.25
		médio	37 (45)	36 (44)	9 (11)	0 (0)	82	
		superior	76 (43)	79 (45)	20 (11)	0 (0)	175	
	6	fundamental*	1 (13)	4 (50)	3 (38)	0 (0)	8	0.06
		médio	17 (44)	16 (41)	6 (15)	0 (0)	39	
		superior	29 (39)	39 (53)	6 (8)	0 (0)	74	
	9	fundamental*	7 (29)	13 (54)	4 (17)	0 (0)	24	0.25
		médio	33 (45)	35 (48)	5 (7)	0 (0)	73	
		superior	66 (39)	82 (48)	22 (13)	1 (1)	171	
AUTO CONTROLE	0	fundamental*	6 (19)	16 (50)	9 (28)	1 (3)	32	0.62
		médio	22 (23)	42 (44)	27 (28)	4 (4)	95	
		superior	39 (18)	98 (44)	76 (34)	10 (5)	223	
	3	fundamental*	0 (0)	11 (50)	11 (50)	0 (0)	22	0.1
		médio	18 (22)	38 (46)	22 (27)	4 (5)	82	
		superior	25 (14)	108 (62)	39 (22)	3 (2)	175	
	6	fundamental*	0 (0)	6 (75)	1 (13)	1 (13)	8	0.61
		médio	10 (26)	17 (44)	11 (28)	1 (3)	39	
		superior	17 (23)	42 (57)	15 (20)	0 (0)	74	
	9	fundamental*	1 (4)	14 (58)	8 (33)	1 (4)	24	0.72
		médio	22 (30)	29 (40)	22 (30)	0 (0)	73	
		superior	27 (16)	92 (54)	49 (29)	3 (2)	171	
SUPORTE SOCIAL	0	fundamental*	0 (0)	8 (25)	15 (47)	9 (28)	32	0.41
		médio	5 (5)	32 (34)	41 (43)	17 (18)	95	
		superior	18 (8)	55 (25)	94 (42)	56 (25)	223	
	3	fundamental*	0 (0)	6 (27)	13 (59)	3 (14)	22	0.05
		médio	13 (16)	27 (33)	31 (38)	11 (13)	82	
		superior	18 (10)	53 (30)	79 (45)	25 (14)	175	
	6	fundamental*	0 (0)	2 (25)	6 (75)	0 (0)	8	0.28
		médio	6 (15)	13 (33)	15 (39)	5 (13)	39	
		superior	13 (18)	16 (22)	36 (49)	9 (12)	74	
	9	fundamental*	3 (13)	7 (29)	14 (58)	0 (0)	24	0.07
		médio	13 (18)	28 (38)	29 (40)	3 (4)	73	
		superior	19 (11)	50 (29)	83 (49)	19 (11)	171	

Tabela A.3.2: Distribuição de frequências para o uso das estratégias de enfrentamento, ao longo do tempo, para cada domínio, de acordo com a escolaridade

Avaliação das estratégias de enfrentamento - n (%)								
Domínio	Tempo	ESCOLA	não utiliza ou utiliza pouco	utiliza algumas vezes	utiliza grande parte das vezes	utiliza sempre	Total	valor p
ACEITAÇÃO DE RESPONSABILIDADE	0	fundamental*	8 (25)	11 (34)	12 (38)	1 (3)	32	0.17
		médio	29 (31)	42 (44)	23 (24)	1 (1)	95	
		superior	57 (26)	94 (42)	61 (27)	11 (5)	223	
	3	fundamental*	4 (18)	12 (55)	6 (27)	0 (0)	22	0.32
		médio	29 (35)	36 (44)	17 (21)	0 (0)	82	
		superior	67 (38)	75 (43)	30 (17)	3 (2)	175	
	6	fundamental*	1 (13)	4 (50)	3 (38)	0 (0)	8	0.08
		médio	13 (33)	18 (46)	8 (21)	0 (0)	39	
		superior	29 (39)	38 (51)	7 (10)	0 (0)	74	
	9	fundamental*	4 (17)	13 (54)	6 (25)	1 (4)	24	0.31
		médio	30 (41)	32 (44)	10 (14)	1 (1)	73	
		superior	62 (36)	77 (45)	31 (18)	1 (1)	171	
FUGA E ESQUIVA	0	fundamental*	7 (22)	15 (47)	6 (19)	4 (13)	32	0.53
		médio	24 (25)	31 (33)	25 (26)	15 (16)	95	
		superior	60 (27)	80 (36)	55 (25)	28 (13)	223	
	3	fundamental*	3 (14)	12 (55)	7 (32)	0 (0)	22	0.67
		médio	20 (24)	27 (33)	29 (35)	6 (7)	82	
		superior	62 (35)	64 (37)	35 (20)	14 (8)	175	
	6	fundamental*	2 (25)	3 (38)	3 (38)	0 (0)	8	0.41
		médio	12 (31)	14 (36)	11 (28)	2 (5)	39	
		superior	22 (30)	29 (39)	19 (26)	4 (5)	74	
	9	fundamental*	3 (13)	11 (46)	9 (38)	1 (4)	24	0.83
		médio	26 (36)	22 (30)	21 (29)	4 (6)	73	
		superior	42 (25)	66 (39)	50 (29)	13 (8)	171	
RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS	0	fundamental*	4 (13)	6 (19)	13 (41)	9 (28)	32	0.4
		médio	15 (16)	26 (27)	31 (33)	23 (24)	95	
		superior	28 (13)	46 (21)	99 (44)	50 (22)	223	
	3	fundamental*	2 (9)	3 (14)	11 (50)	6 (27)	22	0.03
		médio	14 (17)	24 (29)	31 (38)	13 (16)	82	
		superior	25 (14)	40 (23)	80 (46)	30 (17)	175	
	6	fundamental*	0 (0)	2 (25)	6 (75)	0 (0)	8	0.51
		médio	11 (28)	5 (13)	18 (46)	5 (13)	39	
		superior	16 (22)	17 (23)	30 (41)	11 (15)	74	
	9	fundamental*	2 (8)	6 (25)	15 (63)	1 (4)	24	0.35
		médio	15 (21)	21 (29)	29 (40)	8 (11)	73	
		superior	26 (15)	47 (28)	67 (39)	31 (18)	171	
REAVALIAÇÃO POSITIVA	0	fundamental*	4 (13)	6 (19)	17 (53)	5 (16)	32	0.26
		médio	11 (12)	38 (40)	35 (37)	11 (12)	95	
		superior	40 (18)	66 (30)	87 (39)	30 (14)	223	
	3	fundamental*	2 (9)	5 (23)	11 (50)	4 (18)	22	0.22
		médio	13 (16)	26 (32)	34 (42)	9 (11)	82	
		superior	29 (17)	61 (35)	67 (38)	18 (10)	175	
	6	fundamental*	0 (0)	2 (25)	6 (75)	0 (0)	8	0.21
		médio	8 (21)	12 (31)	16 (41)	3 (8)	39	
		superior	12 (16)	28 (38)	32 (43)	2 (3)	74	
	9	fundamental*	2 (8)	4 (17)	13 (54)	5 (21)	24	0.01
		médio	13 (18)	28 (38)	27 (37)	5 (7)	73	
		superior	29 (17)	44 (26)	79 (46)	19 (11)	171	

Tabela A.4.1: Distribuição de frequências para o uso das estratégias de enfrentamento, ao longo do tempo, para cada domínio, de acordo com o antecedente oncológico

Avaliação das estratégias de enfrentamento - n (%)								
Domínio	TEMPO	ANTECEDONCO	não utiliza ou utiliza pouco	utiliza algumas vezes	utiliza grande parte das vezes	utiliza sempre	Total	valor p
CONFRONTO	0	não sim	55 (58) 139 (55)	36 (38) 107 (42)	4 (4) 8 (3)	0 (0) 1 (0)	95 255	>0.99
	3	não sim	51 (67) 139 (69)	24 (32) 56 (28)	1 (1) 8 (4)	0 (0) 0 (0)	76 203	0.2
	6	não sim	23 (68) 66 (76)	10 (29) 20 (23)	1 (3) 1 (1)	0 (0) 0 (0)	34 87	0.14
	9	não sim	51 (68) 131 (68)	21 (28) 56 (29)	2 (3) 6 (3)	1 (1) 0 (0)	75 193	>0.99
	0	não sim	47 (50) 109 (43)	41 (43) 130 (51)	6 (6) 16 (6)	1 (1) 0 (0)	95 255	0.6
AFASTAMENTO	3	não sim	35 (46) 87 (43)	32 (42) 94 (46)	9 (12) 22 (11)	0 (0) 0 (0)	76 203	0.54
	6	não sim	14 (41) 33 (38)	15 (44) 44 (51)	5 (15) 10 (12)	0 (0) 0 (0)	34 87	0.33
	9	não sim	33 (44) 73 (38)	36 (48) 94 (49)	6 (8) 25 (13)	0 (0) 1 (1)	75 193	0.29
	0	não sim	26 (27) 41 (16)	31 (33) 125 (49)	36 (38) 76 (30)	2 (2) 13 (5)	95 255	0.45
	3	não sim	10 (13) 33 (16)	40 (53) 117 (58)	23 (30) 49 (24)	3 (4) 4 (2)	76 203	0.85
AUTOCONTROLE	6	não sim	4 (12) 23 (26)	17 (50) 48 (55)	11 (32) 16 (18)	2 (6) 0 (0)	34 87	0.85
	9	não sim	19 (25) 31 (16)	31 (41) 104 (54)	24 (32) 55 (29)	1 (1) 3 (2)	75 193	0.67
	0	não sim	10 (11) 13 (5)	21 (22) 74 (29)	41 (43) 109 (43)	23 (24) 59 (23)	95 255	0.7
	3	não sim	8 (11) 23 (11)	27 (36) 59 (29)	33 (43) 90 (44)	8 (11) 31 (15)	76 203	0.23
	6	não sim	5 (15) 14 (16)	8 (24) 23 (26)	19 (56) 38 (44)	2 (6) 12 (14)	34 87	0.52
SUPORTE SOCIAL	9	não sim	10 (13) 25 (13)	25 (33) 60 (31)	35 (47) 91 (47)	5 (7) 17 (9)	75 193	0.77

Tabela A.4.2: Distribuição de frequências para o uso das estratégias de enfrentamento, ao longo do tempo, para cada domínio, de acordo com o antecedente oncológico

Avaliação das estratégias de enfrentamento - n (%)								
Domínio	TEMPO	ANTECEDONCO	não utiliza ou utiliza pouco	utiliza algumas vezes	utiliza grande parte das vezes	utiliza sempre	Total	valor p
ACEITAÇÃO DE RESPONSABILIDADE	0	não sim	30 (32) 64 (25)	35 (37) 112 (44)	25 (26) 71 (28)	5 (5) 8 (3)	95 255	0.8
	3	não sim	30 (40) 70 (35)	29 (38) 94 (46)	17 (22) 36 (18)	0 (0) 3 (2)	76 203	0.7
	6	não sim	12 (35) 31 (36)	15 (44) 45 (52)	7 (21) 11 (13)	0 (0) 0 (0)	34 87	0.68
	9	não sim	29 (39) 67 (35)	34 (45) 88 (46)	10 (13) 37 (19)	2 (3) 1 (1)	75 193	0.6
	0	não sim	32 (34) 59 (23)	30 (32) 96 (38)	23 (24) 63 (25)	10 (11) 37 (15)	95 255	0.36
FUGA E ESQUIVA	3	não sim	23 (30) 62 (31)	25 (33) 78 (38)	24 (32) 47 (23)	4 (5) 16 (8)	76 203	0.9
	6	não sim	12 (35) 24 (28)	8 (24) 38 (44)	13 (38) 20 (23)	1 (3) 5 (6)	34 87	>0.99
	9	não sim	23 (31) 48 (25)	25 (33) 74 (38)	23 (31) 57 (30)	4 (5) 14 (7)	75 193	>0.99
	0	não sim	12 (13) 35 (14)	22 (23) 56 (22)	36 (38) 107 (42)	25 (26) 57 (22)	95 255	>0.99
	3	não sim	7 (9) 34 (17)	21 (28) 46 (23)	36 (47) 86 (42)	12 (16) 37 (18)	76 203	0.9
RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS	6	não sim	4 (12) 23 (26)	9 (27) 15 (17)	18 (53) 36 (41)	3 (9) 13 (15)	34 87	0.66
	9	não sim	15 (20) 28 (15)	24 (32) 50 (26)	29 (39) 82 (43)	7 (9) 33 (17)	75 193	0.11
	0	não sim	17 (18) 38 (15)	26 (27) 84 (33)	35 (37) 104 (41)	17 (18) 29 (11)	95 255	0.91
	3	não sim	9 (12) 35 (17)	23 (30) 69 (34)	33 (43) 79 (39)	11 (15) 20 (10)	76 203	0.62
	6	não sim	3 (9) 17 (20)	11 (32) 31 (36)	18 (53) 36 (41)	2 (6) 3 (3)	34 87	>0.99
REAValiação POSITIVA	9	não sim	14 (19) 30 (16)	22 (29) 54 (28)	34 (45) 85 (44)	5 (7) 24 (12)	75 193	0.59

Tabela A.5.1: Distribuição de frequências para o uso das estratégias de enfrentamento, ao longo do tempo, para cada domínio, de acordo com o antecedente psiquiátrico

Avaliação das estratégias de enfrentamento - n (%)								
Domínio	TEMPO	ANTECEDPSIQ	não utiliza ou utiliza pouco	utiliza algumas vezes	utiliza grande parte das vezes	utiliza sempre	Total	valor p
CONFRONTO	0	não	167 (56)	121 (41)	10 (3)	1 (0)	299	>0.99
		sim	27 (53)	22 (43)	2 (4)	0 (0)	51	
	3	não	164 (70)	62 (27)	8 (3)	0 (0)	234	0.32
		sim	26 (58)	18 (40)	1 (2)	0 (0)	45	
	6	não	75 (75)	23 (23)	2 (2)	0 (0)	100	0.31
		sim	14 (67)	7 (33)	0 (0)	0 (0)	21	
	9	não	156 (69)	63 (28)	6 (3)	1 (0)	226	0.66
		sim	26 (62)	14 (33)	2 (5)	0 (0)	42	
AFASTAMENTO	0	não	136 (46)	145 (49)	17 (6)	1 (0)	299	0.34
		sim	20 (39)	26 (51)	5 (10)	0 (0)	51	
	3	não	107 (46)	103 (44)	24 (10)	0 (0)	234	>0.99
		sim	15 (33)	23 (51)	7 (16)	0 (0)	45	
	6	não	42 (42)	47 (47)	11 (11)	0 (0)	100	>0.99
		sim	5 (24)	12 (57)	4 (19)	0 (0)	21	
	9	não	92 (41)	105 (47)	28 (12)	1 (0)	226	0.32
		sim	14 (33)	25 (60)	3 (7)	0 (0)	42	
AUTOCONTROLE	0	não	58 (19)	135 (45)	92 (31)	14 (5)	299	0.5
		sim	9 (18)	21 (41)	20 (39)	1 (2)	51	
	3	não	36 (15)	135 (58)	57 (24)	6 (3)	234	0.67
		sim	7 (16)	22 (49)	15 (33)	1 (2)	45	
	6	não	22 (22)	54 (54)	22 (22)	2 (2)	100	0.37
		sim	5 (24)	11 (52)	5 (24)	0 (0)	21	
	9	não	39 (17)	114 (50)	70 (31)	3 (1)	226	0.28
		sim	11 (26)	21 (50)	9 (21)	1 (2)	42	
SUPORTE SOCIAL	0	não	22 (7)	76 (25)	129 (43)	72 (24)	299	0.41
		sim	1 (2)	19 (37)	21 (41)	10 (20)	51	
	3	não	26 (11)	74 (32)	99 (42)	35 (15)	234	>0.99
		sim	5 (11)	12 (27)	24 (53)	4 (9)	45	
	6	não	17 (17)	24 (24)	45 (45)	14 (14)	100	0.8
		sim	2 (10)	7 (33)	12 (57)	0 (0)	21	
	9	não	26 (12)	72 (32)	109 (48)	19 (8)	226	0.32
		sim	9 (21)	13 (31)	17 (41)	3 (7)	42	

Tabela A.5.2: Distribuição de frequências para o uso das estratégias de enfrentamento, ao longo do tempo, para cada domínio, de acordo com o antecedente psiquiátrico

Avaliação das estratégias de enfrentamento - n (%)								
Domínio	TEMPO	ANTECEDPSIQ	não utiliza ou utiliza pouco	utiliza algumas vezes	utiliza grande parte das vezes	utiliza sempre	Total	valor p
ACEITAÇÃO DE RESPONSABILIDADE	0	não	80 (27)	126 (42)	80 (27)	13 (4)	299	>0.99
		sim	14 (28)	21 (41)	16 (31)	0 (0)	51	
	3	não	87 (37)	102 (44)	43 (18)	2 (1)	234	0.87
		sim	13 (29)	21 (47)	10 (22)	1 (2)	45	
	6	não	40 (40)	47 (47)	13 (13)	0 (0)	100	>0.99
		sim	3 (14)	13 (62)	5 (24)	0 (0)	21	
	9	não	82 (36)	102 (45)	39 (17)	3 (1)	226	>0.99
		sim	14 (33)	20 (48)	8 (19)	0 (0)	42	
FUGA E ESQUIVA	0	não	79 (26)	108 (36)	72 (24)	40 (13)	299	0.74
		sim	12 (24)	18 (35)	14 (28)	7 (14)	51	
	3	não	72 (31)	89 (38)	56 (24)	17 (7)	234	0.66
		sim	13 (29)	14 (31)	15 (33)	3 (7)	45	
	6	não	30 (30)	38 (38)	26 (26)	6 (6)	100	0.49
		sim	6 (29)	8 (38)	7 (33)	0 (0)	21	
	9	não	56 (25)	86 (38)	70 (31)	14 (6)	226	0.72
		sim	15 (36)	13 (31)	10 (24)	4 (10)	42	
RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS	0	não	37 (12)	65 (22)	125 (42)	72 (24)	299	0.14
		sim	10 (20)	13 (26)	18 (35)	10 (20)	51	
	3	não	32 (14)	55 (24)	104 (44)	43 (18)	234	0.07
		sim	9 (20)	12 (27)	18 (40)	6 (13)	45	
	6	não	20 (20)	20 (20)	45 (45)	15 (15)	100	0.23
		sim	7 (33)	4 (19)	9 (43)	1 (5)	21	
	9	não	36 (16)	65 (29)	89 (39)	36 (16)	226	0.52
		sim	7 (17)	9 (21)	22 (52)	4 (10)	42	
REAVALIAÇÃO POSITIVA	0	não	49 (16)	96 (32)	115 (39)	39 (13)	299	0.74
		sim	6 (12)	14 (28)	24 (47)	7 (14)	51	
	3	não	37 (16)	80 (34)	92 (39)	25 (11)	234	0.76
		sim	7 (16)	12 (27)	20 (44)	6 (13)	45	
	6	não	16 (16)	37 (37)	42 (42)	5 (5)	100	>0.99
		sim	4 (19)	5 (24)	12 (57)	0 (0)	21	
	9	não	36 (16)	64 (28)	102 (45)	24 (11)	226	0.72
		sim	8 (19)	12 (29)	17 (41)	5 (12)	42	

Tabela A.6.1: Distribuição de frequências para o uso das estratégias de enfrentamento, ao longo do tempo, para cada domínio, de acordo com a neoplasia

Avaliação das estratégias de enfrentamento - n (%)								
Domínio	TEMPO	Neoplasia	não utiliza ou utiliza pouco	utiliza algumas vezes	utiliza grande parte das vezes	utiliza sempre	Total	valor p
CONFRONTO	0	benigno	67 (55)	47 (39)	7 (6)	0 (0)	121	0,28
		cabeça e pescoço	32 (57)	23 (41)	0 (0)	1 (2)	56	
		patologias diversas	40 (47)	41 (48)	4 (5)	0 (0)	85	
		tireoide	55 (63)	32 (36)	1 (1)	0 (0)	88	
	3	benigno	68 (70)	25 (26)	4 (4)	0 (0)	97	0,9
		cabeça e pescoço	24 (52)	20 (44)	2 (4)	0 (0)	46	
		patologias diversas	50 (74)	15 (22)	3 (4)	0 (0)	68	
		tireoide	48 (71)	20 (29)	0 (0)	0 (0)	68	
	6	benigno	32 (76)	9 (21)	1 (2)	0 (0)	42	0,72
		cabeça e pescoço	9 (47)	9 (47)	1 (5)	0 (0)	19	
		patologias diversas	21 (78)	6 (22)	0 (0)	0 (0)	27	
		tireoide	27 (82)	6 (18)	0 (0)	0 (0)	33	
	9	benigno	62 (67)	26 (28)	4 (4)	0 (0)	92	0,81
		cabeça e pescoço	27 (60)	16 (36)	2 (4)	0 (0)	45	
		patologias diversas	40 (65)	21 (34)	1 (2)	0 (0)	62	
		tireoide	53 (77)	14 (20)	1 (1)	1 (1)	69	
AFASTAMENTO	0	benigno	53 (44)	56 (46)	12 (10)	0 (0)	121	0,32
		cabeça e pescoço	28 (50)	25 (45)	3 (5)	0 (0)	56	
		patologias diversas	37 (44)	43 (51)	4 (5)	1 (1)	85	
		tireoide	38 (43)	47 (53)	3 (3)	0 (0)	88	
	3	benigno	48 (50)	38 (39)	11 (11)	0 (0)	97	0,93
		cabeça e pescoço	12 (26)	28 (61)	6 (13)	0 (0)	46	
		patologias diversas	31 (46)	29 (43)	8 (12)	0 (0)	68	
		tireoide	31 (46)	31 (46)	6 (9)	0 (0)	68	
	6	benigno	19 (45)	18 (43)	5 (12)	0 (0)	42	0,96
		cabeça e pescoço	3 (16)	12 (63)	4 (21)	0 (0)	19	
		patologias diversas	11 (41)	12 (44)	4 (15)	0 (0)	27	
		tireoide	14 (42)	17 (52)	2 (6)	0 (0)	33	
	9	benigno	39 (42)	40 (44)	12 (13)	1 (1)	92	0,88
		cabeça e pescoço	12 (27)	28 (62)	5 (11)	0 (0)	45	
		patologias diversas	24 (39)	32 (52)	6 (10)	0 (0)	62	
		tireoide	31 (45)	30 (44)	8 (12)	0 (0)	69	
AUTO CONTROLE	0	benigno	20 (17)	55 (46)	39 (32)	7 (6)	121	0,49
		cabeça e pescoço	16 (29)	23 (41)	15 (27)	2 (4)	56	
		patologias diversas	17 (20)	41 (48)	22 (26)	5 (6)	85	
		tireoide	14 (16)	37 (42)	36 (41)	1 (1)	88	
	3	benigno	14 (14)	56 (58)	25 (26)	2 (2)	97	0,59
		cabeça e pescoço	1 (2)	27 (59)	15 (33)	3 (7)	46	
		patologias diversas	19 (28)	32 (47)	17 (25)	0 (0)	68	
		tireoide	9 (13)	42 (62)	15 (22)	2 (3)	68	
	6	benigno	8 (19)	23 (55)	11 (26)	0 (0)	42	0,44
		cabeça e pescoço	2 (11)	10 (53)	5 (26)	2 (11)	19	
		patologias diversas	12 (44)	12 (44)	3 (11)	0 (0)	27	
		tireoide	5 (15)	20 (61)	8 (24)	0 (0)	33	
	9	benigno	15 (16)	48 (52)	29 (32)	0 (0)	92	0,53
		cabeça e pescoço	2 (4)	26 (58)	15 (33)	2 (4)	45	
		patologias diversas	18 (29)	24 (39)	20 (32)	0 (0)	62	
		tireoide	15 (22)	37 (54)	15 (22)	2 (3)	69	

Tabela A.6.2: Distribuição de frequências para o uso das estratégias de enfrentamento, ao longo do tempo, para cada domínio, de acordo com a neoplasia

Avaliação das estratégias de enfrentamento - n (%)								
Domínio	TEMPO	Neoplasia	não utiliza ou	utiliza algumas	utiliza grande	utiliza	Total	valor p
SUPORTE SOCIAL	0	benigno	7 (6)	32 (26)	51 (42)	31 (26)	121	0,19
		cabeça e pescoço	5 (9)	15 (27)	24 (43)	12 (21)	56	
		patologias diversas	7 (8)	28 (33)	33 (39)	17 (20)	85	
		tireoide	4 (5)	20 (23)	42 (48)	22 (25)	88	
	3	benigno	12 (12)	33 (34)	38 (39)	14 (14)	97	<0.01
		cabeça e pescoço	3 (7)	7 (15)	27 (59)	9 (20)	46	
		patologias diversas	11 (16)	27 (40)	25 (37)	5 (7)	68	
		tireoide	5 (7)	19 (28)	33 (49)	11 (16)	68	
	6	benigno	9 (21)	14 (33)	13 (31)	6 (14)	42	0,08
		cabeça e pescoço	0 (0)	6 (32)	11 (58)	2 (11)	19	
		patologias diversas	7 (26)	7 (26)	13 (48)	0 (0)	27	
		tireoide	3 (9)	4 (12)	20 (61)	6 (18)	33	
	9	benigno	9 (10)	34 (37)	44 (48)	5 (5)	92	0,44
		cabeça e pescoço	1 (2)	18 (40)	23 (51)	3 (7)	45	
		patologias diversas	17 (27)	15 (24)	26 (42)	4 (7)	62	
		tireoide	8 (12)	18 (26)	33 (48)	10 (15)	69	
ACEITAÇÃO DE RESPONSABILIDADE	0	benigno	30 (25)	54 (45)	33 (27)	4 (3)	121	0,14
		cabeça e pescoço	15 (27)	24 (43)	15 (27)	2 (4)	56	
		patologias diversas	17 (20)	33 (39)	30 (35)	5 (6)	85	
		tireoide	32 (36)	36 (41)	18 (21)	2 (2)	88	
	3	benigno	37 (38)	50 (52)	8 (8)	2 (2)	97	0,03
		cabeça e pescoço	9 (20)	22 (48)	15 (33)	0 (0)	46	
		patologias diversas	28 (41)	25 (37)	14 (21)	1 (2)	68	
		tireoide	26 (38)	26 (38)	16 (24)	0 (0)	68	
	6	benigno	16 (38)	20 (48)	6 (14)	0 (0)	42	0,97
		cabeça e pescoço	3 (16)	12 (63)	4 (21)	0 (0)	19	
		patologias diversas	11 (41)	10 (37)	6 (22)	0 (0)	27	
		tireoide	13 (39)	18 (55)	2 (6)	0 (0)	33	
	9	benigno	35 (38)	45 (49)	11 (12)	1 (1)	92	0,14
		cabeça e pescoço	8 (18)	25 (56)	12 (27)	0 (0)	45	
		patologias diversas	24 (39)	23 (37)	14 (23)	1 (2)	62	
		tireoide	29 (42)	29 (42)	10 (15)	1 (1)	69	
FUGA E ESQUIVA	0	benigno	31 (26)	44 (36)	31 (26)	15 (12)	121	0,76
		cabeça e pescoço	16 (29)	19 (34)	10 (18)	11 (20)	56	
		patologias diversas	25 (29)	31 (37)	21 (25)	8 (9)	85	
		tireoide	19 (22)	32 (36)	24 (27)	13 (15)	88	
	3	benigno	28 (29)	39 (40)	24 (25)	6 (6)	97	0,05
		cabeça e pescoço	6 (13)	15 (33)	20 (44)	5 (11)	46	
		patologias diversas	28 (41)	24 (35)	10 (15)	6 (9)	68	
		tireoide	23 (34)	25 (37)	17 (25)	3 (4)	68	
	6	benigno	17 (41)	13 (31)	8 (19)	4 (10)	42	0,76
		cabeça e pescoço	1 (5)	10 (53)	8 (42)	0 (0)	19	
		patologias diversas	9 (33)	11 (41)	6 (22)	1 (4)	27	
		tireoide	9 (27)	12 (36)	11 (33)	1 (3)	33	
	9	benigno	28 (30)	34 (37)	26 (28)	4 (4)	92	0,04
		cabeça e pescoço	4 (9)	16 (36)	20 (44)	5 (11)	45	
		patologias diversas	19 (31)	24 (39)	17 (27)	2 (3)	62	
		tireoide	20 (29)	25 (36)	17 (25)	7 (10)	69	

Tabela A.6.3: Distribuição de frequências para o uso das estratégias de enfrentamento, ao longo do tempo, para cada domínio, de acordo com a neoplasia

Avaliação das estratégias de enfrentamento - n (%)								
Domínio	TEMPO	Neoplasia	não utiliza ou	utiliza algumas	utiliza grande	utiliza	Total	valor p
RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS	0	benigno	15 (12)	24 (20)	58 (48)	24 (20)	121	0,5
		cabeça e pescoço	10 (18)	9 (16)	20 (36)	17 (30)	56	
		patologias diversas	13 (15)	19 (22)	36 (42)	17 (20)	85	
		tireoide	9 (10)	26 (30)	29 (33)	24 (27)	88	
	3	benigno	16 (17)	28 (29)	40 (41)	13 (13)	97	0,08
		cabeça e pescoço	5 (11)	7 (15)	19 (41)	15 (33)	46	
		patologias diversas	13 (19)	17 (25)	31 (46)	7 (10)	68	
		tireoide	7 (10)	15 (22)	32 (47)	14 (21)	68	
	6	benigno	12 (29)	11 (26)	15 (36)	4 (10)	42	0,06
		cabeça e pescoço	1 (5)	4 (21)	11 (58)	3 (16)	19	
		patologias diversas	12 (44)	3 (11)	9 (33)	3 (11)	27	
		tireoide	2 (6)	6 (18)	19 (58)	6 (18)	33	
	9	benigno	15 (16)	35 (38)	36 (39)	6 (7)	92	<0.01
		cabeça e pescoço	2 (4)	9 (20)	25 (56)	9 (20)	45	
		patologias diversas	20 (32)	13 (21)	21 (34)	8 (13)	62	
		tireoide	6 (9)	17 (25)	29 (42)	17 (25)	69	
REAVALIAÇÃO POSITIVA	0	benigno	18 (15)	38 (31)	47 (39)	18 (15)	121	0,54
		cabeça e pescoço	10 (18)	18 (32)	22 (39)	6 (11)	56	
		patologias diversas	12 (14)	24 (28)	36 (42)	13 (15)	85	
		tireoide	15 (17)	30 (34)	34 (39)	9 (10)	88	
	3	benigno	16 (17)	30 (31)	40 (41)	11 (11)	97	<0.01
		cabeça e pescoço	5 (11)	7 (15)	26 (57)	8 (17)	46	
		patologias diversas	16 (24)	29 (43)	19 (28)	4 (6)	68	
		tireoide	7 (10)	26 (38)	27 (40)	8 (12)	68	
	6	benigno	9 (21)	20 (48)	12 (29)	1 (2)	42	0,05
		cabeça e pescoço	0 (0)	5 (26)	11 (58)	3 (16)	19	
		patologias diversas	9 (33)	7 (26)	10 (37)	1 (4)	27	
		tireoide	2 (6)	10 (30)	21 (64)	0 (0)	33	
	9	benigno	17 (19)	28 (30)	41 (45)	6 (7)	92	<0.01
		cabeça e pescoço	1 (2)	11 (24)	23 (51)	10 (22)	45	
		patologias diversas	18 (29)	19 (31)	20 (32)	5 (8)	62	
		tireoide	8 (12)	18 (26)	35 (51)	8 (12)	69	

Tabela A.7.1: Distribuição de frequências para o uso das estratégias de enfrentamento, ao longo do tempo, para cada domínio, de acordo com o tratamento

Avaliação das estratégias de enfrentamento - n (%)								
Domínio	TEMPO	Tratamento	não utiliza ou utiliza pouco	utiliza algumas vezes	utiliza grande parte das vezes	utiliza sempre	Total	valor p
CONFRONTO	0	ambulatorio	80 (56)	56 (39)	7 (5)	0 (0)	143	0.72
		cirurgia	52 (53)	43 (43)	3 (3)	1 (1)	99	
		recusa trat.	22 (54)	18 (44)	1 (2)	0 (0)	41	
		trat. CA	15 (52)	13 (45)	1 (3)	0 (0)	29	
		trat. tireoide	25 (66)	13 (34)	0 (0)	0 (0)	38	
	3	ambulatorio	83 (71)	28 (24)	6 (5)	0 (0)	117	0.04
		cirurgia	51 (63)	29 (36)	1 (1)	0 (0)	81	
		recusa trat.	18 (75)	5 (21)	1 (4)	0 (0)	24	
		trat. CA	13 (50)	12 (46)	1 (4)	0 (0)	26	
		trat. tireoide	25 (81)	6 (19)	0 (0)	0 (0)	31	
	6	ambulatorio	37 (79)	9 (19)	1 (2)	0 (0)	47	0.55
		cirurgia	30 (79)	8 (21)	0 (0)	0 (0)	38	
		recusa trat.	5 (56)	4 (44)	0 (0)	0 (0)	9	
		trat. CA	7 (50)	6 (43)	1 (7)	0 (0)	14	
		trat. tireoide	10 (77)	3 (23)	0 (0)	0 (0)	13	
	9	ambulatorio	68 (66)	30 (29)	5 (5)	0 (0)	103	0.46
		cirurgia	57 (72)	20 (25)	2 (3)	0 (0)	79	
		recusa trat.	22 (73)	8 (27)	0 (0)	0 (0)	30	
		trat. CA	13 (52)	12 (48)	0 (0)	0 (0)	25	
		trat. tireoide	22 (71)	7 (23)	1 (3)	1 (3)	31	
AFASTAMENTO	0	ambulatorio	65 (46)	68 (48)	9 (6)	1 (1)	143	0.84
		cirurgia	41 (41)	50 (51)	8 (8)	0 (0)	99	
		recusa trat.	19 (46)	19 (46)	3 (7)	0 (0)	41	
		trat. CA	14 (48)	14 (48)	1 (3)	0 (0)	29	
		trat. tireoide	17 (45)	20 (53)	1 (3)	0 (0)	38	
	3	ambulatorio	54 (46)	47 (40)	16 (14)	0 (0)	117	0.63
		cirurgia	38 (47)	33 (41)	10 (12)	0 (0)	81	
		recusa trat.	9 (38)	15 (63)	0 (0)	0 (0)	24	
		trat. CA	7 (27)	16 (62)	3 (12)	0 (0)	26	
		trat. tireoide	14 (45)	15 (48)	2 (7)	0 (0)	31	
	6	ambulatorio	21 (45)	21 (45)	5 (11)	0 (0)	47	0.44
		cirurgia	16 (42)	18 (47)	4 (11)	0 (0)	38	
		recusa trat.	3 (33)	4 (44)	2 (22)	0 (0)	9	
		trat. CA	2 (14)	8 (57)	4 (29)	0 (0)	14	
		trat. tireoide	5 (39)	8 (62)	0 (0)	0 (0)	13	
	9	ambulatorio	44 (43)	45 (44)	13 (13)	1 (1)	103	0.24
		cirurgia	31 (39)	37 (47)	11 (14)	0 (0)	79	
		recusa trat.	13 (43)	17 (57)	0 (0)	0 (0)	30	
		trat. CA	5 (20)	18 (72)	2 (8)	0 (0)	25	
		trat. tireoide	13 (42)	13 (42)	5 (16)	0 (0)	31	

Tabela A.7.2: Distribuição de frequências para o uso das estratégias de enfrentamento, ao longo do tempo, para cada domínio, de acordo com o tratamento

Avaliação das estratégias de enfrentamento - n (%)								
Domínio	TEMPO	Tratamento	não utiliza ou utiliza pouco	utiliza algumas vezes	utiliza grande parte das vezes	utiliza sempre	Total	valor p
AUTO CONTOLE	0	ambulatorio	26 (18)	65 (46)	45 (32)	7 (5)	143	0.94
		cirurgia	23 (23)	39 (39)	30 (30)	7 (7)	99	
		recusa trat.	7 (17)	19 (46)	15 (37)	0 (0)	41	
		trat. CA	7 (24)	12 (41)	9 (31)	1 (3)	29	
		trat. tireoide	4 (11)	21 (55)	13 (34)	0 (0)	38	
	3	ambulatorio	22 (19)	59 (50)	36 (31)	0 (0)	117	0.73
		cirurgia	12 (15)	47 (58)	18 (22)	4 (5)	81	
		recusa trat.	2 (8)	18 (75)	4 (17)	0 (0)	24	
		trat. CA	1 (4)	14 (54)	9 (35)	2 (8)	26	
		trat. tireoide	6 (19)	19 (61)	5 (16)	1 (3)	31	
	6	ambulatorio	16 (34)	23 (49)	8 (17)	0 (0)	47	0.66
		cirurgia	9 (24)	19 (50)	10 (26)	0 (0)	38	
		recusa trat.	0 (0)	7 (78)	2 (22)	0 (0)	9	
		trat. CA	1 (7)	8 (57)	3 (21)	2 (14)	14	
		trat. tireoide	1 (8)	8 (62)	4 (31)	0 (0)	13	
	9	ambulatorio	21 (20)	50 (49)	32 (31)	0 (0)	103	0.68
		cirurgia	17 (22)	36 (46)	24 (30)	2 (3)	79	
		recusa trat.	5 (17)	17 (57)	8 (27)	0 (0)	30	
		trat. CA	0 (0)	15 (60)	9 (36)	1 (4)	25	
		trat. tireoide	7 (23)	17 (55)	6 (19)	1 (3)	31	
SUPORTE SOCIAL	0	ambulatorio	12 (8)	39 (27)	62 (43)	30 (21)	143	0.16
		cirurgia	6 (6)	32 (32)	39 (39)	22 (22)	99	
		recusa trat.	2 (5)	6 (15)	20 (49)	13 (32)	41	
		trat. CA	3 (10)	8 (28)	11 (38)	7 (24)	29	
		trat. tireoide	0 (0)	10 (26)	18 (47)	10 (26)	38	
	3	ambulatorio	18 (15)	43 (37)	45 (39)	11 (9)	117	<0.01
		cirurgia	8 (10)	29 (36)	34 (42)	10 (12)	81	
		recusa trat.	1 (4)	5 (21)	13 (54)	5 (21)	24	
		trat. CA	1 (4)	3 (12)	16 (62)	6 (23)	26	
		trat. tireoide	3 (10)	6 (19)	15 (48)	7 (23)	31	
	6	ambulatorio	13 (28)	15 (32)	18 (38)	1 (2)	47	0.04
		cirurgia	5 (13)	9 (24)	21 (55)	3 (8)	38	
		recusa trat.	0 (0)	1 (11)	6 (67)	2 (22)	9	
		trat. CA	0 (0)	4 (29)	8 (57)	2 (14)	14	
		trat. tireoide	1 (8)	2 (15)	4 (31)	6 (46)	13	
	9	ambulatorio	22 (21)	32 (31)	47 (46)	2 (2)	103	0.11
		cirurgia	7 (9)	30 (38)	34 (43)	8 (10)	79	
		recusa trat.	1 (3)	8 (27)	17 (57)	4 (13)	30	
		trat. CA	1 (4)	9 (36)	13 (52)	2 (8)	25	
		trat. tireoide	4 (13)	6 (19)	15 (48)	6 (19)	31	

Tabela A.7.3: Distribuição de frequências para o uso das estratégias de enfrentamento, ao longo do tempo, para cada domínio, de acordo com o tratamento

Avaliação das estratégias de enfrentamento - n (%)								
Domínio	TEMPO	Tratamento	não utiliza ou utiliza pouco	utiliza algumas vezes	utiliza grande parte das vezes	utiliza sempre	Total	valor p
ACEITAÇÃO DE RESPONSABILIDADE	0	ambulatorio	32 (22)	60 (42)	45 (32)	6 (4)	143	0.54
		cirurgia	34 (34)	38 (38)	23 (23)	4 (4)	99	
		recusa trat.	7 (17)	21 (51)	11 (27)	2 (5)	41	
		trat. CA	6 (21)	13 (45)	9 (31)	1 (3)	29	
		trat. tireóide	15 (40)	15 (40)	8 (21)	0 (0)	38	
	3	ambulatorio	45 (39)	51 (44)	19 (16)	2 (2)	117	0.36
		cirurgia	32 (40)	32 (40)	16 (20)	1 (1)	81	
		recusa trat.	6 (25)	16 (67)	2 (8)	0 (0)	24	
		trat. CA	4 (15)	11 (42)	11 (42)	0 (0)	26	
		trat. tireóide	13 (42)	13 (42)	5 (16)	0 (0)	31	
	6	ambulatorio	19 (40)	20 (43)	8 (17)	0 (0)	47	0.49
		cirurgia	15 (40)	19 (50)	4 (11)	0 (0)	38	
		recusa trat.	2 (22)	5 (56)	2 (22)	0 (0)	9	
		trat. CA	2 (14)	9 (64)	3 (21)	0 (0)	14	
		trat. tireóide	5 (39)	7 (54)	1 (8)	0 (0)	13	
	9	ambulatorio	38 (37)	44 (43)	19 (18)	2 (2)	103	0.25
		cirurgia	32 (41)	31 (39)	15 (19)	1 (1)	79	
		recusa trat.	8 (27)	20 (67)	2 (7)	0 (0)	30	
		trat. CA	3 (12)	15 (60)	7 (28)	0 (0)	25	
		trat. tireóide	15 (48)	12 (39)	4 (13)	0 (0)	31	
FUGA E ESQUIVA	0	ambulatorio	38 (27)	58 (41)	36 (25)	11 (8)	143	0.09
		cirurgia	25 (25)	29 (29)	26 (26)	19 (19)	99	
		recusa trat.	10 (24)	15 (37)	8 (20)	8 (20)	41	
		trat. CA	10 (35)	12 (41)	2 (7)	5 (17)	29	
		trat. tireóide	8 (21)	12 (32)	14 (37)	4 (11)	38	
	3	ambulatorio	44 (38)	41 (35)	22 (19)	10 (9)	117	0.19
		cirurgia	20 (25)	33 (41)	21 (26)	7 (9)	81	
		recusa trat.	8 (33)	10 (42)	3 (13)	3 (13)	24	
		trat. CA	3 (12)	9 (35)	14 (54)	0 (0)	26	
		trat. tireóide	10 (32)	10 (32)	11 (36)	0 (0)	31	
	6	ambulatorio	20 (43)	15 (32)	9 (19)	3 (6)	47	0.88
		cirurgia	10 (26)	14 (37)	12 (32)	2 (5)	38	
		recusa trat.	3 (33)	3 (33)	3 (33)	0 (0)	9	
		trat. CA	1 (7)	8 (57)	5 (36)	0 (0)	14	
		trat. tireóide	2 (15)	6 (46)	4 (31)	1 (8)	13	
	9	ambulatorio	35 (34)	39 (38)	27 (26)	2 (2)	103	0.05
		cirurgia	19 (24)	29 (37)	24 (30)	7 (9)	79	
		recusa trat.	5 (17)	13 (43)	10 (33)	2 (7)	30	
		trat. CA	1 (4)	9 (36)	12 (48)	3 (12)	25	
		trat. tireóide	11 (36)	9 (29)	7 (23)	4 (13)	31	

Tabela A.7.4: Distribuição de frequências para o uso das estratégias de enfrentamento, ao longo do tempo, para cada domínio, de acordo com o tratamento

Avaliação das estratégias de enfrentamento - n (%)								
Domínio	TEMPO	Tratamento	não utiliza ou utiliza pouco	utiliza algumas vezes	utiliza grande parte das vezes	utiliza sempre	Total	valor p
RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS	0	ambulatorio	17 (12)	28 (20)	68 (48)	30 (21)	143	0.37
		cirurgia	15 (15)	24 (24)	38 (38)	22 (22)	99	
		recusa trat.	5 (12)	7 (17)	18 (44)	11 (27)	41	
		trat. CA	7 (24)	7 (24)	7 (24)	8 (28)	29	
		trat. tireóide	3 (8)	12 (32)	12 (32)	11 (29)	38	
	3	ambulatorio	22 (19)	32 (27)	51 (44)	12 (10)	117	0.06
		cirurgia	11 (14)	14 (17)	41 (51)	15 (19)	81	
		recusa trat.	3 (13)	6 (25)	9 (38)	6 (25)	24	
		trat. CA	2 (8)	7 (27)	7 (27)	10 (39)	26	
		trat. tireóide	3 (10)	8 (26)	14 (45)	6 (19)	31	
	6	ambulatorio	17 (36)	13 (28)	14 (30)	3 (6)	47	0.05
		cirurgia	8 (21)	4 (11)	22 (58)	4 (11)	38	
		recusa trat.	1 (11)	0 (0)	6 (67)	2 (22)	9	
		trat. CA	0 (0)	4 (29)	8 (57)	2 (14)	14	
		trat. tireóide	1 (8)	3 (23)	4 (31)	5 (39)	13	
	9	ambulatorio	25 (24)	35 (34)	39 (38)	4 (4)	103	<0.01
		cirurgia	8 (10)	19 (24)	37 (47)	15 (19)	79	
		recusa trat.	5 (17)	8 (27)	11 (37)	6 (20)	30	
		trat. CA	1 (4)	6 (24)	14 (56)	4 (16)	25	
		trat. tireóide	4 (13)	6 (19)	10 (32)	11 (36)	31	
REAVALIAÇÃO POSITIVA	0	ambulatorio	23 (16)	43 (30)	56 (39)	21 (15)	143	0.52
		cirurgia	15 (15)	33 (33)	36 (36)	15 (15)	99	
		recusa trat.	6 (15)	10 (24)	21 (51)	4 (10)	41	
		trat. CA	3 (10)	10 (35)	14 (48)	2 (7)	29	
		trat. tireóide	8 (21)	14 (37)	12 (32)	4 (11)	38	
	3	ambulatorio	27 (23)	40 (34)	41 (35)	9 (8)	117	0.01
		cirurgia	10 (12)	28 (35)	31 (38)	12 (15)	81	
		recusa trat.	3 (13)	8 (33)	11 (46)	2 (8)	24	
		trat. CA	1 (4)	4 (15)	15 (58)	6 (23)	26	
		trat. tireóide	3 (10)	12 (39)	14 (45)	2 (7)	31	
	6	ambulatorio	14 (30)	19 (40)	13 (28)	1 (2)	47	0.04
		cirurgia	5 (13)	13 (34)	19 (50)	1 (3)	38	
		recusa trat.	0 (0)	1 (11)	7 (78)	1 (11)	9	
		trat. CA	0 (0)	5 (36)	7 (50)	2 (14)	14	
		trat. tireóide	1 (8)	4 (31)	8 (62)	0 (0)	13	
	9	ambulatorio	28 (27)	34 (33)	36 (35)	5 (5)	103	<0.01
		cirurgia	10 (13)	22 (28)	36 (46)	11 (14)	79	
		recusa trat.	2 (7)	6 (20)	20 (67)	2 (7)	30	
		trat. CA	0 (0)	5 (20)	14 (56)	6 (24)	25	
		trat. tireóide	4 (13)	9 (29)	13 (42)	5 (16)	31	

Tabela A.8.1: Distribuição de frequências para o uso das estratégias de enfrentamento, ao longo do tempo, para cada domínio, de acordo com o hábito de fumar

Avaliação das estratégias de enfrentamento - n (%)								
Domínio	TEMPO	Tabagismo	não utiliza ou utiliza pouco	utiliza algumas vezes	utiliza grande parte das vezes	utiliza sempre	Total	valor p
CONFRONTO	0	ex-tabagista	42 (58)	28 (39)	2 (3)	0 (0)	72	0.62
		não	117 (54)	90 (42)	9 (4)	1 (1)	217	
		sim	35 (57)	25 (41)	1 (2)	0 (0)	61	
	3	ex-tabagista	51 (71)	17 (24)	4 (6)	0 (0)	72	0.32
		não	112 (67)	51 (30)	5 (3)	0 (0)	168	
		sim	20 (63)	12 (38)	0 (0)	0 (0)	32	
	6	ex-tabagista	21 (75)	7 (25)	0 (0)	0 (0)	28	0.69
		não	49 (75)	14 (22)	2 (3)	0 (0)	65	
		sim	6 (40)	9 (60)	0 (0)	0 (0)	15	
	9	ex-tabagista	37 (55)	28 (42)	2 (3)	0 (0)	67	0.77
		não	105 (71)	39 (26)	5 (3)	0 (0)	149	
		sim	22 (67)	9 (27)	1 (3)	1 (3)	33	
AFASTAMENTO	0	ex-tabagista	34 (47)	31 (43)	6 (8)	1 (1)	72	0.66
		não	95 (44)	109 (50)	13 (6)	0 (0)	217	
		sim	27 (44)	31 (51)	3 (5)	0 (0)	61	
	3	ex-tabagista	34 (47)	29 (40)	9 (13)	0 (0)	72	0.62
		não	70 (42)	78 (46)	20 (12)	0 (0)	168	
		sim	11 (34)	19 (59)	2 (6)	0 (0)	32	
	6	ex-tabagista	10 (36)	14 (50)	4 (14)	0 (0)	28	0.33
		não	22 (34)	36 (55)	7 (11)	0 (0)	65	
		sim	3 (20)	8 (53)	4 (27)	0 (0)	15	
	9	ex-tabagista	24 (36)	32 (48)	11 (16)	0 (0)	67	0.48
		não	54 (36)	79 (53)	15 (10)	1 (1)	149	
		sim	10 (30)	18 (55)	5 (15)	0 (0)	33	
AUTO CONTROLE	0	ex-tabagista	16 (22)	29 (40)	22 (31)	5 (7)	72	0.94
		não	40 (18)	99 (46)	71 (33)	7 (3)	217	
		sim	11 (18)	28 (46)	19 (31)	3 (5)	61	
	3	ex-tabagista	11 (15)	36 (50)	21 (29)	4 (6)	72	0.11
		não	23 (14)	103 (61)	39 (23)	3 (2)	168	
		sim	3 (9)	17 (53)	12 (38)	0 (0)	32	
	6	ex-tabagista	5 (18)	17 (61)	5 (18)	1 (4)	28	0.39
		não	7 (11)	42 (65)	15 (23)	1 (2)	65	
		sim	3 (20)	5 (33)	7 (47)	0 (0)	15	
	9	ex-tabagista	6 (9)	34 (51)	24 (36)	3 (5)	67	0.48
		não	23 (15)	84 (56)	41 (28)	1 (1)	149	
		sim	4 (12)	16 (49)	13 (39)	0 (0)	33	
SUPORTE SOCIAL	0	ex-tabagista	6 (8)	21 (29)	26 (36)	19 (26)	72	0.42
		não	15 (7)	51 (24)	99 (46)	52 (24)	217	
		sim	2 (3)	23 (38)	25 (41)	11 (18)	61	
	3	ex-tabagista	7 (10)	21 (29)	30 (42)	14 (19)	72	0.93
		não	13 (8)	56 (33)	80 (48)	19 (11)	168	
		sim	5 (16)	8 (25)	13 (41)	6 (19)	32	
	6	ex-tabagista	1 (4)	10 (36)	15 (54)	2 (7)	28	0.65
		não	5 (8)	16 (25)	33 (51)	11 (17)	65	
		sim	1 (7)	5 (33)	8 (53)	1 (7)	15	
	9	ex-tabagista	5 (8)	28 (42)	31 (46)	3 (5)	67	0.27
		não	6 (4)	51 (34)	75 (50)	17 (11)	149	
		sim	6 (18)	6 (18)	20 (61)	1 (3)	33	

Tabela A.8.2: Distribuição de frequências para o uso das estratégias de enfrentamento, ao longo do tempo, para cada domínio, de acordo com o hábito de fumar

Avaliação das estratégias de enfrentamento - n (%)								
Domínio	TEMPO	Tabagismo	não utiliza ou utiliza pouco	utiliza algumas vezes	utiliza grande parte das vezes	utiliza sempre	Total	valor p
ACEITAÇÃO DE RESPONSABILIDADE	0	ex-tabagista	21 (29)	31 (43)	16 (22)	4 (6)	72	0.7
		não	61 (28)	87 (40)	63 (29)	6 (3)	217	
		sim	12 (20)	29 (48)	17 (28)	3 (5)	61	
	3	ex-tabagista	27 (38)	30 (42)	14 (19)	1 (1)	72	0.77
		não	55 (33)	80 (48)	31 (19)	2 (1)	168	
		sim	12 (38)	12 (38)	8 (25)	0 (0)	32	
	6	ex-tabagista	7 (25)	16 (57)	5 (18)	0 (0)	28	0.57
		não	20 (31)	36 (55)	9 (14)	0 (0)	65	
		sim	3 (20)	8 (53)	4 (27)	0 (0)	15	
	9	ex-tabagista	17 (25)	33 (49)	17 (25)	0 (0)	67	0.4
		não	52 (35)	71 (48)	23 (15)	3 (2)	149	
		sim	9 (27)	17 (52)	7 (21)	0 (0)	33	
FUGA E ESQUIVA	0	ex-tabagista	20 (28)	28 (39)	17 (24)	7 (10)	72	0.55
		não	59 (27)	73 (34)	51 (24)	34 (16)	217	
		sim	12 (20)	25 (41)	18 (30)	6 (10)	61	
	3	ex-tabagista	20 (28)	22 (31)	25 (35)	5 (7)	72	0.06
		não	51 (30)	70 (42)	34 (20)	13 (8)	168	
		sim	8 (25)	10 (31)	12 (38)	2 (6)	32	
	6	ex-tabagista	3 (11)	16 (57)	9 (32)	0 (0)	28	0.23
		não	19 (29)	24 (37)	16 (25)	6 (9)	65	
		sim	2 (13)	5 (33)	8 (53)	0 (0)	15	
	9	ex-tabagista	11 (16)	27 (40)	25 (37)	4 (6)	67	0.71
		não	31 (21)	62 (42)	44 (30)	12 (8)	149	
		sim	11 (33)	10 (30)	10 (30)	2 (6)	33	
RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS	0	ex-tabagista	17 (24)	12 (17)	22 (31)	21 (29)	72	0.82
		não	25 (12)	47 (22)	95 (44)	50 (23)	217	
		sim	5 (8)	19 (31)	26 (43)	11 (18)	61	
	3	ex-tabagista	11 (15)	22 (31)	22 (31)	17 (24)	72	0.08
		não	17 (10)	35 (21)	88 (52)	28 (17)	168	
		sim	7 (22)	9 (28)	12 (38)	4 (13)	32	
	6	ex-tabagista	0 (0)	11 (39)	15 (54)	2 (7)	28	0.34
		não	10 (15)	12 (19)	30 (46)	13 (20)	65	
		sim	5 (33)	0 (0)	9 (60)	1 (7)	15	
	9	ex-tabagista	9 (13)	17 (25)	30 (45)	11 (16)	67	0.97
		não	12 (8)	46 (31)	68 (46)	23 (15)	149	
		sim	5 (15)	9 (27)	13 (39)	6 (18)	33	
REAVALIAÇÃO POSITIVA	0	ex-tabagista	9 (13)	26 (36)	26 (36)	11 (15)	72	0.41
		não	40 (18)	57 (26)	89 (41)	31 (14)	217	
		sim	6 (10)	27 (44)	24 (39)	4 (7)	61	
	3	ex-tabagista	9 (13)	22 (31)	32 (44)	9 (13)	72	0.59
		não	21 (13)	62 (37)	66 (39)	19 (11)	168	
		sim	8 (25)	7 (22)	14 (44)	3 (9)	32	
	6	ex-tabagista	1 (4)	13 (46)	13 (46)	1 (4)	28	0.83
		não	5 (8)	24 (37)	32 (49)	4 (6)	65	
		sim	2 (13)	4 (27)	9 (60)	0 (0)	15	
	9	ex-tabagista	2 (3)	21 (31)	36 (54)	8 (12)	67	0.27
		não	18 (12)	44 (30)	67 (45)	20 (13)	149	
		sim	6 (18)	11 (33)	15 (46)	1 (3)	33	

Tabela A.9.1: Distribuição de frequências para o uso das estratégias de enfrentamento, ao longo do tempo, para cada domínio, de acordo com o hábito de beber

Avaliação das estratégias de enfrentamento - n (%)								
Domínio	TEMPO	Tabagismo	não utiliza ou utiliza pouco	utiliza algumas vezes	utiliza grande parte das vezes	utiliza sempre	Total	valor p
CONFRONTO	0	ex-etilista	6 (55)	5 (46)	0 (0)	0 (0)	11	>0.99
		não	87 (53)	71 (43)	5 (3)	1 (1)	164	
		sim	101 (58)	67 (38)	7 (4)	0 (0)	175	
	3	ex-etilista	17 (55)	13 (42)	1 (3)	0 (0)	31	0.89
		não	82 (67)	36 (29)	5 (4)	0 (0)	123	
		sim	83 (71)	31 (27)	3 (3)	0 (0)	117	
	6	ex-etilista	14 (70)	4 (20)	2 (10)	0 (0)	20	0.04
		não	30 (67)	15 (33)	0 (0)	0 (0)	45	
		sim	32 (74)	11 (26)	0 (0)	0 (0)	43	
	9	ex-etilista	16 (49)	16 (49)	1 (3)	0 (0)	33	0.71
		não	75 (66)	35 (31)	3 (3)	0 (0)	113	
		sim	73 (72)	24 (24)	4 (4)	1 (1)	102	
AFASTAMENTO	0	ex-etilista	6 (55)	4 (36)	1 (9)	0 (0)	11	0.88
		não	68 (42)	83 (51)	13 (8)	0 (0)	164	
		sim	82 (47)	84 (48)	8 (5)	1 (1)	175	
	3	ex-etilista	10 (32)	20 (65)	1 (3)	0 (0)	31	0.18
		não	49 (40)	56 (46)	18 (15)	0 (0)	123	
		sim	56 (48)	49 (42)	12 (10)	0 (0)	117	
	6	ex-etilista	4 (20)	13 (65)	3 (15)	0 (0)	20	>0.99
		não	12 (27)	27 (60)	6 (13)	0 (0)	45	
		sim	19 (44)	18 (42)	6 (14)	0 (0)	43	
	9	ex-etilista	10 (30)	18 (55)	5 (15)	0 (0)	33	0.9
		não	35 (31)	63 (56)	14 (12)	1 (1)	113	
		sim	43 (42)	47 (46)	12 (12)	0 (0)	102	
AUTO CONTROLE	0	ex-etilista	3 (27)	5 (46)	3 (27)	0 (0)	11	0.89
		não	24 (15)	80 (49)	51 (31)	9 (6)	164	
		sim	40 (23)	71 (41)	58 (33)	6 (3)	175	
	3	ex-etilista	3 (10)	14 (45)	10 (32)	4 (13)	31	0.07
		não	16 (13)	75 (61)	30 (24)	2 (2)	123	
		sim	18 (15)	66 (56)	32 (27)	1 (1)	117	
	6	ex-etilista	4 (20)	9 (45)	5 (25)	2 (10)	20	0.35
		não	4 (9)	28 (62)	13 (29)	0 (0)	45	
		sim	7 (16)	27 (63)	9 (21)	0 (0)	43	
	9	ex-etilista	3 (9)	17 (52)	10 (30)	3 (9)	33	0.17
		não	13 (12)	58 (51)	41 (36)	1 (1)	113	
		sim	17 (17)	58 (57)	27 (27)	0 (0)	102	
SUPORTE SOCIAL	0	ex-etilista	0 (0)	5 (46)	4 (36)	2 (18)	11	0.01
		não	10 (6)	34 (21)	74 (45)	46 (28)	164	
		sim	13 (7)	56 (32)	72 (41)	34 (19)	175	
	3	ex-etilista	5 (16)	5 (16)	17 (55)	4 (13)	31	0.41
		não	8 (7)	42 (34)	57 (46)	16 (13)	123	
		sim	12 (10)	38 (33)	48 (41)	19 (16)	117	
	6	ex-etilista	2 (10)	6 (30)	10 (50)	2 (10)	20	0.09
		não	1 (2)	10 (22)	26 (58)	8 (18)	45	
		sim	4 (9)	15 (35)	20 (47)	4 (9)	43	
	9	ex-etilista	3 (9)	17 (52)	11 (33)	2 (6)	33	0.05
		não	6 (5)	36 (32)	57 (50)	14 (12)	113	
		sim	8 (8)	32 (31)	58 (57)	4 (4)	102	

Tabela A.9.2: Distribuição de frequências para o uso das estratégias de enfrentamento, ao longo do tempo, para cada domínio, de acordo com o hábito de beber

Avaliação das estratégias de enfrentamento - n (%)								
Domínio	TEMPO	Tabagismo	não utiliza ou utiliza pouco	utiliza algumas vezes	utiliza grande parte das vezes	utiliza sempre	Total	valor p
ACEITAÇÃO DE RESPONSABILIDADE	0	ex-etilista	2 (18)	6 (55)	2 (18)	1 (9)	11	0.8
		não	43 (26)	68 (42)	45 (27)	8 (5)	164	
		sim	49 (28)	73 (42)	49 (28)	4 (2)	175	
	3	ex-etilista	10 (32)	14 (45)	7 (23)	0 (0)	31	0.92
		não	37 (30)	60 (49)	23 (19)	3 (2)	123	
		sim	46 (39)	48 (41)	23 (20)	0 (0)	117	
	6	ex-etilista	4 (20)	11 (55)	5 (25)	0 (0)	20	0.26
		não	8 (18)	29 (64)	8 (18)	0 (0)	45	
		sim	18 (42)	20 (47)	5 (12)	0 (0)	43	
	9	ex-etilista	6 (18)	17 (52)	10 (30)	0 (0)	33	0.12
		não	29 (26)	60 (53)	21 (19)	3 (3)	113	
		sim	43 (42)	44 (43)	15 (15)	0 (0)	102	
FUGA E ESQUIVA	0	ex-etilista	3 (27)	3 (27)	4 (36)	1 (9)	11	0.64
		não	33 (20)	65 (40)	41 (25)	25 (15)	164	
		sim	55 (31)	58 (33)	41 (23)	21 (12)	175	
	3	ex-etilista	6 (19)	11 (36)	12 (39)	2 (7)	31	0.2
		não	34 (28)	47 (38)	33 (27)	9 (7)	123	
		sim	39 (33)	44 (38)	25 (21)	9 (8)	117	
	6	ex-etilista	3 (15)	11 (55)	5 (25)	1 (5)	20	0.13
		não	8 (18)	16 (36)	17 (38)	4 (9)	45	
		sim	13 (30)	18 (42)	11 (26)	1 (2)	43	
	9	ex-etilista	5 (15)	13 (39)	10 (30)	5 (15)	33	0.31
		não	24 (21)	42 (37)	38 (34)	9 (8)	113	
		sim	24 (24)	44 (43)	30 (29)	4 (4)	102	
RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS	0	ex-etilista	3 (27)	3 (27)	3 (27)	2 (18)	11	0.1
		não	17 (10)	38 (23)	69 (42)	40 (24)	164	
		sim	27 (15)	37 (21)	71 (41)	40 (23)	175	
	3	ex-etilista	5 (16)	9 (29)	7 (23)	10 (32)	31	0.35
		não	14 (11)	26 (21)	65 (53)	18 (15)	123	
		sim	16 (14)	31 (27)	50 (43)	20 (17)	117	
	6	ex-etilista	2 (10)	5 (25)	10 (50)	3 (15)	20	0.7
		não	7 (16)	8 (18)	21 (47)	9 (20)	45	
		sim	6 (14)	10 (23)	23 (54)	4 (9)	43	
	9	ex-etilista	3 (9)	10 (30)	15 (46)	5 (15)	33	0.27
		não	10 (9)	29 (26)	55 (49)	19 (17)	113	
		sim	13 (13)	33 (32)	40 (39)	16 (16)	102	
REAVALIAÇÃO POSITIVA	0	ex-etilista	2 (18)	5 (46)	3 (27)	1 (9)	11	0.18
		não	23 (14)	45 (27)	68 (42)	28 (17)	164	
		sim	30 (17)	60 (34)	68 (39)	17 (10)	175	
	3	ex-etilista	3 (10)	10 (32)	13 (42)	5 (16)	31	0.06
		não	13 (11)	38 (31)	55 (45)	17 (14)	123	
		sim	22 (19)	43 (37)	43 (37)	9 (8)	117	
	6	ex-etilista	2 (10)	6 (30)	10 (50)	2 (10)	20	0.66
		não	4 (9)	15 (33)	23 (51)	3 (7)	45	
		sim	2 (5)	20 (47)	21 (49)	0 (0)	43	
	9	ex-etilista	0 (0)	14 (42)	15 (46)	4 (12)	33	0.34
		não	10 (9)	31 (27)	54 (48)	18 (16)	113	
		sim	16 (16)	31 (30)	48 (47)	7 (7)	102	

Tabela A.10.1: Distribuição de frequências para o uso das estratégias de enfrentamento, ao longo do tempo, para cada domínio, de acordo com o inventário BECK

Avaliação das estratégias de enfrentamento - n (%)								
Domínio	TEMPO	BECK	não utiliza ou utiliza pouco	utiliza algumas vezes	utiliza grande parte das vezes	utiliza sempre	Total	valor p*
CONFRONTO	0	depressão grave	0 (0)	2 (67)	1 (33)	0 (0)	3	<0.01
		depressão leve	30 (52)	27 (47)	0 (0)	1 (2)	58	
		depressão mínima	154 (59)	102 (39)	7 (3)	0 (0)	263	
		depressão moderada	10 (39)	12 (46)	4 (15)	0 (0)	26	
	3	depressão grave	1 (25)	2 (50)	1 (25)	0 (0)	4	0.04
		depressão leve	20 (56)	14 (39)	2 (6)	0 (0)	36	
		depressão mínima	155 (72)	55 (26)	4 (2)	0 (0)	214	
		depressão moderada	7 (39)	9 (50)	2 (11)	0 (0)	18	
	6	depressão grave	0 (0)	2 (100)	0 (0)	0 (0)	2	0.03
		depressão leve	4 (44)	4 (44)	1 (11)	0 (0)	9	
		depressão mínima	66 (74)	23 (26)	0 (0)	0 (0)	89	
		depressão moderada	6 (75)	1 (13)	1 (13)	0 (0)	8	
	9	depressão grave	0 (0)	2 (67)	1 (33)	0 (0)	3	0.23
		depressão leve	4 (57)	2 (29)	1 (14)	0 (0)	7	
		depressão mínima	148 (67)	66 (30)	6 (3)	1 (1)	221	
		depressão moderada	6 (75)	2 (25)	0 (0)	0 (0)	8	
AFASTAMENTO	0	depressão grave	1 (33)	2 (67)	0 (0)	0 (0)	3	0.03
		depressão leve	19 (33)	33 (57)	6 (10)	0 (0)	58	
		depressão mínima	130 (49)	121 (46)	12 (5)	0 (0)	263	
		depressão moderada	6 (23)	15 (58)	4 (15)	1 (4)	26	
	3	depressão grave	1 (25)	3 (75)	0 (0)	0 (0)	4	0.94
		depressão leve	7 (19)	24 (67)	5 (14)	0 (0)	36	
		depressão mínima	106 (50)	84 (39)	24 (11)	0 (0)	214	
		depressão moderada	2 (11)	14 (78)	2 (11)	0 (0)	18	
	6	depressão grave	0 (0)	2 (100)	0 (0)	0 (0)	2	0.32
		depressão leve	1 (11)	8 (89)	0 (0)	0 (0)	9	
		depressão mínima	31 (35)	45 (51)	13 (15)	0 (0)	89	
		depressão moderada	3 (38)	3 (38)	2 (25)	0 (0)	8	
	9	depressão grave	0 (0)	0 (0)	3 (100)	0 (0)	3	0.83
		depressão leve	2 (29)	5 (71)	0 (0)	0 (0)	7	
		depressão mínima	83 (38)	110 (50)	27 (12)	1 (1)	221	
		depressão moderada	1 (13)	6 (75)	1 (13)	0 (0)	8	

Tabela A.10.2: Distribuição de frequências para o uso das estratégias de enfrentamento, ao longo do tempo, para cada domínio, de acordo com o inventário BECK

Avaliação das estratégias de enfrentamento - n (%)								
Domínio	TEMPO	BECK	não utiliza ou utiliza pouco	utiliza algumas vezes	utiliza grande parte das vezes	utiliza sempre	Total	valor p*
AUTO CONTROLE	0	depressão grave	0 (0)	1 (33)	0 (0)	2 (67)	3	0.84
		depressão leve	9 (16)	31 (53)	15 (26)	3 (5)	58	
		depressão mínima	49 (19)	115 (44)	90 (34)	9 (3)	263	
		depressão moderada	9 (35)	9 (35)	7 (27)	1 (4)	26	
	3	depressão grave	2 (50)	1 (25)	1 (25)	0 (0)	4	0.01
		depressão leve	3 (8)	19 (53)	12 (33)	2 (6)	36	
		depressão mínima	32 (15)	128 (60)	49 (23)	5 (2)	214	
		depressão moderada	0 (0)	8 (44)	10 (56)	0 (0)	18	
	6	depressão grave	1 (50)	1 (50)	0 (0)	0 (0)	2	0.23
		depressão leve	0 (0)	5 (56)	4 (44)	0 (0)	9	
		depressão mínima	12 (14)	52 (58)	23 (26)	2 (2)	89	
		depressão moderada	2 (25)	6 (75)	0 (0)	0 (0)	8	
	9	depressão grave	0 (0)	0 (0)	3 (100)	0 (0)	3	0.22
		depressão leve	0 (0)	3 (43)	4 (57)	0 (0)	7	
		depressão mínima	32 (15)	118 (53)	67 (30)	4 (2)	221	
		depressão moderada	0 (0)	7 (88)	1 (13)	0 (0)	8	
SUPORTE SOCIAL	0	depressão grave	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (100)	3	0.58
		depressão leve	0 (0)	19 (33)	23 (40)	16 (28)	58	
		depressão mínima	22 (8)	71 (27)	113 (43)	57 (22)	263	
		depressão moderada	1 (4)	5 (19)	14 (54)	6 (23)	26	
	3	depressão grave	2 (50)	0 (0)	1 (25)	1 (25)	4	0.07
		depressão leve	2 (6)	8 (22)	21 (58)	5 (14)	36	
		depressão mínima	19 (9)	74 (35)	92 (43)	29 (14)	214	
		depressão moderada	2 (11)	3 (17)	9 (50)	4 (22)	18	
	6	depressão grave	0 (0)	2 (100)	0 (0)	0 (0)	2	0.19
		depressão leve	0 (0)	2 (22)	5 (56)	2 (22)	9	
		depressão mínima	6 (7)	23 (26)	48 (54)	12 (14)	89	
		depressão moderada	1 (13)	4 (50)	3 (38)	0 (0)	8	
	9	depressão grave	0 (0)	3 (100)	0 (0)	0 (0)	3	0.41
		depressão leve	1 (14)	1 (14)	4 (57)	1 (14)	7	
		depressão mínima	14 (6)	74 (34)	114 (52)	19 (9)	221	
		depressão moderada	2 (25)	3 (38)	3 (38)	0 (0)	8	

Tabela A.10.3: Distribuição de frequências para o uso das estratégias de enfrentamento, ao longo do tempo, para cada domínio, de acordo com o inventário BECK

Avaliação das estratégias de enfrentamento - n (%)								
Domínio	TEMPO	BECK	não utiliza ou utiliza pouco	utiliza algumas vezes	utiliza grande parte das vezes	utiliza sempre	Total	valor p*
ACEITAÇÃO DE RESPONSABILIDADE	0	depressão grave	0 (0)	0 (0)	1 (33)	2 (67)	3	0.01
		depressão leve	13 (22)	28 (48)	17 (29)	0 (0)	58	
		depressão mínima	77 (29)	111 (42)	66 (25)	9 (3)	263	
		depressão moderada	4 (15)	8 (31)	12 (46)	2 (8)	26	
	3	depressão grave	2 (50)	1 (25)	0 (0)	1 (25)	4	0.02
		depressão leve	5 (14)	17 (47)	13 (36)	1 (3)	36	
		depressão mínima	83 (39)	94 (44)	36 (17)	1 (1)	214	
		depressão moderada	3 (17)	11 (61)	4 (22)	0 (0)	18	
	6	depressão grave	0 (0)	1 (50)	1 (50)	0 (0)	2	0.84
		depressão leve	2 (22)	4 (44)	3 (33)	0 (0)	9	
		depressão mínima	27 (30)	49 (55)	13 (15)	0 (0)	89	
		depressão moderada	1 (13)	6 (75)	1 (13)	0 (0)	8	
	9	depressão grave	0 (0)	1 (33)	2 (67)	0 (0)	3	0.03
		depressão leve	1 (14)	2 (29)	3 (43)	1 (14)	7	
		depressão mínima	72 (33)	110 (50)	37 (17)	2 (1)	221	
		depressão moderada	3 (38)	4 (50)	1 (13)	0 (0)	8	
FUGA E ESQUIVA	0	depressão grave	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (100)	3	<0.01
		depressão leve	7 (12)	16 (28)	24 (41)	11 (19)	58	
		depressão mínima	82 (31)	101 (38)	54 (21)	26 (10)	263	
		depressão moderada	2 (8)	9 (35)	8 (31)	7 (27)	26	
	3	depressão grave	0 (0)	1 (25)	2 (50)	1 (25)	4	<0.01
		depressão leve	4 (11)	14 (39)	15 (42)	3 (8)	36	
		depressão mínima	73 (34)	83 (39)	45 (21)	13 (6)	214	
		depressão moderada	1 (6)	5 (28)	9 (50)	3 (17)	18	
	6	depressão grave	0 (0)	1 (50)	1 (50)	0 (0)	2	0.82
		depressão leve	2 (22)	4 (44)	3 (33)	0 (0)	9	
		depressão mínima	21 (24)	36 (40)	27 (30)	5 (6)	89	
		depressão moderada	1 (13)	4 (50)	2 (25)	1 (13)	8	
	9	depressão grave	0 (0)	1 (33)	1 (33)	1 (33)	3	0.55
		depressão leve	1 (14)	2 (29)	2 (29)	2 (29)	7	
		depressão mínima	50 (23)	89 (40)	70 (32)	12 (5)	221	
		depressão moderada	1 (13)	3 (38)	1 (13)	3 (38)	8	

Tabela A.10.4: Distribuição de frequências para o uso das estratégias de enfrentamento, ao longo do tempo, para cada domínio, de acordo com o inventário BECK

Avaliação das estratégias de enfrentamento - n (%)								
Domínio	TEMPO	BECK	não utiliza ou utiliza pouco	utiliza algumas vezes	utiliza grande parte das vezes	utiliza sempre	Total	valor p*
RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS	0	depressão grave	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (100)	3	0.08
		depressão leve	7 (12)	16 (28)	19 (33)	16 (28)	58	
		depressão mínima	36 (14)	52 (20)	113 (43)	62 (24)	263	
		depressão moderada	4 (15)	10 (39)	11 (42)	1 (4)	26	
	3	depressão grave	3 (75)	1 (25)	0 (0)	0 (0)	4	0.94
		depressão leve	3 (8)	9 (25)	17 (47)	7 (19)	36	
		depressão mínima	26 (12)	52 (24)	98 (46)	38 (18)	214	
		depressão moderada	2 (11)	5 (28)	7 (39)	4 (22)	18	
	6	depressão grave	2 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2	<0.01
		depressão leve	1 (11)	3 (33)	4 (44)	1 (11)	9	
		depressão mínima	7 (8)	19 (21)	48 (54)	15 (17)	89	
		depressão moderada	5 (63)	1 (13)	2 (25)	0 (0)	8	
	9	depressão grave	0 (0)	3 (100)	0 (0)	0 (0)	3	0.32
		depressão leve	1 (14)	1 (14)	3 (43)	2 (29)	7	
		depressão mínima	20 (9)	64 (29)	101 (46)	36 (16)	221	
		depressão moderada	4 (50)	1 (13)	2 (25)	1 (13)	8	
REAVALIAÇÃO POSITIVA	0	depressão grave	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (100)	3	0.59
		depressão leve	8 (14)	14 (24)	30 (52)	6 (10)	58	
		depressão mínima	44 (17)	89 (34)	95 (36)	35 (13)	263	
		depressão moderada	3 (12)	7 (27)	14 (54)	2 (8)	26	
	3	depressão grave	2 (50)	1 (25)	1 (25)	0 (0)	4	0.05
		depressão leve	1 (3)	11 (31)	22 (61)	2 (6)	36	
		depressão mínima	32 (15)	76 (36)	80 (37)	26 (12)	214	
		depressão moderada	2 (11)	4 (22)	9 (50)	3 (17)	18	
	6	depressão grave	0 (0)	2 (100)	0 (0)	0 (0)	2	0.33
		depressão leve	1 (11)	2 (22)	5 (56)	1 (11)	9	
		depressão mínima	4 (5)	35 (39)	46 (52)	4 (5)	89	
		depressão moderada	3 (38)	2 (25)	3 (38)	0 (0)	8	
	9	depressão grave	0 (0)	1 (33)	2 (67)	0 (0)	3	0.19
		depressão leve	0 (0)	1 (14)	4 (57)	2 (29)	7	
		depressão mínima	23 (10)	71 (32)	104 (47)	23 (10)	221	
		depressão moderada	2 (25)	3 (38)	1 (13)	2 (25)	8	