UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

SONIA BETZABETH TICONA BENAVENTE

DIFERENÇA ENTRE GÊNEROS NA PERCEPÇÃO DO ESTRESSE E ESTRATÉGIAS DE *COPING* DE PACIENTES EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO PARA CÂNCER COLORRETAL

SÃO PAULO
2012

SONIA BETZABETH TICONA BENAVENTE

DIFERENÇA ENTRE GÊNEROS NA PERCEPÇÃO DO ESTRESSE E ESTRATÉGIAS DE *COPING* DE PACIENTES EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO PARA CÂNCER COLORRETAL

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do titulo de Mestre em Ciências

Área de concentração:
Enfermagem na Saúde do Adulto

Orientadora:
Prof[a] Dr[a] Ana Lucia Siqueira Costa

SÃO PAULO
2012

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ___/___/_____

Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta"
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Benavente, Sonia Betzabeth Ticona

Diferença entre gêneros na percepção do estresse e estratégias de *coping* de pacientes em tratamento quimioterápico para câncer colorretal / Sonia Betzabeth Ticona Benavente. -- São Paulo, 2012.
137 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
Orientadora: Profª Drª Ana Lucia Siqueira Costa
Área de concentração: Enfermagem na saúde do adulto

Nome: Sonia Betzabeth Ticona Benavente

Titulo: Diferença entre gêneros na percepção do estresse e estratégias de *coping* de pacientes em tratamento quimioterápico para câncer colorretal

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do titulo de Mestre em Ciências.

Aprovado em: _____/_____/_____

Banca Examinadora

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedicatórias

Dedico este estudo a todos os pacientes que, mesmo passando por circunstâncias difíceis, se disponibilizaram e participaram desta pesquisa, acreditando que os resultados seriam úteis, direta ou indiretamente, a eles e a outros pacientes.

Agradecimentos Especiais

A Deus, por sempre me fazer continuar e me animar quando parecia tudo difícil.

Aos meus pais Gumercinda e Agustin, pelo exemplo de determinação, pelos conselhos e pelos princípios que me ensinaram e que norteiam a minha vida.

Ao Moisés, pelo carinho, companheirismo, dedicação, apoio, incentivo e amor.

Aos meus irmãos César e Julio, pela ajuda e amor.

Ao Pedrito, pelo carinho e alegria constante.

Obrigada por poder contar sempre com vocês!

Agradecimentos

À professora Ana Lucia, pelo acolhimento e oportunidade que possibilitaram meu crescimento, compreensão e disponibilizar sempre um tempo, mesmo diante de muitas atividades.
Obrigada pelo carinho e apoio!

Ao Hospital A.C. Camargo, por permitir a realização desta pesquisa.

À enfermeira Erika Maria Monteiro Santos, pela sua ajuda e colaboração.

Às professoras do curso de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, pelos conhecimentos transmitidos durante esses anos.

Ao Lucas Petri Damiani, pela análise e tratamento estatístico dos dados.

Ao grupo de pesquisa Stress, Coping e Trabalho, pelas sugestões, apoio e amizade.

À enfermeira Sara, supervisora do Núcleo de Quimioterapia, ao Fabio, equipe de enfermagem e pacientes pela disponibilidade.

À CAPES pelo apoio financeiro.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

Benavente SBT. Diferença entre gêneros na percepção do estresse e estratégias de *coping* de pacientes em tratamento quimioterápico para câncer colorretal [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.

RESUMO

O estresse é comum entre pacientes com câncer, especialmente naqueles em tratamento quimioterápico. Assim, cabe mencionar que a percepção, resposta e adaptação ao estresse caracterizam-se por componentes fisiológicos e comportamentais, os quais são determinados por diferentes fatores, incluindo o gênero. **Objetivo**: Analisar as diferenças entre gêneros na percepção do estresse e as estratégias de *coping* utilizadas pelos pacientes com câncer colorretal em tratamento quimioterápico. **Método**: Este estudo tem delineamento transversal e de campo, com abordagem quantitativa. A amostra foi composta de 100 pacientes em tratamento ambulatorial no Hospital A.C. Camargo, formada por 47 mulheres e 53 homens. Após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição acima referida, deu-se início à coleta de dados. Nesta amostra, foram utilizados um questionário para a coleta dos dados clínicos e sociodemográficos e duas perguntas abertas que se referiam aos sentimentos e preocupações; ainda, foram utilizados a Escala de Estresse Percebido PSS-10 e o Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus. Nesta pesquisa foram utilizados o qui-quadrado, correlação de Pearson e regressão linear. **Resultados**: A pontuação do nível de estresse da amostra de estudo foi, em média, 12. Identifica-se que o gênero feminino possui maior nível de estresse, sendo esta diferença estatisticamente significante ($p<0,05$). Em relação às estratégias de *coping*, homens utilizaram-nas em maior número e houve diferença estatisticamente significativa ($p\leq0,05$) para o gênero no domínio "Resolução de problemas" com predominância do gênero masculino. Finalmente, mediante o modelo de regressão linear para o estresse, gênero e *coping*, identifica-se que o gênero não está correlacionado com o estresse; porém, com o domínio "Confronto", a correlação é positiva. Já com os domínios "Resolução de problemas" e "Reavaliação positiva", a correlação é negativa. A partir da análise qualitativa, verificamos que a maioria dos pacientes consideram a quimioterapia um processo difícil, porém necessário para sua melhoria e posterior restabelecimento. Encontrou-se diferença estatisticamente significativa na categoria "outros aspectos" da

experiência negativa, com predomínio do gênero masculino. Em relação ao suporte utilizado, identifica-se diferença estatisticamente significativa com a prática religiosa com predomínio das mulheres. **Conclusão**: Mediante estes resultados, podemos afirmar que, o gênero feminino possui maior nível de estresse, o gênero masculio utiliza em maior número de estratégias de *coping* e houve diferença estatisticamente significativa no domínio "Resolução de problemas" com predominância do gênero masculino e, embora a quimioterapia seja um tratamento agressivo, a utilização das estratégias de *coping* orientadas à resolução de problemas e à reavaliação positiva diminui os níveis de estresse de forma eficaz. Portanto, as intervenções da equipe de saúde devem ser orientadas a motivar e fortalecer nos pacientes essas duas estratégias.

Descritores: estresse psicológico, adaptação psicológica, neoplasias, pacientes, identidade de gênero.

Benavente SBT. Perceived stress and coping differences between genders on colorectal cancer patients undergoing chemotherapy [dissertation]. São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.

ABSTRACT

Among cancer patients, stress is common, specially between the ones undergoing chemotherapy. Thus, we can say that the perception, response, and adaptation to stress are characterized by physiological and behavioral components, that are determined by several factors, including the gender. **Aim:** To analyze gender differences on stress perception and coping strategies used by colorectal cancer patients undergoing chemotherapy. **Method:** This research is a cross sectional study, on field, with quantitative approach. The sample was composed of 100 ambulatorial patientes of A. C. Camargo Hospital, with 47 women and 53 men. After approval from Ethics on Research Committee from above institution, was begun the data collection. In this sample, were used a socio-demographic and clinical questionnaire, and two open questions about feelings and worries; were used too, the Perceived Stress Scale PSS-10 and the Folkman and Lazarus' Ways of Coping Questionnaire. The chi squared, Pearson correlation and linear regression analysis were used to analyse the data. **Results:** The average stress level score was 12. Female gender has greater stress level, statistically significant ($p<0.05$). Regarding the coping strategies, men used more variety, with statistically significant difference ($p\leq0.05$) for the domain "Planful problem-solving" with male predominance. Finally, through the linear regression model for stress, gender and coping, was identified that gender have no correlation with stress; however, with the "Confrontative coping" there is a positive correlation. For the "Planful problem-solving" and "Positive reappraisal", the correlation is negative. From the qualitative analysis, was verified that majority of patients consider the chemotherapy a dificult process, but necessary for his improvement and recuperation. A statistically significant difference was identified, at the category "other issues" of negative experience, having male gender predominance. Regarding to the use of supporting, the women have predominance statistically significant at spiritual support. **Conclusion:** From this results, we can state that, female gender has greater stress level, regarding the coping strategies, men used more variety, with statistically significant difference for the domain "Planful problem-solving" with male predominance and despite that chemotherapy is a

aggressive treatment, using "Planful Problem-Solving" and "Possitive Reappraisal" coping strategies, reduces the stress level effectively. Consequently, the health care team interventions should be targeted to motivate and strengthen this strategies in the patients.

Descriptors: stress psychological, adaptation psychological, neoplasms, patients, gender identity.

Benavente SBT. Diferencia entre géneros en la percepción del estrés y estratégias de *coping* de pacientes en tratamiento quimioterápico para cáncer colorectal [disertación]. São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.

RESUMEN

El estrés es común en pacientes con cáncer, especialmente en los que reciben quimioterapia. Cabe mencionar que la percepción, respuesta y adaptación al estrés son caracterizadas por componentes fisiológicos y comportamentales, determinados por diferentes factores como el género. **Objetivo:** Analizar las diferencias entre géneros en la percepción de estrés y la estratégia de coping en pacientes con cáncer colorrectal en tratamiento quimioterápico. **Método:** Este estudio es transversal y de campo, con abordaje cuali-cuantitativo. La muestra fue de 100 pacientes en el hospital A.C. Camargo, compuesta por 47 mujeres y 53 hombres. Después de la aprobación por el comité de ética de las instituciones pertinentes, se dio inicio a la colecta de datos, utilizando el método de entrevista y como instrumentos: cuestionario socio-demográfico, clínico y con dos preguntas abiertas; escala de estrés percibido PSS-10; y el inventario de estratégias de *coping* de Folkman y Lazarus. En esta investigación fueron utilizados el qui-quadrado, correlación de Pearson y regresión linear. **Resultados:** La puntuación del nivel de estrés fue en media de 12. Se identifica que las mujeres presentaron los niveles más elevados de estrés ($p<0,05$), siendo esta diferecia estadísticamente significativa. En relación a las estratégias de *coping* hubo diferencia significativa para el género ($p\leq0,05$), con predominancia del género masculino en el dominio "Planeación de solución de problemas". Finalmente usando el modelo de regresión lineal para el estrés, género y coping, se identificó que el género no está relacionado com el aumento de estrés sin embargo el dominio de coping "Afrontamiento confrontativo" esta relacionado positivamente al contrario de los domínios "Planeación de solución de problemas" y "Reapreciación positiva". A partir del análisis cualitativo, verificamos que los pacientes consideran la quimioterapia como un proceso difícil, pero necesario para su mejora y restablecimiento. Se identificó diferencia estadisticamente significativa en "otros aspectos" de la experiencia negativa con maior proporcion de hombres. En relación al apoyo que los pacientes reciben, se encontró mayor apoyo espiritual por parte de mujeres. **Conclusión:** Mediante estos resultados podemos afirmar que, el género

femenino presenta nivel de estrés mas elevado, el género masculino utiliza mayor número de estratégias de *coping,* presentando diferencia estadística en el dominio planeación de solución de problemas con predominancia masculina y a pesar de que la quimioterapia sea un tratamiento agresivo, la utilización de estrategias de *coping* planeación de solución de problemas y reapreciación positiva disminuyen los niveles de estrés, portanto, lidan con la quimioterapia considerándola un beneficio. En consecuencia, las intervenciones del equipo de salud deben ser orientadas a motivar y fortalecer esas dos estrategias en los pacientes.

Descriptores: estrés psicológico, adaptación psicológica, neoplasias, pacientes, identidad de género.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Estádios do câncer colorretal 25

Figura 2- Modelo de processamento de estresse e *coping*, segundo Folkman e Lazarus, 1984. 38

Figura 3- Distribuição da percepção dos pacientes em relação ao tratamento quimioterápico, na comparação entre homens e mulheres, São Paulo - 2012..... 65

Figura 4- Representação gráfica da distribuição dos pacientes segundo a percepção em relação à ajuda que recebem para enfrentar o tratamento quimioterápico, na comparação do gênero, São Paulo - 2012. 70

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Agrupamento em estádios da UICC para o carcinoma colorretal 27

Quadro 2 - Distribuição das estratégias (itens) correspondentes a cada domínio do Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus (Savóia, 1998) 48

Quadro 3 - Classificação da pontuação para cada domínio de *coping* (Savóia, 1998) 49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos indivíduos segundo a idade, mínima, máxima, mediana, quartil e com os valores de p para a comparação do gênero, São Paulo - 2012. 56

Tabela 2 - Distribuição dos indivíduos segundo estado marital, escolaridade, cor de pele, procedência e prática religiosa com os respectivos valores de p para a comparação do gênero, São Paulo - 2012 57

Tabela 3 - Distribuição dos indivíduos segundo afastamento do trabalho, ocupação e dependentes da renda com os respectivos valores de p na comparação entre o gênero, São Paulo - 2012 59

Tabela 4 - Distribuição dos indivíduos segundo renda individual e familiar com o respectivo valor mínimo, máximo, mediana, quartil e com os valores de p na comparação do gênero, São Paulo - 2012. 61

Tabela 5 - Distribuição dos indivíduos segundo diagnóstico médico, estádio do tumor, metástase, cirurgia, tipo de tratamento quimioterápico e colostomia, com os respectivos valores p na comparação do gênero, São Paulo - 2012. 62

Tabela 6 - Distribuição dos indivíduos segundo a história familiar e doenças pregressas com os respectivos valores p na comparação do gênero, São Paulo - 2012. 64

Tabela 7 - Distribuição dos pacientes segundo os relatos do significado do tratamento quimioterápico, com os respectivos valores p na comparação do gênero, São Paulo - 2012. 68

Tabela 8 - Distribuição dos pacientes segundo a percepção de ajuda que recebem para enfrentar o tratamento quimioterápico, com os respectivos valores p na comparação do gênero, São Paulo - 2012..... 72

Tabela 9 - Resultados dos coeficientes de confiabilidade alfa de Cronbach para o instrumento PSS-10 para todos os itens quando um elemento for omitido, São Paulo – 2012. 74

Tabela 10 - Resultados dos coeficientes alfa de Cronbach para o Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus, segundo cada domínio, São Paulo - 2012. 75

Tabela 11 - Distribuição dos pacientes segundo a percepção de estresse com os respectivos valores mínimo, máximo, média, mediana, quartil e p na comparação do gênero, São Paulo - 2012..... 77

Tabela 12 - Distribuição dos pacientes segundo os domínios de *coping* com os respectivos valores de p na comparação do gênero, São Paulo - 2012. 78

Tabela 13 - Correlação entre a percepção de estresse e os domínios de *coping* com os respectivos valores de p, São Paulo - 2012. 80

Tabela 14 - Coeficientes do modelo de regressão linear para o escore de estresse na comparação do gênero e *coping* com os respectivos valores de p, São Paulo - 2012. 81

LISTA DE SIGLAS

OMS	Organização Mundial da Saúde
INCA	Instituto Nacional de Câncer
AJCC	American Joint Committee on Cancer
UICC	União Internacional Contra o Câncer
JNCI	Journal National Cancer Institute
HACC	Hospital Antônio Cândido de Camargo
USP	Universidade de São Paulo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
TA	Terapia Neoplásica
PSOF	Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes

SUMÁRIO

Lista de Figuras **30**
Lista de Quadros **31**
Lista de Tabelas **32**
Lista de Siglas **34**
1 INTRODUÇÃO **21**
1.1 Câncer colorretal 22
1.2 O estresse e o paciente com câncer 28
1.3 Diferenças de gênero na avaliação de estresse e *coping* 31
2 REFERENCIAL TEÓRICO **35**
3 OBJETIVOS **40**
4 CASUÍSTICA E MÉTODO **42**
4.1 Tipo de estudo 43
4.2 Local de estudo e dinâmica de atendimento 43
4.3 População do estudo 44
4.4 Instrumentos de coleta de dados 45
4.5 Aspectos éticos da pesquisa 50
4.6 Benefícios e riscos do estudo 51
4.7 Procedimento de coleta de dados 51
4.8 Análise e tratamento estatístico dos dados 52
5 RESULTADOS **54**
5.1 Descrição das características sociodemográficas dos pacientes 56
5.2 Descrição das características clínicas da doença dos pacientes 62
5.3 Percepção dos pacientes no que se refere às preocupações e sentimentos .. 65
5.4 Avaliação da confiabilidade dos instrumentos de coleta de dados utilizados 73
5.5 Percepção de estresse dos pacientes que recebem tratamento quimioterápico 76
5.6 Estratégias de *coping* utilizadas pelos pacientes que recebem quimioterapia 78
5.7 Correlação entre a percepção de estresse e *coping* dos pacientes que recebem tratamento quimioterápico 80

6 DISCUSSÃO 82

6.1 Reflexões da pesquisa 83

6.2 Discussão dos resultados quanto às características sociodemográficas e às diferenças de gênero da amostra de estudo 84

6.3 Discussão dos resultados quanto às características clínicas e às diferenças de gênero da amostra de estudo 87

6.4 Discussão dos resultados quanto a sentimentos e percepção relatados pelos pacientes perante o tratamento quimioterápico 93

6.5 Discussão dos resultados quanto à confiabilidade dos instrumentos 96

6.6 Discussão dos resultados quanto ao nível de estresse e às diferenças de gênero da amostra de estudo 98

6.7 Discussão dos resultados quanto às estratégias de *coping* e às diferenças de gênero da amostra de estudo 101

6.8 Discussão dos resultados quanto à correlação da percepção de estresse, *coping* e gênero da amostra de estudo 103

7 CONCLUSÕES 106

8 LIMITAÇÕES DA PESQUISA 110

REFERÊNCIAS 112

APÊNDICES 125

Apêndice A 126

Apêndice B 129

ANEXOS 132

Anexo I 133

Anexo II 134

Anexo III 136

Anexo IV 137

1 INTRODUÇÃO

Como estudante de enfermagem, vivenciei situações de estresse e seus efeitos, etapa esta da minha vida em que precisei contar com orientação e apoio. A fim de identificar e entender melhor esta mesma vivência, fiz a minha pesquisa sobre o estresse e as estratégias de *coping*[*] nos estudantes de enfermagem.

Foram evidenciadas algumas diferenças de gênero na forma de lidar com as responsabilidades acadêmicas; porém, em virtude da composição majoritariamente feminina de estudantes e por não ser o foco da investigação, essa questão restou a ser esclarecida em estudos posteriores.

Posteriormente, ao aprofundar os meus conhecimentos sobre o tema estresse em profissionais de enfermagem e pacientes, deparei-me com pacientes acometidos pelo câncer, doença considerada de grande impacto no próprio paciente, seus familiares e os profissionais de saúde. O tratamento do câncer, em especial o quimioterápico, faz com que o paciente vivencie múltiplas preocupações nas diversas esferas fisiológica, emocional, econômica e social.

A fim de esclarecer o processo de tratamento dos pacientes com câncer sob a óptica do estresse e gênero e munir todos os envolvidos nesse processo de informações necessárias para a construção e implementação de estratégias adequadas de *coping* ao estresse, nasce o interesse em desenvolver esta pesquisa entre os pacientes em tratamento quimioterápico.

1.1 CÂNCER COLORRETAL

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define o câncer como o crescimento e a disseminação descontrolada de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se para outras regiões do corpo[(1)]. Não se trata de uma doença única, mas de um conjunto de doenças[(2)].

---

[*] Será utilizado neste estudo o termo *coping* na sua versão em inglês, por não haver na língua portuguesa uma palavra única que expresse toda a sua essência. *Coping* será entendido como enfrentamento ao estresse.

O câncer está entre as principais causas de morte no mundo e é considerado a segunda maior causa de morte, após as doenças cardiovasculares[3]. Somente em 2008 ocorreram 7,6 milhões de mortes por câncer, o que representa aproximadamente 13% do total de falecimentos no mundo[1]. A projeção de mortes para 2030 da OMS estima que o número de mortes por câncer na esfera mundial aumente continuamente, atingindo 12,9 milhões de óbitos[4].

Como consequência do incremento da esperança de vida ao nascer e o aumento da densidade populacional, a evidência epidemiológica indica tendência crescente de incidência de câncer nos países em desenvolvimento, especialmente nos países em transição ou de média renda, como os da América do Sul e da Ásia[4]. O câncer foi a principal causa de mais de 70% das mortes nos países de baixa e média renda, onde os recursos destinados para prevenir, diagnosticar e tratar o câncer são limitados ou não existem[5].

O número de casos de câncer colorretal no mundo vem aumentando continuamente desde 1975[6]. O câncer colorretal, que representa 9,4% dos casos novos de todos os tipos de câncer, configura-se como o terceiro tipo mais frequente de câncer em homens e mulheres e o segundo em países desenvolvidos[7].

A American Cancer Society (ACS) estimou que 102.900 casos de câncer de cólon e 39.670 casos de câncer de reto foram diagnosticados nos Estados Unidos em 2010. O pico de incidência ocorre em indivíduos com mais de 60 anos, sendo o câncer de cólon mais frequente entre as mulheres e o câncer de reto entre os homens[8]. A International Agency for Research on Câncer (IARC) estimou a incidência de 412.900 casos de câncer colorretal em 2008 na população europeia, com prevalência dos homens sobre as mulheres[7].

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o número estimado de casos novos de câncer colorretal no Brasil em 2010 foi de 13.310 em homens e 14.800 em mulheres, com maior incidência entre as Regiões Sul e Sudeste, particularmente nos Estados de São Paulo, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro. O câncer colorretal é o terceiro mais frequente em homens e o segundo em mulheres, desconsiderando-se os tumores de pele não melanoma[2].

A série histórica dos índices de mortalidade compreendida entre 1979 e 2000 revela que o câncer colorretal apresentou crescimento médio anual de 3,65%. As taxas brutas de mortalidade passaram de 2,44 para 4,32 por 100.000 homens e de

2,80 para 4,75 por 100.000 mulheres, o que representou aumento de 76,7% e 69%, respectivamente[9]. Estudos de sobrevida baseados nos Registros de Câncer do Hospital A.C. Camargo, em São Paulo, entre 1980 e 1987, e do Hospital Erasto Gaertner, em Curitiba, entre 1990 e 1992, mostraram que, assim como relatam outros países, quanto mais avançado o estádio da doença no momento do diagnóstico, menor a chance de sobrevida[10].

No município de São Paulo, Marcolin realizou uma análise de tendência das taxas de incidência e de mortalidade por câncer de cólon e concluiu que houve aumento da incidência e mortalidade, porém o aumento da mortalidade foi em menor proporção. Tanto a incidência quanto a mortalidade foram mais pronunciadas entre os homens[11].

O tipo mais frequente de câncer colorretal é aquele considerado esporádico, que aparece em homens e mulheres em faixa etária acima dos 50 anos, sem histórico familiar de câncer de cólon nem doenças intestinais hereditárias. O carcinoma colorretal origina-se de células normais expostas a uma série de agressões, resultando no acúmulo de mutações em alguns genes importantes que levam à proliferação clonal[6].

O câncer colorretal pode se desenvolver a partir de diversos fatores, incluindo-se hábitos alimentares, com o consumo de carne vermelha, carne processada, álcool (mais de 30g de etanol por dia), gordura animal e açúcares. Outros fatores são tabagismo, doença inflamatória intestinal (doença de Crohn e colite ulcerativa) e predisposição genética[12].

É possível tomar medidas adequadas a partir da detecção precoce do câncer colorretal. O principal objetivo da detecção precoce é a identificação de pólipos adenomatosos e de câncer localizado, que permite detectar 90% de casos esporádicos de câncer colorretal, a maioria detectada em pessoas com idade acima de 40 anos[12]. Até agora existem duas estratégias disponíveis para o diagnóstico precoce: a pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF) e a colonoscopia.

Pelo fato de o câncer colorretal, na sua fase inicial, não produzir sintomas (mudança de hábitos intestinais, desconforto abdominal geral, perda de peso sem causa aparente, fadiga frequente), o diagnóstico é realizado, geralmente, em fase mais avançada[12]. Isto é constatado pela Fundação Oncocentro de São Paulo, responsável pela coordenação do Registro Hospitalar de Câncer, revelando que, dos

novos casos de câncer registrados entre 2005 e 2009, 6% estão no estádio 0; 20% no estádio I; 26% no estádio II e 48% em fases avançadas (estádios III e IV da classificação TNM), o que, com certeza, piora o prognóstico da doença e eleva a mortalidade[13].

O câncer colorretal pode ser diagnosticado na presença de sintomas ou programas de rastreamento para este tipo de doença. O diagnóstico médico das neoplasias colorretais baseia-se no quadro clínico e em exames complementares (estudo anatomopatológico das biopsias em procedimentos colonoscópicos e/ou retossigmoidoscópicos). Alteração do hábito intestinal é a queixa mais frequente, com o surgimento de diarreia, quando o tumor está localizado no cólon direito, e obstipação, quando localizado no cólon esquerdo. No exame físico, o paciente poderá apresentar anemia e massa palpável na anatomia dos cólons, além de dor na fossa ilíaca direita em conjunto com diarreia. Estes dados constituem a tríade clássica do câncer de cólon direito[12].

A maioria dos casos de câncer colorretal se origina de pólipos adenomatosos, projeções da mucosa derivadas de glândulas intestinais classificadas de acordo com sua forma (peduncular ou achatada) e histologia (tubular, vilosa ou ambas). Os pólipos do tipo viloso têm maior potencial para malignidade e seu crescimento é lento (aproximadamente 10 anos) [14].

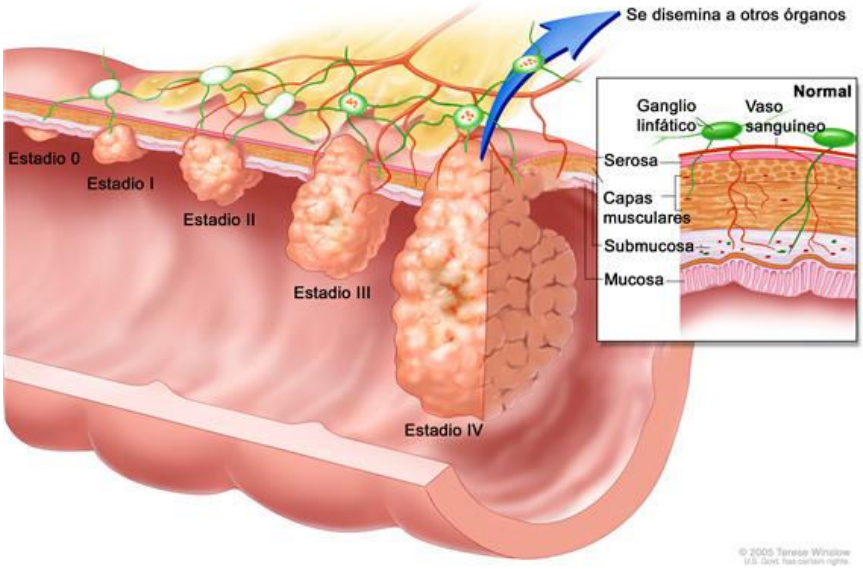

Figura 1 - Estádios do câncer colorretal

Fonte: National Cancer Institute, 2005[15].

Dukes desenvolveu o primeiro sistema prático de estadiamento direcionado aos cânceres retais no início dos anos 1930. Ao longo dos anos, vários autores tentaram aperfeiçoar o trabalho inicial de Dukes, e o sistema foi ampliado de modo a incluir tanto os cânceres de cólon como os de reto. Após diversas alterações, a revisão feita por Astler e Coller em 1954 alterou significativamente a classificação de Dukes. Um dos problemas que não foi solucionado por nenhuma das variações comumente usadas do sistema de Dukes é sua incapacidade de classificar os pacientes com base na extensão de seu envolvimento nodal[6].

O uso do estadiamento TNM vem sendo incentivado e, atualmente, é o sistema preferido e recomendado[16]; para tal, T representa a profundidade de penetração do tumor, N a presença de comprometimento de linfonodos e M, a presença ou ausência de metástase a distância[10, 17].

A partir do final dos anos 1970, com modificações em 2000, o Comitê Conjunto Norte-Americano sobre o Câncer (AJCC) e a União Internacional contra o Câncer (UICC) fizeram tentativas de unificar o sistema de estadiamento[17].

Em 2004, foi atualizada a classificação clínica - TNM para tumores de cólon e reto. Segundo esta classificação, tem-se [17]:

T - Tumor primário

TX O tumor primário não pode ser avaliado

T0 Não há evidência de tumor primário

Tis Carcinoma *in situ*: intraepitelial ou invasão da lâmina própria

T1 Tumor que invade a submucosa

T2 Tumor que invade a muscular própria

T3 Tumor invade além da muscular própria, alcançando a subserosa ou os tecidos pericólicos ou perirretais, não peritonizados

T4 Tumor que invade diretamente outros órgãos ou estruturas e/ou que perfura o peritônio visceral

N - Linfonodos regionais

NX Os linfonodos regionais não podem ser avaliados

N0 Ausência de metástase em linfonodos regionais

N1 Metástase em 1 a 3 linfonodos regionais

N2 Metástase em 4 ou mais linfonodos regionais

M – Metástase a distância

MX A presença de metástase a distância não pode ser avaliada

M0 Ausência de metástase a distância

M1 Metástase a distância

O agrupamento em estádios no sistema TNM e suas correspondências com as classificações de Dukes e de Astler e Coller são mostrados no Quadro 1[6].

Quadro 1 - Agrupamento em estádios da UICC para o carcinoma colorretal

Estádio	TNM	Dukes	Astler Coller
0	Tis, N0, M0	A	A
I	T1, T2; N0; M0	A	B1
IIA	T3; N0; M0	B	B2
IIB	T4; N0; M0		B3
IIIA	T1, T2; N1; M0		C1
IIIB	T3, T4; N1; M0	C	C2, C3
IIIC	Qualquer T; N2; M0		C1, C2, C3
IV	Qualquer T; qualquer N; M1	D	D

Fonte: União Internacional contra o Câncer, 2006.

No tratamento do câncer há três pilares: cirurgia, quimioterapia e radioterapia (esta somente para câncer de reto)[18,19]. O tratamento para o câncer colorretal depende do tamanho, da localização e da extensão do tumor, bem como das condições gerais de saúde do paciente.

O tratamento cirúrgico consiste na remoção do tumor propriamente dito. Utilizado em cerca de 90% dos pacientes de câncer de cólon e na maioria dos casos com fim curativo, a ressecção e o exame de, pelo menos, 12 linfonodos é necessário para determinar o estadiamento correto e decidir a respeito da quimioterapia adjuvante subsequente[6]. Após a cirurgia curativa, as taxas de sobrevida global de cinco anos variam entre 75 e 80% para o câncer de cólon em estádio II e raramente superam 60% para doença em estádio III. Assim, o tratamento adjuvante, nesses casos, passa a ser uma necessidade[6].

A quimioterapia é uma terapia sistêmica, o que significa que as drogas entram na circulação sanguínea e percorrem todo o organismo. A maioria das drogas anticâncer é administrada por injeção direta na veia ou por meio de dispositivo de acesso venoso implantável[10].

Tratamento quimioterápico adjuvante é o termo utilizado para a administração de drogas quimioterápicas, no período pós-cirúrgico, para diminuir a chance de recidiva da doença pela implantação de possíveis células tumorais e erradicação das micrometástases[20]. Já no tratamento neoadjuvante, a quimioterapia é realizada no período que antecede a cirurgia, com intuito de reduzir a massa tumoral e facilitar a retirada cirúrgica da área comprometida pela doença.

No tratamento quimioterápico, utiliza-se o fármaco 5-fluorouracil (5-FU) associado com levamisol ou leucovorina. O fluorouracil é uma droga ciclocelular específica (fase S) que bloqueia a síntese de timidina (componente essencial do DNA), inibindo também a síntese de RNA e proteínas. O levamisol é um agente anti-helmíntico com propriedades imunomoduladoras e toxicidade leve quando combinado com o 5-FU, tornando-se uma combinação para a terapia adjuvante nos pacientes de câncer de cólon em estádio III ressecado[20].

A radioterapia caracteriza-se por ser um tipo de tratamento que lesa qualquer tecido em seu caminho. No tecido-alvo, a radiação danifica o DNA e gera, a partir da água celular, radicais livres capazes de danificar membranas celulares, proteínas e organelas. Pode ser aplicada isoladamente ou em conjunto com a quimioterapia, a fim de curar tumores localizados e controlar tumores disseminados[21].

1.2 O ESTRESSE E O PACIENTE COM CÂNCER

O câncer e seu subsequente tratamento provocam alterações significativas na vida do indivíduo, o que ocasiona manifestações de estresse e afeta sua qualidade de vida. Pelas características de gravidade da doença e seu tratamento, frequentemente associados a dor, morte, sofrimento e imprevisibilidade de seu curso[22], o câncer se tornou uma doença temida, independentemente da etnia e das condições socioeconômicas da população em geral[6].

Segundo a OMS, em todos os países, até 50% dos pacientes com câncer relatam estresse psicológico[4]. Embora o prognóstico seja otimista para a maioria dos pacientes diagnosticados no estádio inicial da doença, o diagnóstico de câncer tem profundo impacto psicossocial para o paciente e seus familiares.

Vários autores analisaram o significado do câncer para os pacientes. Assim, Bergamasco[23], em seu estudo, apresentou a vivência da mulher na experiência com câncer de mama, verificando que, durante o período de diagnóstico, as reações e os sentimentos das mulheres variaram desde a indiferença até o medo real. O tempo de espera entre a análise e a confirmação dos resultados foi traduzido em sinais de ansiedade, angústia e desamparo, os quais foram acompanhados de pensamentos de morte e pânico.

Apóstolo et al.[24], ao analisarem o sofrimento das pacientes com doença oncológica de mama ou ginecológica submetidas à quimioterapia, identificaram que elas apresentaram níveis de sofrimento mais elevados no que diz respeito aos aspectos sociorrelacionais, o que reflete a dimensão do sofrimento empático. As pacientes referiram sofrimento pelo processo de sua doença e as consequências desse processo em seus familiares. No contexto físico, as pacientes perceberam maior desconforto em relação às sensações do corpo, ou seja, todo o desequilíbrio que o tratamento de quimioterapia provoca na imagem corporal e na sintomatologia subjacente.

Na análise da antropologia interpretativa e do estudo de caso etnográfico, Anjos[25] analisou a compreensão do câncer e seu tratamento a partir da visão da paciente com câncer de mama. Verificou que, para as mulheres, o tratamento tem um significado de perda de controle da vida nessa trajetória permeada por alterações de vida diária, insegurança e estigmas.

No método etnográfico de estudo de caso, Silva[26] analisou a experiência de pacientes na revelação do diagnóstico de câncer hematológico. Nesta análise, identificou-se que, no período de espera de confirmação do diagnóstico, foram vivenciadas inúmeras dúvidas, incertezas e a sensação de medo, consideradas sensações estressantes e de grande desgaste emocional. No momento da revelação diagnóstica, as reações provocadas foram sentidas por um estado de choque, acompanhado de incerteza e medo da morte.

Henselmans et al. identificaram diferentes trajetórias do estresse psicológico durante o primeiro ano após o diagnóstico da doença em 171 pacientes com câncer de mama. Os autores identificaram pacientes que vivenciaram estresse: 33,3% deles encontravam-se na fase ativa do tratamento e 15,2% na fase de recidiva. Do total dos pacientes, 15,2% apresentavam estresse crônico. Os autores também referem que, após o tratamento, houve declínio da sensação de estresse e poucos se mantiveram com esta alteração[27].

Em pesquisa realizada no Reino Unido com 161 pacientes homens com câncer de mama, os autores identificaram sintomas clínicos de ansiedade em 6% e depressão em 1%, ao passo que 23% relataram alto nível de estresse em relação ao câncer. Também apontaram como fatores associados ao estresse o uso de estratégias de esquiva, imagem negativa do corpo, sentimentos de medo e incerteza em relação à doença que os pacientes relataram[28].

No que se refere ao tratamento quimioterápico, apesar de representar uma chance de cura, suas características de tratamento cíclico, intenso e sistêmico geram reações de desconforto e mal-estar orgânico e emocional no paciente. Os efeitos colaterais estão amplamente registrados na literatura, como queda de cabelo, enjoo, diarreia, vômitos, fadiga, escurecimento da pele e ulcerações na mucosa oral, levando o paciente, muitas vezes, a vivenciar sentimentos de revolta diante de tal situação e vergonha da própria imagem[20, 29, 30].

Longos períodos de tratamento, hospitalizações repetidas e efeitos colaterais da quimioterapia, associados ao diagnóstico, podem afetar a *psyche* destes pacientes. A severidade da quimioterapia e seus efeitos colaterais levam a maioria dos pacientes ao abandono ou à interrupção do tratamento[24]. A National Comprehensive Cancer Network (NCCN) define o estresse no câncer como uma experiência emocional multifatorial desagradável e de natureza psicológica (cognitiva, comportamental e emocional), social e/ou espiritual que pode interferir na capacidade de lidar efetivamente com a doença, seus sintomas físicos e seu tratamento. O estresse se estende além dos sentimentos comumente relatados de vulnerabilidade, tristeza e medo, para aqueles incapacitantes, como depressão, ansiedade, pânico, isolamento social, crise espiritual e existencial[31].

O estresse é comum entre pacientes com câncer, especialmente aqueles que recebem quimioterapia. Herschbach et al.[32] analisaram o estresse psicossocial e a

relevância de variáveis como localização e estadiamento do tumor, duração da doença e terapia utilizada em uma amostra de 6.365 pacientes alemães. A análise dos grupos de tratamento mostrou que pacientes que receberam radioterapia ou fizeram cirurgia apresentaram estresse semelhante àqueles que ainda não tinham recebido tratamento nos dois últimos meses, e revelou que o maior impacto de estresse foi o tratamento quimioterápico.

Pandey et al.[18] avaliaram os efeitos da quimioterapia sobre a percepção de estresse, ansiedade e depressão em 117 pacientes com diferentes tipos de câncer, com a maioria em tratamento quimioterápico para tumores sólidos. Os resultados mostraram significativa elevação de estresse espiritual, ansiedade em 15,38% e depressão em 16,23% dos pacientes, o que representa elevada morbidade psicológica. Os autores também afirmaram que o estresse parece estar presente na primeira fase do tratamento e ser possível gerador de ansiedade.

Trask et al.[33] identificaram que 30 a 50% dos pacientes com câncer testicular que receberam quimioterapia relataram piora da qualidade de vida associada com níveis de estresse moderado a alto no início do tratamento. Por outro lado, os resultados também demonstram que, ao longo do tratamento quimioterápico e do seguimento pós-tratamento, a ansiedade e o estresse diminuíram e se mantiveram em níveis reduzidos.

1.3 DIFERENÇAS DE GÊNERO NA AVALIAÇÃO DE ESTRESSE E *COPING*

Nesta análise, considera-se relevante definir os conceitos “sexo” e “gênero”. Define-se sexo como a função biológica do ser humano, ao passo que o conceito de gênero refere-se às características psicológicas, sociais e culturais assinaladas em função do sexo[34]. Diante disso, cabe mencionar que a resposta e adaptação ao estresse caracterizam-se por componentes fisiológicos e comportamentais, determinados por diferentes fatores, incluindo duração, severidade e tipo de estressor, assim como gênero, genética, experiências pessoais, fatores cognitivos, culturais e rede de apoio social[35].

No que se refere às atribuições tradicionais do gênero, segundo autores, ao feminino prescrevem-se comportamentos de dependência, envolvimento em rede social, expressividade emocional e anteposição das necessidades dos outros às próprias. Ao masculino, prescreve-se comportamento de autonomia, autoconfiança, diligência e orientação a objetivos. Estes atributos conferem ao homem dificuldade de aceitação e expressão de sentimentos como fraqueza, incompetência e medo; para as mulheres, a dificuldade se dá para condutas de solução de problemas[36]. O estresse associado com identificação dos atributos do gênero é diferente entre homens e mulheres, tanto na sua percepção como no seu estilo de *coping*.

Volkers analisa as diferenças de gênero no *coping* dos pacientes com câncer, salientando que as mulheres são melhores comunicadoras e os homens separam áreas da sua vida em compartimentos diferentes. Durante momentos estressantes, as mulheres querem falar sobre o problema; já os homens preferem não fazê-lo. Segundo profissionais de saúde que interagem com pacientes com câncer, estes estilos de comunicação específicos dos gêneros ajudam a explicar como homens e mulheres enfrentam de diferentes formas o diagnóstico do câncer[37].

As pesquisas sobre câncer de cólon focam, principalmente, os estudos de qualidade de vida. No que se refere aos processos de *coping* ao estresse, porém, as diferenças de gênero foram encontradas em portadores de outros tipos de câncer. Assim, Jacobs et al.[38], ao estudarem as diferenças de gênero nas respostas psicossociais de 100 pacientes com câncer de pulmão, identificaram que as diferenças se encontram nas estratégias de *coping* no âmbito religioso e nas práticas espirituais das mulheres.

Hamama-Raz[39] estudou as diferenças de gênero relacionadas ao ajustamento psicológico em uma amostra de 300 sobreviventes de melanoma. Os resultados revelam que a mulher vivencia maior estresse, menor avaliação cognitiva secundária (processo que foca em minimizar o dano ou maximizar o ganho através de respostas de *coping*) e se sente mais segura no *coping* com ênfase na capacidade de formar relacionamentos e obter apoio social. Os homens mostraram maior avaliação cognitiva secundária e foram mais relutantes em apoio social. Não foram encontradas diferenças entre os grupos em bem-estar mental, funcionalidade e avaliação primária cognitiva ou na medida global de *hardiness*.

Pesquisas sobre estresse psicológico em pacientes com câncer evidenciam diferenças de gênero perante o tratamento de radioterapia e cirurgia. Matthews[40] estudou as diferenças de gênero na avaliação de estresse relacionado ao câncer comparando os pacientes e seus cuidadores em uma amostra de 270 indivíduos, em igual proporção de pacientes e cuidadores. Os resultados indicam que as cuidadoras têm maior pontuação que os cuidadores (homens) em ansiedade relacionada ao câncer, incerteza futura e medo de recidiva. Entre os pacientes, o gênero não foi um fator de diferença.

Goldzweig et al.[41] estudaram o gênero e o estresse psicológico em uma amostra de 231 pacientes e seus cônjuges com câncer colorretal. Os resultados apoiam a hipótese de que pacientes casados lidam melhor com o câncer do que pacientes solteiros. Pacientes do gênero masculino relatam maior apoio do cônjuge que pacientes mulheres, ao passo que estas revelam maior apoio dos amigos. Pacientes e cônjuges mulheres enfrentam o estresse melhor que os homens, principalmente com a utilização da rede de apoio social.

Hagedoorn et al.[42] realizaram pesquisa sobre as diferenças de gênero considerando o estresse e a qualidade de vida entre casais que vivenciam a experiência do câncer (paciente *versus* cônjuge). Os resultados mostram que as mulheres, pacientes ou parceiras, não apresentam diferença em termos de estresse e qualidade de vida, mas apresentam elevado nível de estresse em ambas as situações. Os homens têm maior estresse quando são pacientes quando comparados com os parceiros e as mulheres, tanto esposas como pacientes, são fortemente influenciadas pelo estado do seu parceiro.

Para análise da pesquisa atual, escolheu-se estudar a percepção de estresse nos pacientes com câncer colorretal por ser um dos tipos de tumores mais frequentes, de grande incidência em nosso meio, e por considerar-se a possibilidade da atuação do enfermeiro na prevenção e no delineamento de intervenções para o alívio de sintomas emocionais, tão presentes entre estes doentes. Segundo Loscalzo, citado por Volkers, é preciso entender como homens e mulheres integram estresse e *coping* e aprender como os profissionais de saúde podem interagir e ajudá-los de modo mais eficaz[37].

Em revisão da literatura, identificou-se reduzido número de estudos que avaliem as diferenças do gênero na percepção do estresse e estratégias de

enfrentamento dos pacientes oncológicos, em especial aqueles com câncer colorretal. Ainda, considerando a relevância das ações do enfermeiro e da equipe no cuidado, no apoio e na promoção da segurança do paciente e família durante as diferentes fases do tratamento oncológico, pretende-se com esta pesquisa ampliar o conhecimento e contribuir para que as diferenças e individualidades sejam incorporadas na avaliação e no delineamento das condutas terapêuticas em enfermagem[43,44].

Os resultados deste estudo fornecem subsídios para que outras pesquisas sejam realizadas em uma área tão pouco estudada como as diferenças do gênero no paciente oncológico.

Diante do exposto, faz-se a seguinte pergunta: quais são as diferenças entre os gêneros na percepção do estresse e as estratégias de *coping* dos pacientes em tratamento quimioterápico para câncer colorretal?

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Nesta pesquisa, o referencial adotado segue o modelo transacional de Lazarus e Folkman[45], que afirmam que o estresse não está no ambiente nem na pessoa, mas é um produto da interação entre eles. O estresse psicológico é definido como a relação particular estabelecida entre o indivíduo e o meio ambiente, a qual é avaliada como excedendo seus recursos e pondo em risco o seu bem-estar.

A definição de estresse enfatiza a relação entre o sujeito e o ambiente, considerando as características do indivíduo (compromissos e crenças) e a natureza do evento. A preocupação imediata de Lazarus e Folkman foi a determinação das causas do estresse psicológico em diferentes pessoas, questão esta que foi abordada por meio da análise de dois processos críticos da relação pessoa-ambiente: a avaliação cognitiva e as estratégias de *coping*.

A avaliação cognitiva refere-se ao processo de avaliação e categorização de um evento e suas consequências para o bem-estar do indivíduo. É uma avaliação focada no significado do acontecimento que ocorre continuamente ao longo da vida nas diferentes situações (através da interação entre o sujeito e o ambiente). A avaliação será categorizada em primária e secundária. Esta denominação não indica o grau de importância ou a ordem em que acontecem, mas sim as perguntas que respondem: "Estou em problemas, serei beneficiado agora ou no futuro e de que maneira isto irá acontecer?" e "O que pode ser feito sobre isto?", respectivamente[45].

Neste processo se distinguem três diferentes etapas: a avaliação primária, a avaliação secundária e, na continuidade do estímulo estressante, a reavaliação.

Avaliação primária: neste processo, o evento é avaliado e definido como irrelevante, benéfico ou estressante.

O evento é *irrelevante* quando o indivíduo, no encontro com a situação, não percebe implicações negativas para o seu bem-estar e, desse modo, não investe esforços e/ou recursos para a solução da situação. Esta é percebida como sem valor, necessidade ou compromisso.

O evento é *benéfico* se o resultado da interação com o ambiente tem implicações positivas para o indivíduo. Caracteriza-se por emoções prazerosas como alegria, amor, felicidade ou paz[45].

Quando o evento é considerado *estressante*, pode ser subdividido em dano/perda, ameaça e desafio. Na situação de *dano/perda*, a perda já foi percebida pelo indivíduo, o que traz implicações significativas na esfera emocional. A situação de *ameaça* se refere a danos ou perdas que ainda não aconteceram, mas que são percebidos de maneira antecipada; têm implicações negativas, como sentimentos de medo, ansiedade e raiva; e permitem antecipação de enfrentamento. A situação de *desafio* tem muito em comum com a situação de *ameaça* devido à mobilização de esforços de enfrentamento; porém, a principal diferença é o foco voltado para o potencial de ganho ou crescimento inerente à situação, caracterizado por emoções prazerosas como avidez, entusiasmo e alegria. Cabe ressaltar que as avaliações de ameaça e desafio não são necessariamente excludentes, pois em uma mesma situação podem ser vivenciadas ambas as situações[45].

Avaliação secundária: quando uma situação é identificada como estressante, seja ela ameaça ou desafio, o indivíduo deverá empreender ações para o controle da situação. Neste processo, ocorre uma avaliação cognitiva complexa, em que se levam em consideração os recursos disponíveis de *coping*, a capacidade de empregar estratégias e suas consequências[45]. Os recursos de *coping* podem ser pessoais, como saúde física, moral, crenças ideológicas, experiências prévias de *coping*, inteligência, entre outros; os recursos socioecológicos incluem relacionamento conjugal, características familiares, redes sociais, circunstâncias econômicas, entre outros[46].

A interação entre a avaliação primária e a secundária é complexa, o que determina o grau de estresse, a força e a qualidade da reação emocional[45].

Reavaliação: é um processo de retroalimentação baseada em novas informações do ambiente, que podem diminuir ou aumentar a pressão sobre o indivíduo e as reações da própria pessoa. Assim, uma ameaça pode ser reavaliada como infundada ou uma avaliação positiva pode se tornar em uma ameaça. A reavaliação é, simplesmente, uma avaliação após uma avaliação anterior já ter ocorrido sobre o mesmo episódio. Em essência, avaliação e reavaliação não diferem[47].

Neste modelo, entende-se *coping* como um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais utilizado pelo indivíduo com o objetivo de lidar com as situações de estresse. As estratégias de *coping* são ações que podem ser aprendidas. Neste sentido, *coping* é o processo por intermédio do qual o sujeito administra as demandas da relação pessoa-ambiente que são avaliadas como estressantes e as emoções provenientes desta relação. Em 1966, Lazarus identificou duas formas de *coping*: ação direta e paliativa. Em 1984, Lazarus e Folkman modificaram os nomes destas duas formas de *coping*, chamando-as, respectivamente, de estratégias de *coping* focadas no problema e focadas na emoção[45].

As estratégias focadas no problema envolvem esforços para definir o problema, gerar soluções alternativas, avaliar os custos e benefícios das várias ações, tomar ações para mudar o que é possível mudar e, se necessário aprender novas habilidades em relação ao resultado desejado ou esperado. Os esforços focados no problema podem ser dirigidos para mudar algum aspecto do ambiente ou para alterar algum aspecto de si mesmo. Muitos dos esforços dirigidos a si mesmo ficam na categoria de reavaliações, como, por exemplo, mudar o significado da situação ou evento, reduzir o envolvimento do ego ou reconhecer a existência de recursos ou fortalezas pessoais[45-47].

Estratégias focadas na emoção são dirigidas à diminuição do estresse emocional. Estas táticas incluem esforços como distanciamento, evasão, atenção seletiva, culpar a outros, minimização, pensamentos positivos, expressar emoções, procurar apoio social, praticar exercícios e meditar[45,47].

Diferentemente das estratégias focadas no problema, as estratégias focadas na emoção não mudam o significado da situação diretamente. Por exemplo, fazer exercícios vigorosos ou meditação pode ajudar o indivíduo a reavaliar o significado de uma situação, mas a atividade não muda diretamente o significado da situação. O *coping* focado na emoção é o tipo mais comum de estratégias utilizadas na impossibilidade de mudança da situação[48].

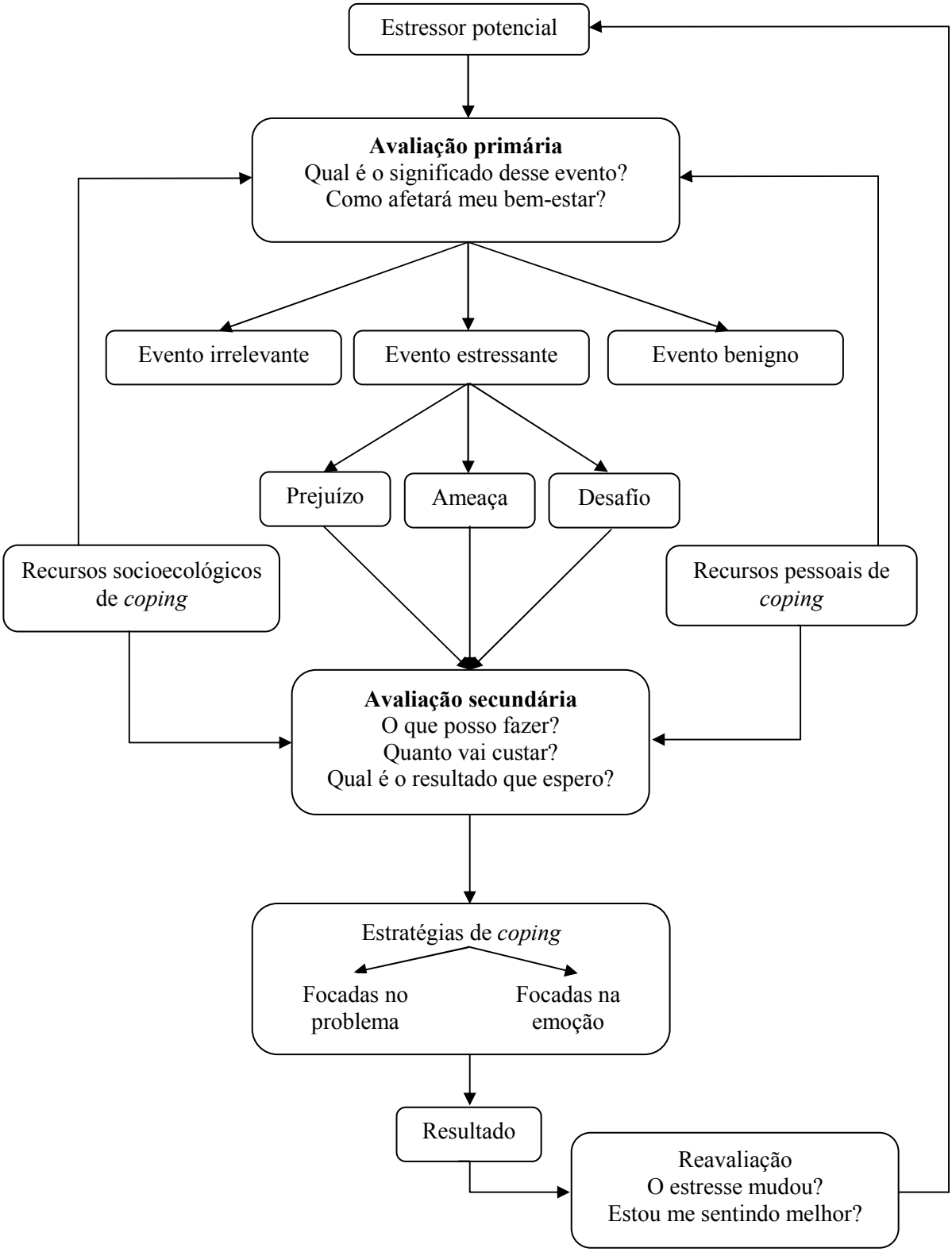

Figura 2 - Modelo de processamento de estresse e *coping* segundo Folkman e Lazarus, 1984

Fonte: Antoniazzi AS et al. O conceito de *coping*: uma revisão teórica. Estudos de Psicologia. 1998;3(2):273-294

3 OBJETIVOS

Com o intuito de melhor conhecer as diferenças na percepção do estresse e as estratégias de *coping* do paciente em tratamento quimioterápico, foram selecionados os seguintes objetivos:

a. Analisar as diferenças de gênero na associação existente entre a percepção do estresse e as estratégias de *coping* destes pacientes em tratamento quimioterápico;

b. Conhecer as diferenças de gênero no que se refere às preocupações e aos sentimentos dos pacientes em tratamento quimioterápico;

c. Verificar as diferenças de gênero na percepção do estresse destes pacientes;

d. Conhecer as diferenças de gênero nas estratégias de *coping* destes mesmos indivíduos;

e. Identificar os dados sociodemográficos e as características clínicas da doença.

4 CASUÍSTICA E MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo tem delineamento transversal e de campo, com abordagem quantitativa e qualitativa[49,50].

4.2 LOCAL DE ESTUDO E DINÂMICA DE ATENDIMENTO

Este estudo foi realizado no Hospital A.C. Camargo, localizado no bairro da Liberdade, no Estado de São Paulo. Inaugurado em 1953, trata-se de uma instituição particular e filantrópica, cuja missão é oferecer tratamento a pacientes com câncer.

O Hospital A.C. Camargo é um centro de referência internacional em ensino, pesquisa e tratamento multidisciplinar no tratamento de câncer.

É um hospital de grande porte; possui um centro de tratamento oncológico completo com 60 mil m², contemplando 321 leitos hospitalares, Ambulatórios de Atendimento, Área de Diagnóstico, UTI, Centro Cirúrgico, Anatomia Patológica, Quimioterapia e Radioterapia.

O Centro de Quimioterapia Ambulatorial possui cinco postos de enfermagem e 43 salas para aplicação de Terapia Antineoplásica (TA). Destes cinco postos de enfermagem, o primeiro realiza a triagem dos pacientes e os outros quatro realizam a administração da TA. O Centro de Quimioterapia Ambulatorial realiza, em média, 200 procedimentos diariamente, dos quais 90 a 100 são aplicações de TA.

O Núcleo de Quimioterapia, também chamado de Centro de Quimioterapia Ambulatorial, foi escolhido para a coleta de dados por atender um número suficiente de pacientes com câncer de cólon e reto e por facilitar a obtenção das informações necessárias para esta pesquisa, tais como o prontuário clínico do paciente e a presença do próprio paciente.

Em relação à dinâmica de atendimento, os pacientes com indicação de TA agendam os ciclos de tratamento na recepção do Departamento de Oncologia Clínica. Chegado o dia agendado, os pacientes comparecem ao Núcleo de Quimioterapia e,

após verificação das autorizações administrativas para aplicação da TA, aguardam a triagem, que é realizada pelos enfermeiros do setor para avaliar o sistema imunológico do paciente mediante exames laboratoriais. Após a liberação da triagem, o paciente aguarda na recepção; quando a TA é liberada, o paciente é chamado para uma das salas de aplicação no Núcleo de Quimioterapia. Passado o tempo necessário para administração da TA, que pode variar de 1 a 5 horas aproximadamente, o paciente é avaliado pelo enfermeiro e finalmente liberado.

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

4.3.1 Amostra

A amostra de pacientes foi constituída por 100 indivíduos matriculados no Departamento de Oncologia Clínica dentre os pacientes que estavam agendados para receber o tratamento quimioterápico, durante o período de dezembro de 2011 a fevereiro de 2012. Chegou-se a este número em virtude, principalmente, da repetição dos pacientes entrevistados, visto que o tratamento quimioterápico ou antineoplásico dos pacientes é constituído de ciclos repetidos que variam dependendo da finalidade do tratamento, da avaliação do tumor, do paciente, entre outras.

O tamanho da amostra foi de 100 pacientes, sendo 47 mulheres e 53 homens. Tendo em vista a análise proposta, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

4.3.2 Critérios de inclusão

a. Pacientes com diagnóstico médico de câncer cólon e reto;

b. Pacientes que vivenciam a experiência de tratamento quimioterápico;

c. Pacientes com ou sem colostomia;

d. Pacientes com idade superior a 21 anos;

e. Pacientes que aceitem participar do estudo e assinem o termo de consentimento livre e esclarecido.

4.3.3 Critérios de exclusão

a. Adultos com doença psiquiátrica diagnosticada;

b. Pacientes que apresentem algum tipo de alteração cognitiva que comprometa sua participação na pesquisa.

4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os dados foram provenientes de anotações do prontuário clínico e dos próprios pacientes através da entrevista. Para tal, foram utilizados os seguintes instrumentos: questionário, Escala de Estresse Percebido PSS-10 e o Inventário de Estratégias de *Coping* de Lazarus e Folkman. Descrição dos instrumentos:

4.4.1 Questionário (APÊNDICE I)

Este questionário está agrupado em três categorias: características sociodemográficas, características clínicas e duas perguntas abertas.

Características sociodemográficas: esta parte do questionário foi elaborada para caracterizar os pacientes participantes da pesquisa no que se refere aos aspectos sociodemográficos. Contempla os seguintes itens: número de registro, gênero, idade atual, cor de pele, estado marital, prática de culto religioso, escolaridade, ocupação atual, afastamento da atividade do trabalho, renda individual, renda familiar, dependentes da renda do paciente, cidade em que reside ou procedência e tempo em que mora em São Paulo.

Características clínicas: esta parte do questionário foi projetada para caracterizar as condições clínicas dos pacientes participantes da pesquisa. Abrange os seguintes itens: diagnóstico médico, tempo do diagnóstico, estadiamento do tumor, realização da cirurgia, tipo de tratamento quimioterápico (adjuvante, neoadjuvante ou paliativo), farmacologia que compõe o tratamento quimioterápico, ciclo atual da quimioterapia, presença de colostomia, tipo de colostomia, história familiar de câncer colorretal e doenças pregressas.

Perguntas estruturadas: foram formuladas duas questões que abordam a percepção do paciente sobre o tratamento quimioterápico e o suporte emocional existente para esta situação.

4.4.2 Escala de estresse percebido (PSS-10) (ANEXO I)

Esta escala mede o grau em que as situações na vida são avaliadas como estressantes. Foi originalmente desenvolvida por Cohen, Kamarck e Mermelstein[51] em 1983. Foi criada com 14 itens (PSS-14), para avaliar a percepção de experiências estressantes no último mês por meio de uma escala Likert de cinco pontuações. Posteriormente, os autores reportaram que a versão de 10 itens (PSS-10) mostrou características psicométricas mais fortes e adequados coeficientes de confiabilidade em comparação à escala de 14 itens. A escala PSS-10 apresentou coeficiente alfa de Cronbach variando entre 0,75 e 0,91.

Esta escala foi traduzida e validada em vários idiomas, como português, japonês, chinês, francês, espanhol, italiano e outros. No Brasil, os autores Reis, Hino e Añez a traduziram e validaram no ano de 2010[52]. Ela foi utilizada em várias pesquisas, seja na análise de estresse entre enfermeiros hospitalares[53], na avaliação de estresse de pacientes em pré-procedimento colonoscópico[54] ou, ainda, dos familiares de pacientes internados em UTI[55].

Esta escala é composta de itens de múltipla escolha referentes à frequência com que a pessoa percebe determinadas situações. A PSS possui 10 questões com opções de resposta que variam de 1 a 5 (1 = nunca; 2 = quase nunca; 3 = às vezes; 4

= quase sempre e 5 = sempre). As questões com notação positiva (4, 5, 7, 8) têm sua pontuação somada invertida, da seguinte maneira: 1=4, 2=3, 3=2, 4=1, 5=0. As demais questões são negativas e devem ser somadas diretamente. O total da escala é a soma das pontuações destas 10 questões. Os escores podem variar de 0 a 40.

4.4.3 Inventário de estratégias de *coping* de Folkman e Lazarus (ANEXO II)

Folkman e Lazarus, em 1985, a fim de reunir pensamentos e ações que as pessoas utilizam para lidar com demandas internas e/ou externas de um evento estressante específico, construíram a primeira escala com 66 estratégias de *coping* com base na reflexão e revisão da literatura[56].

No Brasil, esta escala foi traduzida e validada para a língua portuguesa por Savóia, Santana e Mejias em 1996, conforme os critérios técnicos aceitos para esse fim. Na fase final, o instrumento foi composto de 46 estratégias de *coping*, agrupadas em oito diferentes fatores[57].

Descrição das estratégias de *coping*:

Confronto: esforços agressivos de alteração da situação, sugerem certo grau de hostilidade e de risco.

Afastamento: esforços cognitivos de desprendimento e minimização da situação.

Autocontrole: esforços de regulação dos próprios sentimentos e ações.

Suporte social: esforços de procura de suporte informativo, suporte tangível e suporte emocional.

Aceitação da responsabilidade: reconhecimento do próprio papel do indivíduo no problema e concomitante tentativa de recompor a situação.

Fuga-esquiva: esforços cognitivos e comportamentais desejados para fugir ou evitar o problema. Os itens desta estratégia contrastam com os da estratégia de "afastamento", que sugerem distanciamento.

Resolução de problemas: esforços deliberados, focados sobre o problema, para alterar a situação. As estratégias estão associadas a uma abordagem analítica para a solução do problema.

Reavaliação positiva: esforços de criação de significados positivos, focando o crescimento pessoal, referindo-se também a uma dimensão religiosa.

Para aferição do resultado de aplicação do Inventário, deve ser feita a soma dos itens de cada fator (Quadros 2 e 3). Esta soma será classificada de acordo com as pontuações mínima e máxima possível de cada fator. Com este resultado pode-se concluir a predominância de um padrão específico de comportamento ou as estratégias mais utilizadas pelo indivíduo.

Quadro 2 - Distribuição das estratégias (itens) correspondentes a cada domínio do Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus (Savóia, 1998)

Domínios	Itens
Confronto	3- Tentei encontrar a pessoa responsável pelo problema para mudar a sua opinião. 11- Mostrei a raiva que sentia para as pessoas que causaram o problema. 19- De alguma forma extravasei meus sentimentos. 23- Enfrentei o problema como um grande desafio e fiz algo muito arriscado. 28- Procurei fugir das pessoas em geral. 35- Descontei minha raiva em outra pessoa.
Afastamento	2- Fiz alguma coisa em que eu acreditava, mesmo que não pudesse dar resultados, mas ao menos eu estava tentando fazer alguma coisa. 6- Tentei não fazer nada que fosse definitivo para resolver o problema, e procurei mais informações sobre ela. 7- Agi como se nada tivesse acontecido. 10- Dormi mais do que normal. 14- Procurei esquecer a situação desagradável que estava acontecendo. 29- Não deixei me impressionar, me recusava a pensar muito sobre a situação. 32- Minimizei a situação me recusando a preocupar-me seriamente com ela.

continua

Quadro 2 (conclusão) - Distribuição das estratégias (itens) correspondentes a cada domínio do Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus (Savóia, 1998)

Domínios	Itens
Autocontrole	8- Procurei guardar para mim mesmo os meus sentimentos. 9- Tentei olhar para os pontos mais favoráveis do problema. 24- Procurei não fazer nada apressadamente ou seguir o meu primeiro impulso. 31- Não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação. 40- Procurei não deixar que meus sentimentos interferissem muito nas outras coisas que eu estava fazendo.
Suporte social	4- Conversei com outras pessoas sobre o problema, procurando mais esclarecimentos sobre a situação. 12- Aceitei a simpatia e compreensão das pessoas. 15- Procurei ajuda profissional. 22- Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema. 30- Procurei um amigo ou parente para pedir conselhos. 33- Falei com alguém sobre como estava me sentindo.
Aceitação de responsabilidade	5- Me critiquei e me repreendi. 17- Desculpei ou fiz alguma coisa para compensar os danos. 20- Compreendi que o problema foi provocado por mim. 36- Busquei nas experiências passadas uma situação similar. 38- Prometi a mim mesmo que as coisas serão diferentes na próxima vez. 39- Encontrei algumas soluções diferentes para o problema. 45- Analisei mentalmente o que fazer e o que dizer.
Fuga-esquiva	42- Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse. 43- Tinha fantasias de como as coisas iriam acontecer, como se encaminhariam.
Resolução de problemas	1- Concentrei-me apenas na situação e no que deveria ser feito, para em seguida, pensar no próximo passo para resolver o problema. 37- Eu sabia o que deveria ser feito, portanto, dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário. 18- Fiz um plano de ação para resolver o problema e consegui. 34- Recusei recuar e batalhei pelo que eu queria.
Reavaliação positiva	13- A situação levou-me a fazer algo positivo. 16- Mudei ou cresci como pessoa de uma maneira positiva. 21- Saí da experiência melhor do que eu esperava. 25- Encontrei novas crenças. 26- Redescobri o que é importante na vida. 27- Modifiquei aspectos da situação para que tudo desse certo no final. 41- Mudei alguma coisa em mim, me modifiquei de alguma forma. 44- Rezei 46- Pensei em uma pessoa que admiro e em como ela resolveria a situação e a tomei como modelo.

Quadro 3 - Classificação da pontuação para cada domínio de coping (Savóia, 1998)

	Não utiliza/ utiliza pouco	Algumas vezes	Frequentemente	Quase sempre
Confronto	0 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 18
Afastamento	0 a 4	5 a 10	11 a 16	17 a 21
Autocontrole	0 a 3	4 a 7	8 a 11	12 a 15
Suporte social	0 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 18
Aceitação da responsabilidade	0 a 5	5 a 10	11 a 16	17 a 21
Fuga-esquiva	0 a 1	2 a 3	4 a 5	6
Resolução de problemas	0 a 3	4 a 6	7 a 9	10 a 12
Reavaliação positiva	0 a 6	7 a 13	14 a 20	21 a 27

4.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Atendendo a Resolução nº 196/10/1996, que visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos sujeitos das pesquisas, à comunidade científica e ao Estado, o projeto do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Processo nº 1055/2011 (Anexo III), e foi também avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Fundação Antônio Prudente do Hospital A.C. Camargo de São Paulo, Processo nº 1601/11 (Anexo IV).

Em observância à mesma legislação sobre pesquisa envolvendo seres humanos, foi elaborado um termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE II), pelo qual a população da pesquisa foi informada dos objetivos do estudo e garantiu-se-lhes o anonimato, o desejo de participação ou não e os benefícios do estudo. Este termo foi entregue para os pacientes a fim de obter a sua liberação para participar da pesquisa.

4.6 BENEFÍCIOS E RISCOS DO ESTUDO

Esta pesquisa não expôs a população de estudo a riscos diretos para sua saúde. Os resultados permitiram conhecer as diferenças entre gêneros na percepção de estresse e suas estratégias de *coping*, possibilitando a implementação de programas de apoio e intervenção orientados para a melhoria do cuidado, beneficiando indiretamente os participantes.

4.7 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados iniciou-se após a aprovação do projeto de pesquisa expedido pelos dois Comitês supracitados.

Os pacientes que se adequavam aos critérios estabelecidos para inclusão/exclusão na pesquisa foram abordados enquanto estavam recebendo o tratamento quimioterápico e convidados a participar da pesquisa. Os indivíduos que concordavam eram adequadamente informados sobre o objetivo da pesquisa, a estrutura da entrevista, o tempo de duração da entrevista e a garantia do sigilo das respostas. Após aceitação, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para ser lido e assinado; em seguida, deu-se início à entrevista.

A estrutura da entrevista foi a seguinte: primeiro se preencheu o instrumento com os dados sociodemográficos fornecidos pelo paciente. Em seguida, foram formuladas as duas perguntas estruturadas, cujas respostas foram registradas em gravador de voz. A seguir, realizou-se a leitura de orientação para o preenchimento da Escala de Estresse Percebido PSS-10, a leitura de cada item e preenchimento das respostas. Por último, procedeu-se da mesma forma com o Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus. No final da entrevista, procedeu-se ao agradecimento do paciente pela colaboração. A entrevista, com duração aproximada de 40 minutos, foi realizada em momento oportuno de modo a não interferir nos procedimentos assistenciais.

Depois da entrevista, foram coletados os dados clínicos no prontuário do paciente.

4.8 ANÁLISE E TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

Dados quantitativos

Os dados coletados foram organizados e armazenados em uma planilha eletrônica, no programa Microsoft Office Excel 2007, da Microsoft Windows 7 Profissional. O processamento dos dados foi realizado utilizando o pacote estatístico R, versão 2.13.1.

As variáveis quantitativas foram descritas por meio da pontuação média, mínimo, máximo, mediana e desvio padrão. Se estas apresentassem indícios de distribuição normal dos dados, testava-se a diferença entre as suas médias por gênero por meio do teste t-Student. Caso contrário, utilizou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney para comparações entre as escalas das distribuições.

As variáveis qualitativas foram descritas por meio de tabelas de frequência absoluta e relativa. Para avaliar a associação entre elas e o gênero, utilizou-se o teste qui-quadrado. Todas as variáveis foram comparadas com o gênero.

Além disso, comparou-se a distribuição conjunta do escore de estresse e de cada domínio dos escores de *coping* por meio da correlação de Pearson.

A consistência interna dos questionários para a amostra foi avaliada pelo coeficiente alfa de Cronbach.

Por fim, modelou-se o escore de estresse explicado pelas variáveis que apresentaram associação ao escore por meio de uma regressão linear.

Para todas as análises considera-se o nível de significância de 5%.

Dados qualitativos

Para o tratamento das respostas provenientes das perguntas abertas, utilizou-se a análise de conteúdo segundo Bardin com uma abordagem quantitativa, pois se traçou uma frequência das características que se repetem no conteúdo do texto[50]. Bardin define a análise de conteúdo como:

> Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (Bardin, 1977)

A análise de conteúdo desdobra-se em três fases que foram seguidas nesta pesquisa: 1) pré-análise, 2) exploração do material (codificação do material) e 3) tratamento dos resultados e interpretação (os resultados são submetidos a operações estatísticas)[50].

Na primeira etapa, procedeu-se à escuta das gravações e à escrita das respostas dos pacientes. Na segunda etapa, os dados foram codificados a partir das unidades de registro. Na última etapa, procedeu-se à categorização, que consiste na classificação dos elementos segundo suas semelhanças com posterior reagrupamento, em função de características comuns. Desta forma, os dados foram descritos por meio de tabelas de frequência absoluta e relativa e, posteriormente, submetidos ao teste qui-quadrado para avaliar as diferenças de gênero.

5 RESULTADOS

Os dados que serão apresentados se referem aos 100 indivíduos que compõem a amostra de estudo, composta de 47 mulheres e 53 homens, portadores de câncer colorretal em tratamento quimioterápico.

Para facilitar a compreensão e visualização, os resultados serão apresentados na seguinte sequência:

a. Caracterização dos indivíduos segundo os dados sociodemográficos e comparação entre o gênero com os seus respectivos valores de p;

b. Caracterização dos indivíduos segundo as características clínicas e a comparação entre o gênero com os respectivos valores de p;

c. Apresentação dos sentimentos e percepção relatados pelos pacientes ante o tratamento quimioterápico e comparação entre os gêneros com os respectivos valores de p;

d. Resultados dos coeficientes de confiabilidade da escala de Stress Percebido PSS-10 e do Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus;

e. Resultado da distribuição das pontuações do PSS-10 e comparação entre o gênero com seus respectivos valores de p;

f. Resultado da distribuição das pontuações do Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus e comparação entre o gênero com seus respectivos valores de p;

g. Resultado da correlação entre PSS-10 e o Inventário das Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus segundo a distribuição do gênero e os respectivos valores de p.

5.1 DESCRIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS PACIENTES

A Tabela 1 mostra a distribuição da amostra de estudo segundo a idade, mínima, máxima, mediana, quartil e com os valores de p para a comparação do gênero.

Tabela 1 - Distribuição dos indivíduos segundo a idade, mínima, máxima, mediana, quartil e com os valores de p para a comparação do gênero, São Paulo - 2012

	Gênero	N	Mín.	Máx.	Média	Desvio padrão	Mediana	1º quartil	3º quartil	Valor de p
Idade	Feminino	47	24	81	54,7	14,49	58	45	65	0,25*
	Masculino	53	32	86	57,9	13,12	59	46	69	
	Total	100	24	86	56,4	13,80	58	46	68	

* Teste t de Student

Os dados da Tabela 1 evidenciam que a idade média da amostra de estudo é de 56 anos, com desvio padrão de 13,8; a idade mínima é de 24 anos e a máxima, 86 anos. Não há diferença estatisticamente significativa na comparação da idade entre homens e mulheres.

A Tabela 2 apresenta a distribuição dos indivíduos considerando-se o estado marital, a escolaridade, a cor da pele, a procedência e a prática religiosa, com seus respectivos valores de p na comparação do gênero.

Tabela 2 - Distribuição dos indivíduos segundo estado marital, escolaridade, cor de pele, procedência e prática religiosa com os respectivos valores de p para a comparação do gênero, São Paulo - 2012

	Gênero				Total		Valor de p teste qui-quadrado
	Feminino		Masculino				
	N	%	N	%	N	%	
Estado marital							
Casado	21	44,7	48	90,5	69	69,0	**<0,05**
Separado	7	14,9	0	0	7	7,0	
Solteiro	12	25,5	3	5,7	15	15,0	
Viúvo	7	14,9	2	3,8	9	9,0	
Total	47	100	53	100	100	100	
Escolaridade							
Analfabeto	1	2,1	0	0	1	1,0	0,61
Fundamental	12	25,5	13	24,5	25	25,0	
Médio	13	27,7	19	35,8	32	32,0	
Superior	21	44,7	21	39,6	42	42,0	
Total	47	100	53	100	100	100	
Cor da pele							
Amarela	6	12,8	3	5,7	9	9	0,10
Branca	27	57,4	42	79,2	69	69	
Morena	11	23,4	5	9,4	16	16	
Preta	3	6,4	3	5,7	6	6	
Total	47	100	53	100	100	100	
Procedência							
SP capital	21	44,6	28	52,8	49	49,0	0,55
Grande SP	13	27,7	15	28,3	28	28,0	
Outros	13	27,7	10	18,9	23	23,0	
Total	47	100	53	100	100	100	
Prática religiosa							
Não	15	31,9	20	37,7	35	35,0	0,69
Sim	32	68,1	33	62,3	65	65,0	
Total	47	100	53	100	100	100	

Os dados da Tabela 2 mostram que, em relação ao estado marital, os homens vivem predominantemente com companheira (90,5%), enquanto a maioria das mulheres vive sem companheiro (54,4%), ou seja, elas são separadas (14,9%), solteiras (25,5%) ou viúvas (14,9%), com diferença estatisticamente significativa ($p<0,05$) ao se comparar esta situação entre o gênero. Ainda com relação à Tabela 2, no que se refere à escolaridade, houve predominância tanto entre homens (39,6%) como entre mulheres (44,7%) de indivíduos que possuem nível superior, e este resultado não apresenta significância estatística. A cor de pele predominante da amostra de estudo (69%) entre os indivíduos foi branca, com 79,2% de homens e 57,4% de mulheres. Ao se comparar esta característica entre o gênero, observa-se que não houve diferença estatisticamente significativa. Do total dos pacientes entrevistados, a maioria mora no Estado de São Paulo (65%) e, entre aqueles que relatam prática religiosa ou frequentam culto religioso, não há diferença estatística entre o gênero.

A Tabela 3 apresenta os resultados referentes ao afastamento do trabalho, ocupação, número de indivíduos que são dependentes da renda do doente com os respectivos valores de p na comparação do gênero.

Tabela 3 - Distribuição dos indivíduos segundo afastamento do trabalho, ocupação e dependentes da renda com os respectivos valores de p na comparação entre o gênero, São Paulo - 2012

	Gênero				Total		Valor p teste qui-quadrado
	Feminino		Masculino				
	N	%	N	%	N	%	
Afastamento do trabalho							
Não	30	63,8	34	64,2	64	64,0	0,86
Sim	17	36,2	19	35,8	36	36,0	
Total	47	100	53	100	100	100	
Ocupação							
Aposentado	17	36,2	19	35,9	36	36	
Desempregado	3	6,4	1	1,9	4	4	
Do lar	5	10,6	0	0	5	5	
Outros (pensionista)	4	8,5	0	0	4	4	**<0,05**
Trabalhador autônomo	1	2,1	19	35,8	20	20	
Trabalhador com vínculo empregatício	17	36,2	14	26,4	31	31	
Total	47	100	53	100	100	100	
Dependentes da renda							
1 – 2	24	51,1	19	35,8	43	43,0	
3 – 4	18	38,3	29	54,7	47	47,0	0,24
5 a mais	5	10,6	5	9,4	10	10,0	
Total	47	100	53	100	100	100	

De acordo com os dados da Tabela 3, observa-se que 64% da amostra de estudo continua ativa, com atividade laboral no período de tratamento quimioterápico. Verifica-se diferença estatisticamente significativa para o gênero nas seguintes ocupações: desempregado, do lar, outros (pensionista) e trabalhador autônomo. Observa-se que, entre as mulheres, há maior porcentagem de desempregados, do lar e outros (pensionista); no entanto, há maior porcentagem de homens como trabalhadores autônomos. Quanto à renda, verifica-se que a maioria das mulheres (51,1%) possui de um a dois indivíduos dependentes e os homens (54,7%), de três a quatro dependentes, não se observando diferença estatisticamente significativa.

A Tabela 4 exibe a distribuição dos indivíduos segundo as rendas individual e familiar, com o respectivo valor mínimo, máximo, mediana, quartil e com os valores de p para a comparação do gênero.

Os dados da Tabela 4 mostram que tanto a renda individual como a familiar dos homens se concentram com valores mais elevados no terceiro quartil, diferentemente das mulheres. Estas diferenças apresentam significância estatística com $p<0,05$.

Tabela 4 - Distribuição dos indivíduos segundo renda individual e familiar com o respectivo valor mínimo, máximo, mediana, quartil e com os valores de p na comparação do gênero, São Paulo - 2012

	Gênero	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Mediana	1º quartil	3º quartil	IC para média (95%)		Valor de p
										Inf	Sup	
Renda individual (Reais)	Feminino	46	0	12 000	2 275	2 520	1 500	632	2 975	1 500	3 000	**<0,05***
	Masculino	53	600	12 000	4 665	3 225	3 500	2 000	7 000	3 800	5 600	
	Total	99	0	12 000	3 555	3 142	2 900	1 200	5 000	2 900	4 200	
Renda familiar (Reais)	Feminino	46	540	36 000	5 116	6 032	3 000	2 000	6 125	3 300	6 900	**<0,05***
	Masculino	52	700	20 000	6 367	4 389	5 000	3 075	9 000	5 100	7 600	
	Total	98	540	36 000	5 780	5 235	4 000	2 350	8 000	4 700	6 800	

* Teste não paramétrico para comparação de escalas de Mann-Whitney
IC = intervalo de confiança

5.2 DESCRIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DA DOENÇA DOS PACIENTES

A Tabela 5 apresenta a distribuição dos indivíduos segundo diagnóstico medico, estádio do tumor, presença de metástase, realização de cirurgia, tipo de tratamento quimioterápico e presença de colostomia, com os respectivos valores p na comparação do gênero.

Tabela 5 - Distribuição dos indivíduos segundo diagnóstico médico, estádio do tumor, metástase, cirurgia, tipo de tratamento quimioterápico e colostomia, com os respectivos valores p na comparação do gênero, São Paulo - 2012

	Gênero						Valor de p do teste qui-quadrado
	Feminino		Masculino		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Diagnóstico médico							
Câncer de cólon	31	66,0	35	66,0	66	66,0	0,83
Câncer de reto	16	34,0	18	34,0	34	34,0	
Total	47	100	53	100	100	100	
Estádio do tumor							
II	6	12,8	7	13,2	13	13,0	0,53
III	20	42,6	17	32,1	37	37,0	
IV	21	44,7	29	54,7	50	50,0	
Total	47	100	53	100	100	100	
Presença de metástase							
Não	25	53,2	21	39,6	46	46,0	0,24
Sim	22	46,8	32	60,4	54	54,0	
Total	47	100	53	100	100	100	
Realização de cirurgia							
Não	5	10,6	4	7,5	9	9,0	0,85
Sim	42	89,4	49	92,5	91	91,0	
Total	47	100	53	100	100	100	
Tipo de tratamento							
Adjuvante	25	53,2	31	58,5	56	56	0,79
Neoadjuvante	3	6,4	4	7,5	7	7	
Paliativo	19	40,4	18	34	37	37	
Total	47	100	53	100	100	100	
Presença de colostomia							
Não	38	80,8	34	64,2	72	72	0,17
Permanente	2	4,3	4	7,5	6	6	
Transitória	7	14,9	15	28,3	22	22	
Total	47	100	53	100	100	100	

Os dados da Tabela 5 mostram predominância do câncer de cólon (66%). Em relação ao estádio do tumor, 50% dos indivíduos encontram-se no estádio IV. Ainda

de acordo com a Tabela 5, 54% dos pacientes apresentam a doença em metástase. Por outro lado, 91% fizeram cirurgia, a maioria (56%) segue o tratamento adjuvante para o tratamento da doença e 72% não tem colostomia. Ao comparar as variáveis diagnóstico médico, estádio do tumor, presença de metástase, realização de cirurgia, tipo de tratamento quimioterápico e presença de colostomia, não há diferença estatística entre os gêneros.

A Tabela 6 mostra a distribuição da história familiar e doenças pregressas como parte das características clínicas da doença da amostra de estudo, com os respectivos valores p na comparação do gênero.

Tabela 6 - Distribuição dos indivíduos segundo a história familiar e doenças pregressas com os respectivos valores p na comparação do gênero, São Paulo - 2012

	Gênero				Total		Valor de p do teste qui-quadrado
	Feminino		Masculino				
	N	%	N	%	N	%	
História familiar							
Não	9	19,1	21	39,6	30	30,0	
Sim	38	80,9	32	60,4	70	70,0	**<0,05**
Total	47	100	53	100	100	100	
Doenças pregressas							
Diabetes	2	10,5	5	26,3	7	18,4	0,54
Cardiovascular	2	10,5	5	26,3	7	18,4	0,54
Obesidade	0	0,0	1	5,3	1	2,6	1,00
Hipertensão	10	52,6	9	47,4	19	50,0	0,77
Osteoporose	4	21,1	0	0,0	4	10,5	0,09
Gastrite	2	10,5	1	1,9	3	7,9	0,92
Bronquite/asma	1	5,3	1	1,9	2	5,4	1,00
Hepatite C	0	0,0	1	1,9	1	2,6	1,00
Tiroide	1	5,3	0	5,3	1	2,6	0,95
Mais de uma doença	3	15,8	4	21,1	7	18,4	1,00
Total	19	100	19	100	38	100	0,79

Os dados da Tabela 6 mostram que 70% da amostra total de estudo possui antecedentes de familiares com câncer com diferença estatisticamente significativa ($p<0,05$) para o gênero e predominância das mulheres. Do total dos pacientes, 38% apresenta doenças pregressas, dentre as quais a hipertensão entre 50% dos indivíduos. Não há diferença estatística significativa entre o gênero e as doenças pregressas.

5.3 PERCEPÇÃO DOS PACIENTES NO QUE SE REFERE ÀS PREOCUPAÇÕES E SENTIMENTOS

A Figura 3 mostra a distribuição da percepção dos pacientes em relação ao tratamento quimioterápico, na comparação entre homens e mulheres.

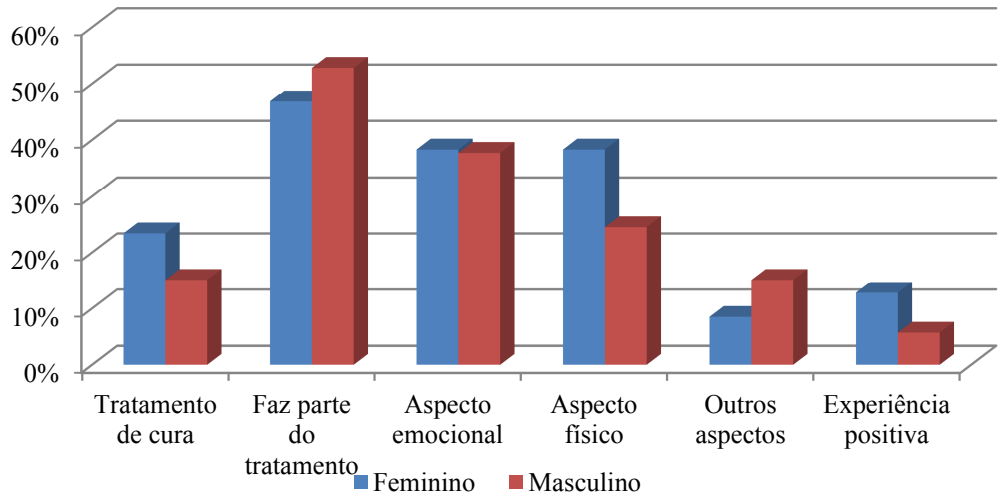

Figura 3 - Distribuição da percepção dos pacientes em relação ao tratamento quimioterápico, na comparação entre homens e mulheres, São Paulo - 2012

Os dados da Figura 3 mostram a predominância, nas respostas, de pacientes que consideram a quimioterapia parte do tratamento. Destacam-se as seguintes declarações:

a) *"[...] como estou doente né, tem que fazer, se eu estivesse bom, não tava fazendo [...]." (paciente 16)*

b) *"[...] para mim é uma necessidade fazer a quimioterapia. [...]." (paciente 25)*

c) *"[...] para mim está tranquilo, é uma situação atípica para mim [...] a cada momento eu descubro uma coisa diferente [...] mas assim está tranquilo, né, eu mais ou menos já sabia como a coisa iria estar acontecendo [...]." (paciente 21)*

Em segundo lugar, posicionam-se as respostas dos indivíduos que relacionam a quimioterapia com emoções negativas. Nesta categoria, encontram-se emoções como medo, ansiedade, choque, sofrimento e revolta, como se verifica nas seguintes falas:

a) *"[...] agora às vezes chego a ser meio bruta, meio áspera porque eu não estou aceitando a situação de passar a ser uma pessoa com câncer [...] eu to [...] poderia se dizer uma revolta [...] ." (paciente 64)*
b) *"[...] a quimioterapia é dolorosa, para mim é uma das partes mais dolorosas do tratamento, dificulta, mexe muito com o organismo, com todo o organismo. Psicologicamente mexe também, então eu acho que é uma das partes mais difíceis que tem o tratamento [...] até mesmo mais difícil do que a cirurgia que passei [...]." (paciente 20)*
c) *"[...] para mim é muito ruim estar fazendo, não gosto de fazer não [...]." (paciente 52)*
d) *"[...] é muito desagradável [...] eu pergunto, por que fazer quimio, por que eu tenho que sofrer aqui [...]." (paciente 95)*

Em terceiro lugar, encontram-se as opiniões dos indivíduos relacionadas a efeitos colaterais (aspecto físico) do tratamento quimioterápico, tais como vômito, queda de cabelo, náusea, cansaço, baixa imunidade ou fraqueza. Destacam-se as seguintes declarações:

a) *"[...]desgastante né porque incomoda bastante a quimio, querendo ou não [...] você tem mal-estar [...] cai o cabelo [...] as consequências que a quimio tem [...] te deixa fraca, alterações no corpo, acaba sendo ruim essa parte[...]." (paciente 26)*
b) *"[...]na quimio cai o cabelo [...] tem muita náusea [...] não consigo comer, sabe [...] me deixa os dedos da mão sensível e da choquinho com coisas geladas assim [...] pra tomar também, sabe [...] cansaço [...] às vezes não consigo levantar[...]" (paciente 86)*
c) *"[...]cai o cabelo [...] engorda [...] me deixou bem chateada, engordei dez quilos[...]" (paciente 18)*

E com menor frequência encontram-se as opiniões dos pacientes em relação à quimioterapia como tratamento de cura, seguida de outros aspectos na experiência negativa e, finalmente, como experiência positiva. Na experiência positiva, os pacientes referiram que o tratamento era uma bênção de Deus, uma oportunidade para o fortalecimento da união familiar e um aprendizado, como se pode observar nas seguintes falas:

a) *"[...] para mim é uma bênção de Deus estar fazendo quimioterapia [...]" (paciente 4)*
b) *"[...]às vezes eu penso que poderia terminar logo, mas tem sido também momento de mais união na família [...]." (paciente 32)*
c) *"[...] eu costumo falar que a doença não traz só coisa ruim, traz coisa boa também [...]." (paciente 38)*
d) *"[...] é uma experiência de vida, [...] mudaram meus valores [...] eu estou tirando como ensinamento, como aprendizado [...]." (paciente 62)*

A Tabela 7 apresenta a distribuição da percepção dos pacientes em relação à quimioterapia, com os respectivos valores p na comparação do gênero.

Tabela 7 - Distribuição dos pacientes segundo os relatos do significado do tratamento quimioterápico, com os respectivos valores p na comparação do gênero, São Paulo - 2012

	Feminino (N=47)		Masculino (N=53)		Valor de p do teste qui-quadrado
	N	%	N	%	
1. Tratamento de cura	11	23,4	8	15,1	0,42
2. Faz parte do tratamento	22	46,8	28	52,8	0,69
3. Experiência negativa					
3.1. Aspecto emocional	18	38,3	20	37,7	1,00
3.2. Aspecto físico (efeitos colaterais)	18	38,3	13	24,5	0,20
3.3. Outros aspectos	4	8,5	8	15,1	**<0,05**
4. Experiência positiva	6	12,8	3	5,7	0,37

Os dados da Tabela 7 mostram que, na comparação entre os gêneros masculino e feminino quanto à percepção dos pacientes em relação à quimioterapia e mediante o teste qui-quadrado, identifica-se que a categoria "outros aspectos", na experiência negativa, foi estatisticamente significante ($p<0,05$), observando-se predominância do gênero masculino. Nesta categoria, os pacientes relataram que a quimioterapia afeta a rotina diária, atrapalha a vida e abaixa a imunidade, e que fatores como a demora na liberação do convênio, a espera ao atendimento hospitalar ou a dificuldade de locomoção de casa para o hospital impedem a realização do tratamento, como revelado nas seguintes declarações:

a) *"[...] eu não posso perder quimioterapia, [...] já fiquei quatro vezes sem fazer quimioterapia, e não foi culpa do médico, foi pelo convênio [...]." (paciente 96)*
b) *"[...] o deslocamento de Manaus até São Paulo, isso me traz uma série de inconvenientes e transtornos para trabalhar [...] a quimioterapia me dificulta ter uma vida normal [...]." (paciente 44)*
c) *"[...] para mim atrapalha a vida da gente, [...] não pode viajar para longe, tomar sol [...]." (paciente 31)*

d) *"[...] o tempo é um fator complicado, eu tenho que largar toda minha atividade para ficar o dia inteiro aqui (hospital) [...]." (paciente 37)*

e) *"[...] eu fico meio chateado quando chego aqui e vou fazer os exames e falam, aguarde mais um pouco se vai poder fazer ou não vai poder fazer [...]." (paciente 28)*

A Figura 4 mostra a percepção dos pacientes em relação à ajuda para enfrentar a quimioterapia, segundo o gênero.

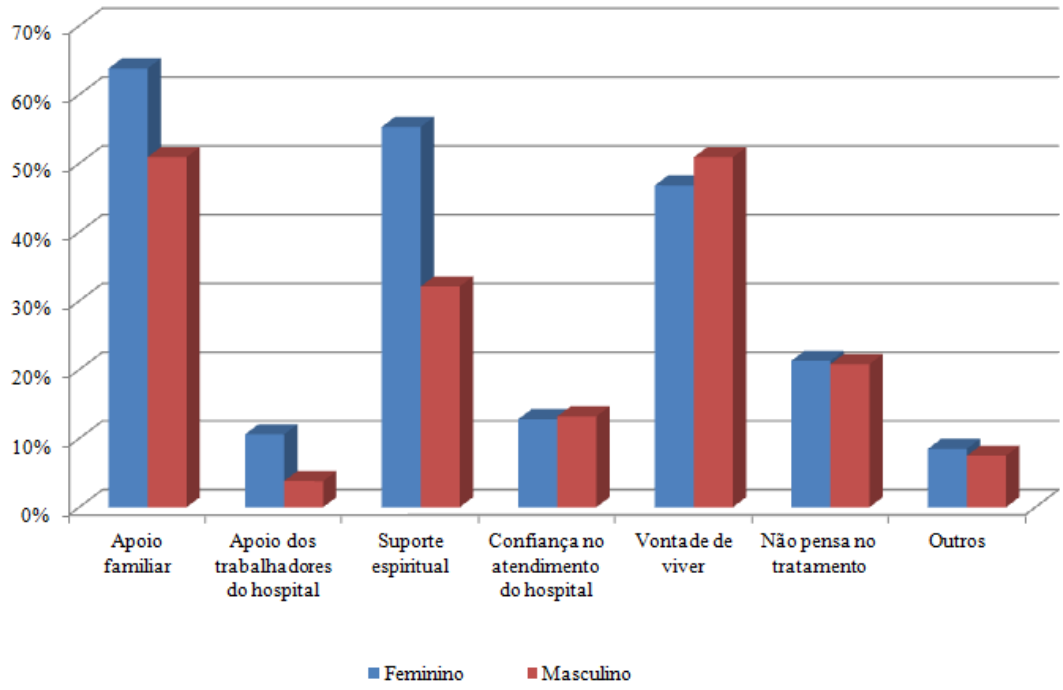

Figura 4 - Representação gráfica da distribuição dos pacientes segundo a percepção em relação à ajuda que recebem para enfrentar o tratamento quimioterápico, na comparação do gênero, São Paulo - 2012

Em relação à ajuda que os pacientes recebem para enfrentar a quimioterapia, ao se analisar por gênero, identifica-se que, para as mulheres, predomina o apoio familiar, seguido do suporte espiritual e da vontade de viver, como mencionado nas seguintes declarações:

a) *"[...] é a família né, a família ajuda bastante [...] tipo a gente não vive só né [...] muito ruim quando vive só né [...] quando fico com meu marido, meus filhos é muito bom né [...] a família é muito importante [...]" (paciente 100)*

b) *"[...] às vezes peço força para os netos [...]" (paciente 1)*

c) *"[...] Deus é fundamental, eu me apego principalmente a Deus [...]"(paciente 94)*

d) *"[...] eu tenho um Deus todo poderoso que tudo pode né [...] se não fosse por Ele não estaria aqui né [...] estou muito feliz porque Papai do Céu está cuidando de mim, me dá força [...]" (paciente 77)*
e) *"[...] o que me ajuda é pensar que tenho que ser corajosa [...] é que observo que tem muitas pessoas muito corajosas [...] me agarro à vida com toda a força que eu tenho [...]"(paciente 22)*
f) *"[...] bate aquela força no coração e a gente segue, vontade de viver [...]" (paciente 85)*

No caso dos homens, a maioria menciona o apoio familiar e a vontade de viver, seguidos do suporte espiritual, conforme representado nas seguintes afirmações:

a) *" [...] a família que está do meu lado, a minha esposa que me ajuda a agendar [...] a esposa e os filhos colaboram muito [...]"(paciente 84)*
b) *"[...] eu tenho ela (esposa) que me ajuda e os parentes que se oferecem para ajudar [...] sempre fiz boas amizades [...]"(paciente 88)*
c) *"[...] ajuda a coragem que a gente tem né [...] a gente tem que ter paciência e coragem de fazer, se desanimar não tem jeito né [...]" (paciente 42)*
d) *"[...] principalmente a minha vontade de viver, força de vontade, autoconfiança [...]" (paciente 69)*
e) *"[...] Deus está me acompanhando bem para minha boa recuperação [...] agradeço muito a Deus [...]"(paciente 31)*

A Tabela 8 exibe a distribuição da percepção dos pacientes em relação à ajuda que recebem para enfrentar a quimioterapia, com os respectivos valores p na comparação do gênero.

Tabela 8 - Distribuição dos pacientes segundo a percepção de ajuda que recebem para enfrentar o tratamento quimioterápico, com os respectivos valores p na comparação do gênero, São Paulo - 2012

	Feminino (N=47)		Masculino (N=53)		Valor de p do teste qui-quadrado
	N	%	N	%	
1. Suporte social					
1.1. Apoio da família	30	63,8	27	50,9	0,27
1.2. Apoio dos trabalhadores do hospital	5	10,6	2	3,8	0,34
2. Suporte espiritual	26	55,3	17	32,1	**<0,05**
3. Confiança no atendimento hospitalar	6	12,8	7	13,2	1,00
4. Vontade de viver	22	46,8	27	50,9	0,83
5. Não pensa no tratamento	10	21,3	11	20,8	1,00
6. Outros	4	8,5	4	7,5	1,00

Os dados da Tabela 8 mostram que, no suporte social, o apoio da família foi predominante entre homens e mulheres, da mesma forma que referiram que a vontade de viver foi uma forma de enfrentamento do tratamento. Verifica-se que o suporte espiritual foi predominante entre as mulheres e apresentou diferença estatisticamente significativa ($p<0,05$) na comparação entre os gêneros.

5.4 AVALIAÇÃO DA CONFIABILIDADE DOS INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS UTILIZADOS

A avaliação da confiabilidade do instrumento de estresse com a escala PSS-10 e do *coping* com o Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus foi realizada por meio da análise de consistência interna de cada instrumento pelo método do Coeficiente Alfa de Cronbach.

5.4.1 Avaliação da confiabilidade do instrumento PSS-10

A confiabilidade interna total do instrumento PSS-10 corresponde ao valor 0,81, o que indica consistência interna satisfatória para todos os itens. Este resultado significa que 81% da variabilidade dos valores obtidos se refere a diferenças reais na percepção de estresse entre os indivíduos em tratamento quimioterápico e 21% reflete variações aleatórias.

A Tabela 9 apresenta os resultados dos coeficientes de confiabilidade alfa de Cronbach para o instrumento PSS-10 quando um item é eliminado.

Tabela 9 - Resultados dos coeficientes de confiabilidade alfa de Cronbach para o instrumento PSS-10 para todos os itens quando um elemento for omitido, São Paulo – 2012

Item omitido do instrumento PSS-10	Correlação elemento total corrigido	α de Cronbach se o elemento for eliminado
Item 1: Qual a frequência de se sentir chateado com algo que aconteceu sem esperar?	0,46	0,81
Item 2: Qual a frequência de se sentir incapaz de controlar as situações importantes em sua vida?	0,68	0,78
Item 3: Qual a frequência de se sentir nervoso ou "estressado"?	0,54	0,80
Item 4: Qual a frequência de se sentir confiante na sua habilidade de resolver seus problemas pessoais?	0,60	0,80
Item 5: Qual a frequência de sentir que a sua vida está caminhando satisfatoriamente?	0,55	0,80
Item 6: Qual a frequência de se sentir como incapaz de enfrentar as coisas que devem ser feitas?	0,51	0,80
Item 7: Qual a frequência de controlar a irritação na sua vida?	0,07	**0,84**
Item 8: Qual a frequência de se sentir por cima das situações?	0,50	0,80
Item 9: Qual a frequência de se sentir irritado pelas situações fora de seu controle?	0,58	0,79
Item 10: Qual a frequência que de sentir com dificuldades pelas coisas estarem de tal maneira que não consegue superá-las?	0,53	0,80

Observa-se que os valores de coeficiente alfa de Cronbach a partir da omissão de qualquer item variam de 0,78 a 0,84. Os valores resultam em um coeficiente alfa de Cronbach elevado.

5.4.2 Avaliação da confiabilidade do instrumento para avaliar as estratégias de coping utilizadas

A confiabilidade interna total do Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus corresponde ao valor 0,75, o que indica consistência interna satisfatória para todos os itens. Este resultado significa que 75% da variabilidade dos valores obtidos constitui diferenças reais na percepção de estresse entre os indivíduos em tratamento quimioterápico e 25% reflete variações aleatórias.

A Tabela 10 apresenta os valores dos coeficientes alfa de Cronbach, por domínios, para o Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus.

Tabela 10 - Resultados dos coeficientes alfa de Cronbach para o Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus, segundo cada domínio, São Paulo - 2012

Domínios	Alfa de Cronbach
Confronto	0,30
Afastamento	**0,43**
Autocontrole	0,20
Suporte social	**0,40**
Aceitação da responsabilidade	**0,43**
Fuga-esquiva	0,37
Resolução de problemas	0,31
Reavaliação positiva	**0,73**
Geral	**0,75**

Os dados da Tabela 10 mostram que o instrumento para avaliar as estratégias de *coping* é multidimensional e os coeficientes de alfa de Cronbach dos oito domínios variam de 0,20 a 0,73. O domínio com coeficiente mais elevado foi da "reavaliação positiva"; o mais baixo, do "autocontrole". Para análise desta pesquisa não será excluído nenhum domínio.

5.5 PERCEPÇÃO DE ESTRESSE DOS PACIENTES QUE RECEBEM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO

A Tabela 11 expõe os valores da pontuação de estresse dos indivíduos desta pesquisa, segundo os valores mínimo, máximo, mediana, quartil e com os resultados de p na comparação do gênero.

Os dados da Tabela 11 mostram que existe diferença estatisticamente significante na percepção de estresse entre os gêneros ($p<0,05$), com valores mais elevados para as mulheres. Nessa mesma tabela identifica-se que o valor médio de estresse da amostra do estudo foi 12 e o máximo, 36.

Tabela 11 - Distribuição dos pacientes segundo a percepção de estresse com os respectivos valores mínimo, máximo, média, mediana, quartil e p na comparação do gênero, São Paulo - 2012

Gênero	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Mediana	1º quartil	3º quartil	IC para média (95%)		Valor de p
									Inf	Sup	
Feminino	47	0	36	13,809	8,144	14	8	18,5	11,4	16	**<0,05**
Masculino	53	0	30	10,491	6,621	9	6	14	8,7	12	
Total	100	0	36	12,05	7,524	11,5	6	16	10,6	14	

IC = intervalo de confiança

5.6 ESTRATÉGIAS DE *COPING* UTILIZADAS PELOS PACIENTES QUE RECEBEM QUIMIOTERAPIA

A Tabela 12 mostra a distribuição dos domínios de *coping* da amostra de estudo com os respectivos valores de p para a comparação do gênero.

Tabela 12 - Distribuição dos pacientes segundo os domínios de *coping* com os respectivos valores de p na comparação do gênero, São Paulo - 2012

Domínios de *coping*	Gênero	N	Média	Desvio padrão	IC para média (95%) Inf	IC para média (95%) Sup	Valor de p
Confronto	Feminino	47	5,87	2,58	5,1	6,6	0,11
	Masculino	53	5,00	2,88	4,2	5,8	
	Total	100	5,41	2,77	4,9	6,0	
Afastamento	Feminino	47	9,47	3,11	8,6	10,4	0,18
	Masculino	53	8,60	3,35	7,7	9,5	
	Total	100	9,01	3,26	8,4	9,7	
Autocontrole	Feminino	47	7,66	2,10	7,0	8,3	0,09
	Masculino	53	8,42	2,41	7,7	9,1	
	Total	100	8,06	2,29	7,6	8,5	
Suporte social	Feminino	47	12,96	3,18	12,0	13,9	0,17
	Masculino	53	13,81	3,11	13,0	14,7	
	Total	100	13,41	3,16	12,8	14,0	
Aceitação de responsabilidade	Feminino	47	9,13	3,37	8,1	10,1	0,41
	Masculino	53	8,51	4,21	7,3	9,7	
	Total	100	8,80	3,83	8,0	9,6	
Fuga-esquiva	Feminino	47	3,66	1,85	3,1	4,2	0,26
	Masculino	53	4,06	1,70	3,6	4,5	
	Total	100	3,87	1,77	3,5	4,2	
Resolução de problemas	Feminino	47	9,13	2,14	8,5	9,8	**≤0,05**
	Masculino	53	9,94	2,03	9,4	10,5	
	Total	100	9,56	2,12	9,1	10,0	
Reavaliação positiva	Feminino	47	18,57	5,56	16,9	20,2	0,30
	Masculino	53	19,64	4,68	18,4	20,9	
	Total	100	19,14	5,11	18,1	20,2	
GERAL	Feminino	47	76,45	12,75	72,7	80,2	0,55
	Masculino	53	77,98	13,44	74,3	81,7	
	Total	100	77,26	13,07	74,7	79,9	

IC = intervalo de confiança

Os dados da Tabela 12 expõem que, nos diferentes domínios, o valor da média é maior para os homens em cinco deles (autocontrole, suporte social, fuga-esquiva, resolução de problemas, reavaliação positiva), ao passo que os outros três apresentam predominância feminina (confronto, afastamento, aceitação de responsabilidade). Observa-se que as estratégias utilizadas entre as mulheres são todas orientadas para a emoção. No domínio "resolução de problemas", houve diferença estatisticamente significativa para o gênero ($p \leq 0,05$).

5.7 CORRELAÇÃO ENTRE A PERCEPÇÃO DE ESTRESSE E COPING DOS PACIENTES QUE RECEBEM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO

A Tabela 13 apresenta a correlação entre a percepção de estresse e as estratégias de *coping* utilizadas pelos pacientes que recebem quimioterapia com os respectivos valores de p.

Tabela 13 - Correlação entre a percepção de estresse e os domínios de *coping* com os respectivos valores de p, São Paulo - 2012

Domínio de *coping*	Correlação estimada	Valor de p
Confronto	0,353	**<0,05**
Afastamento	0,066	0,51
Autocontrole	-0,161	0,11
Suporte social	-0,097	0,33
Aceitação de responsabilidade	0,138	0,17
Fuga-esquiva	0,01	0,91
Resolução de problemas	-0,313	**<0,05**
Reavaliação positiva	-0,272	**<0,05**

Os dados da Tabela 13 denotam que os domínios de *coping* se correlacionam com o estresse em apenas três dos oito domínios. Desta forma, o domínio "confronto" se correlaciona positivamente com o valor p<0,05, ou seja, o aumento da pontuação desse domínio leva ao aumento do nível de estresse. No entanto, ambos os domínios "resolução de problemas" e "reavaliação positiva" apresentam correlação inversa com o estresse com valor p<0,05, ou seja, o acréscimo nesses domínios acarreta diminuição da pontuação de estresse.

A Tabela 14 apresenta os coeficientes do modelo de regressão linear para o escore de estresse comparando o gênero e o *coping* com os respectivos valores de p.

Tabela 14 - Coeficientes do modelo de regressão linear para o escore de estresse na comparação do gênero e *coping* com os respectivos valores de p, São Paulo - 2012

Coeficientes	Estimativa de estresse	Erro padrão	Valor de p
Intercepto-Feminino	20,83	3,49	**<0,05**
Confronto	1,02	0,24	**<0,05**
Resolução de problemas	-0,71	0,34	**<0,05**
Reavaliação positiva	-0,35	0,14	**<0,05**
Masculino	-1,47	1,35	0,278

Os dados da Tabela 14 mostram que a média da pontuação de um indivíduo do gênero feminino que apresente pontuação 0 para todos os domínios do *coping* é de 20,83. Em relação ao *coping* para o domínio "confronto", estima-se que a média do escore de estresse eleve a pontuação em 1,02 unidades (valor de p<0,05). O domínio "resolução de problemas" relaciona-se de forma inversa, ou seja, a cada aumento de uma unidade do escore há um decréscimo de 0,71 unidade do estresse (valor de p<0,05). Da mesma forma, para o domínio "reavaliação positiva", a cada aumento de uma unidade do seu escore verifica-se, em média, um decréscimo de 0,35 unidade do escore de estresse (valor de p<0,05). Verifica-se que o gênero não influencia a variação do nível de estresse percebido.

6 DISCUSSÃO

Este capítulo apresenta a discussão dos resultados encontrados na presente pesquisa quanto a dados sociodemográficos e clínicos, estresse percebido, estilos de *coping* e diferenças encontradas entre os gêneros dos 100 pacientes que formaram a amostra de estudo.

6.1 REFLEXÕES DA PESQUISA

O câncer colorretal vem aumentando continuamente em todo o mundo, configurando-se como o terceiro tipo de câncer mais frequente em homens e mulheres e o segundo em países desenvolvidos. Ao longo desses anos, houve avanços tanto em relação às ferramentas de diagnóstico quanto para o tratamento desta doença, utilizando-se com eficácia tratamento cirúrgico, radiológico e quimioterápico adjuvante e coadjuvante.

A quimioterapia causa medo e ansiedade nos pacientes por conta dos seus efeitos colaterais, que causam desconforto, alteração da rotina diária e da autoimagem destes pacientes. Para atenuar esses efeitos, o tratamento quimioterápico foi associado a substâncias que reduzem sua intensidade, sendo esta uma contribuição do avanço tecnológico nessa área.

Entretanto, esforços devem convergir para se estudar os aspectos emocionais dos pacientes que recebem quimioterapia. Ao se considerar os estudos existentes, são ainda escassos aqueles que contemplam as diferenças de gêneros na percepção de estresse e as estratégias de *coping* utilizadas pelos pacientes.

Optou-se por utilizar a Escala de Estresse Percebido e o Inventário de *Coping* de Folkman e Lazarus como instrumentos para alcançar os objetivos deste estudo, por serem amplamente utilizados para este tipo de medidas e levando-se em consideração o reduzido número de instrumentos específicos traduzidos para a língua portuguesa. Adicionalmente, foram elaboradas duas perguntas abertas para uma melhor compreensão sobre as percepções dos pacientes com relação ao tratamento quimioterápico e a ajuda que eles recebem, na tentativa de suprir as supostas limitações dos instrumentos utilizados.

6.2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS QUANTO ÀS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E ÀS DIFERENÇAS DE GÊNERO DA AMOSTRA DE ESTUDO

A amostra de estudo caracterizou-se por apresentar idade média de 56 anos, variando entre 24 e 86 anos. A idade média encontrada neste estudo é condizente com o encontrado na literatura internacional, nacional e local para pacientes com câncer colorretal. Reiterando os achados na pesquisa atual, em estudo realizado em pacientes com diagnóstico de câncer colorretal que foram internados no período de 1995 a 2007 no Hospital das Clínicas de São Paulo, encontrou-se como idade média 59 anos, sendo o indivíduo mais jovem de 24 anos e o mais idoso, de 88 anos[58]. De acordo com os dados do INCA, este tipo de tumor é comum em pessoas com mais de 50 anos, já que a idade é um dos fatores que aumenta o risco de desenvolvimento desta doença[2].

Neste sentido, verifica-se que, nos países mais desenvolvidos e com maior preocupação com programas de prevenção de doenças, o câncer colorretal também se insere nestas práticas[59]. Assim, no Reino Unido, entre 2007 e 2009, a incidência de câncer colorretal aumentou acentuadamente em pessoas com mais de 50 anos, com pico de incidência em indivíduos de 80 anos. Identificou-se, nesta amostra de doentes, que 72% dos casos diagnosticados referiam-se a pessoas com 65 anos ou mais[59]. Ainda, segundo o National Cancer Institute, nos Estados Unidos, a idade média no momento do diagnóstico para esta doença é de 72 anos de idade.[60]

Em relação ao estado civil, os dados da Tabela 2 mostraram que os pacientes que participaram do estudo são, em sua maioria, casados, seguidos de solteiros, viúvos e separados. Este resultado é semelhante ao encontrado em uma pesquisa desenvolvida em Taiwan, em que, dentre 110 pacientes com câncer colorretal, 88% moram com companheiro[61]. Pesquisa realizada na Austrália, com 1.822 pacientes com câncer colorretal, identificou 74% de indivíduos casados, 11% separados/divorciados, 4% solteiros e 11% viúvos[62].

Verifica-se também que, predominantemente, os homens vivem com companheira, ao passo que a maioria das mulheres vive sem companheiro, ou seja, elas são separadas, solteiras ou viúvas. Estes dados coincidem com as estatísticas publicadas pelo IBGE referentes ao censo do ano 2000 para todas as regiões do Brasil[63]. Neste estudo, encontrou-se diferença estatisticamente significativa ao se comparar o estado civil entre os gêneros.

Estudo realizado com 72.214 indivíduos em Nova York sobre a relação entre o estado marital e a sobrevida de pacientes com câncer de cólon verificou que 65% eram casados, 14% viúvos, 11% solteiros e 10% separados/divorciados. Além disso, encontrou-se alta associação ($p<0,0001$) entre o estado marital e o gênero, identificando 75% de homens casados e 55% de mulheres casadas[64]. Esta análise concluiu que os indivíduos casados têm maior sobrevida da doença.

Ainda com relação à Tabela 2, o nível de escolaridade que teve predominância, tanto entre homens como entre mulheres, foi superior completo. Ao analisar esta característica na população brasileira, segundo dados do censo de 2010 publicados pelo IBGE, o nível de escolaridade predominante em todas as regiões do Brasil foi sem instrução e fundamental incompleto. Ao se analisar somente o nível superior, porém, identificou-se que as Regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste registram maior porcentagem, com quase o dobro de indivíduos com esta formação escolar quando comparada com as outras regiões, o que vem ao encontro dos achados na pesquisa atual[65].

Nesta pesquisa, identificou-se discreta predominância da quantidade de mulheres com escolaridade de nível superior, o que também coincide com as observações de Alves et al., que relataram que as maiores conquistas femininas em relação à educação aconteceram no século XX, quando as mulheres ultrapassaram significativamente o desempenho dos homens. Ao se analisar os dados dos censos demográficos do IBGE nos anos de 1960, 1970, 1980, 1991 e 2000, verifica-se maior nível educacional entre as mulheres quando comparado com os homens[66].

A cor de pele predominante da amostra de estudo foi branca, com 79,2% de homens e 57,4% de mulheres. Ao se analisar a procedência desses indivíduos, verifica-se que moram no Estado de São Paulo. Estes achados condizem com as características da região segundo dados do IBGE, de acordo com os quais 65% da população do Estado de São Paulo é constituída de indivíduos brancos[65].

Em relação à prática religiosa, do total dos pacientes entrevistados, 65% relatam prática religiosa. Este resultado vem ao encontro das características socioculturais da população segundo relato do IBGE, de acordo com o qual a maioria da população brasileira exerce alguma prática religiosa, com menor número daqueles que relatam não terem religião[65]. Neste mesmo sentido, semelhança foi encontrada em estudo realizado na China com 110 pacientes com câncer colorretal, os quais relatam que a maioria dos participantes (75,5%) possuem crença religiosa[61].

Nos dados da Tabela 3, observa-se que 64% da amostra de estudo continua economicamente ativa e realiza alguma atividade laboral no período em que se submete ao tratamento quimioterápico. Pode-se inferir que os efeitos colaterais característicos deste tipo de tratamento não afetaram estes doentes ao ponto de obterem afastamento por problemas de saúde.

Neste estudo, verifica-se que a maioria dos indivíduos, tanto homens como mulheres, são aposentados, fato que está claramente relacionado com a idade da população de estudo. Dentre os indivíduos que continuam ativos, a maioria possui vínculo empregatício. Estes resultados refletem a realidade ocupacional da Região Sudeste brasileira, segundo dados fornecidos pelo IBGE[67,68].

Verifica-se diferença estatisticamente significativa na comparação entre gênero e vínculo empregatício. Acredita-se que esta diferença esteja associada com o menor número de mulheres desempregadas, do lar e outros (pensionista) quando comparado com os homens que exercem atividade de trabalho autônomo.

Em relação às rendas familiar e individual, verifica-se diferença estatisticamente significativa, com predomínio do gênero masculino. Estes resultados vêm à tona com a realidade do Brasil e do mundo. As diferenças de trabalho e a divisão deste mercado sempre foram marcantes entre os gêneros, desde a Antiguidade. Ao se considerar as mudanças socioculturais caracterizadas por demandas do mercado de trabalho, elevação do nível de escolaridade e comportamento social, observa-se diferença marcante na questão salarial e empregatícia, a qual é menos favorável para as mulheres[69-71].

Ao se analisar os dados fornecidos pelo IBGE, percebe-se que o rendimento médio real das mulheres no período de 2003 a 2011 aumentou de R$ 1.076,04 para R$ 1.343,81, ao passo que, para os homens, foi de R$ 1.519,07 para R$ 1.857,63. Neste sentido, ao se comparar a razão do rendimento médio de mulheres e homens

durante este período, verifica-se maior rendimento para os homens (com valor de 72,3%) do que para as mulheres (valor de 70,8%). Vale ressaltar que esta diferença não depende da atividade realizada. Entre as atividades analisadas, mencionam-se construção civil, comércio, serviços prestados a empresas, administração pública, serviços domésticos, entre outros[72].

6.3 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS QUANTO ÀS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E ÀS DIFERENÇAS DE GÊNERO DA AMOSTRA DE ESTUDO

Os dados da Tabela 5 mostram que o câncer de cólon (66%) é predominante entre os indivíduos do estudo. Esta predominância pode estar relacionada com a característica da doença, que acomete com maior frequência o intestino grosso e não o reto[73-75]. Um estudo que realizou o mapeamento da ocorrência de câncer no intestino grosso verificou que o cólon responde por 61% dos casos de câncer e o reto, por 27%[59].

Resultados semelhantes foram encontrados por Hamra[58] que, ao analisar a localização mais frequentemente acometida pelo tumor, encontrou predominância de casos de câncer de cólon, com 65% dos casos. Da mesma forma, Lynch et al.[62], em seu estudo, verificaram a presença de 70% de câncer de cólon e 30% de câncer de reto.

Em relação ao estádio do tumor, observou-se no presente estudo que 37% e 50% dos indivíduos, respectivamente, encontravam-se nos estádios III e IV. Assim, pode-se afirmar a maior gravidade destes doentes, pois, segundo a classificação TNM, os indivíduos que se enquadram nestes estádios, III e IV, apresentam comprometimento linfonodal regional e de órgãos ou estruturas adjacentes. A demora destes pacientes para o diagnóstico ou tratamento pode estar associada ao seu desconhecimento sobre as características e os sintomas da doença; ao percebê-los, eles procuram o serviço de saúde com tumor em fase mais avançada e, consequentemente, com metástases em diferentes órgãos. Associada a esta

característica, vale salientar a falta de política efetiva para a prevenção deste tipo de tumor na população brasileira[76].

Neste sentido, segundo dados publicados pelos registros hospitalares de câncer e o estadiamento clínico, fica evidente que até 80% dos pacientes encontravam-se em estádio mais avançado da doença no momento do diagnóstico, ou seja, estádios III e IV. A série histórica do Hospital do Câncer do Instituto Nacional de Câncer mostra que, dos 2.621 pacientes com câncer colorretal matriculados entre 1983 e 1999, 80,9% encontravam-se em estádios avançados[10].

Estes dados nos levam a considerar as características próprias do câncer colorretal, que, na fase inicial, apresenta-se com sintomas discretos ou, frequentemente, assintomático. Estes dados nos permitem refletir sobre as políticas de prevenção, rastreamento, adesão e condições socioeconômicas do país, cujas dificuldades para assistência médica a tornam precária, o que se reflete na maior gravidade da doença quando os indivíduos iniciam assistência de saúde.

Entende-se por rastreamento a aplicação, em determinada população, de provas e métodos de fácil execução com o intuito de selecionar indivíduos que, embora aparentemente assintomáticos, devem submeter-se a métodos de diagnóstico mais específicos e de maior complexidade para a detecção de adenomas e de câncer em fase inicial. O objetivo do rastreamento é diminuir a incidência e mortalidade por câncer do intestino na população alvo[10].

O protocolo de rastreamento preconizado pelo INCA para o câncer colorretal é realizado de acordo com a estimativa de risco para a neoplasia de cada população: indivíduos de **baixo risco** são aqueles com idade superior a 50 anos e sem outros fatores de risco; os de **risco moderado** são pacientes com história familiar de câncer do intestino em um ou mais parentes de primeiro grau, história pessoal de pólipo maior que um centímetro ou múltiplos pólipos de qualquer tamanho, e indivíduos com antecedente pessoal de câncer colorretal tratado com intenção curativa; os de **alto risco** são aqueles com história familiar de síndromes genéticas, polipose adenomatosa familiar (FAP) ou câncer colorretal hereditário sem polipose (HNPCC), ou com diagnóstico de doença inflamatória intestinal na forma de pancolite ou colite esquerda. O protocolo de rastreamento mais utilizado para a população de risco baixo e moderado é a pesquisa anual de sangue oculto nas fezes, seguida de colonoscopia ou retossigmoidoscopia nos indivíduos com resultado positivo[10].

Dias et al. afirmam que, apesar da importância da prevenção e do diagnóstico precoce do câncer colorretal, assim como evidências estatísticas sobre o benefício do rastreamento, ainda não se observa uma política de saúde pública preventiva para o câncer colorretal no Brasil. Associado a isto, tem-se uma população em condições socioeconômicas desfavoráveis, com desconhecimento sobre as características deste tipo de tumor; um serviço de saúde que não contempla demanda populacional requerida; uma infraestrutura médica-hospitalar limitada para realização do diagnóstico; custos elevados dos métodos de prevenção e diagnóstico; e, finalmente, a própria relutância de indivíduos e de provedores de saúde para indicação ou submissão aos exames e acompanhamento[76].

Consequentemente, no Brasil, existe atraso no diagnóstico e tratamento do câncer colorretal, que, em geral, é diagnosticado em estádios avançados, complexos, demandando internações prolongadas, associadas a altos índices de mortalidade[76].

Programas de rastreamento estão sendo implementados e executados em diversos países desenvolvidos. Nos Estados Unidos, uma iniciativa multimídia (televisão, rádio, imprensa, etc.) de vários anos, com o nome Screen for Life: National Colorectal Câncer Action Campaign, foi implementada pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC) com o intuito de educar homens e mulheres com idade de 50 anos ou mais e grupos com maior risco de desenvolver câncer colorretal sobre a importância do regular rastreamento da doença. Em 2011, foram realizados 322 milhões de anúncios pela televisão e 21 milhões de folhetos foram distribuídos. Entre os anos de 1999 e 2011, foram investidos 100 milhões de dólares em anúncios relacionados a esta campanha[77].

Na Espanha, o rastreamento de câncer é conduzido de acordo com recomendações nacionais e internacionais. O fato de os programas de rastreamento serem operados como rede levou a um alto grau de consenso sobre a metodologia e os sistemas de informação a serem utilizados para uma melhor avaliação conjunta. Os programas em operação atualmente incluem homens e mulheres com idades de 50 a 69 anos como população alvo. Em 2009, 418.973 pessoas foram incluídas no programa de rastreamento (4,5% da população espanhola nessa faixa etária). A previsão para 2014 é de uma cobertura mínima estimada em 50%. O teste utilizado inicialmente foi o exame de sangue oculto nas fezes e, posteriormente, foi incorporado um teste imunológico[78].

Na Holanda, o Ministério de Saúde recentemente decidiu implementar um programa nacional de rastreamento para câncer do intestino, a se iniciar em 2013. Este programa oferecerá um teste imunoquímico de sangue oculto nas fezes (iFOBT) para as pessoas com idade entre 55 e 75 anos, a cada dois anos[79].

Na Itália, o programa de rastreamento para câncer colorretal foi introduzido em 2003, como parte do programa nacional de saúde. Em 2007, o programa deu cobertura a 46,6% da população alvo entre 50 e 74 anos de idade. O teste utilizado em primeira linha foi o exame de sangue oculto nas fezes (FOBT) e, em poucos casos, utilizou-se a sigmoidoscopia ou ambos os testes[80].

Mesmo considerando que não houve significância estatística na comparação do gênero para o estádio do tumor, verifica-se que os homens são acometidos com tumor em maior gravidade, com 54,7% em estádio IV. Pode-se inferir que os homens, pela própria característica cultural, procuram mais tardiamente o serviço de saúde e, pela própria demora ao fazê-lo, encontram-se com a doença em fase mais avançada.

Neste mesmo sentido, estudo realizado no Rio Grande do Sul com 74 pacientes, que analisou a adesão ao controle colonoscópico após a ressecção endoscópica de pólipos adenomatosos, concluiu que as mulheres são mais aderentes ao método de prevenção quando comparadas com os homens[81].

Outro estudo, realizado com 100 pacientes que realizaram o procedimento colonoscópico no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, observou predomínio de pacientes mulheres, com 73% dos casos. A autora sugere que, independentemente da classe socioeconômica e da falta de conhecimento dos métodos de diagnóstico e prevenção da doença, as mulheres têm como prática habitual o autocuidado, pois faz parte dos seus hábitos de saúde voltados para a prevenção de doenças[54].

Em contrapartida, pesquisa realizada em 5.462 indivíduos no Reino Unido identificou que mais homens que mulheres atenderam ao programa de rastreamento para o câncer colorretal. Estes achados contradisseram as expectativas dos autores, pois a literatura mostra que os homens estão menos motivados com a promoção de saúde ou conduta de prevenção de doenças[82,83] e as mulheres, por possuírem maior conhecimento sobre os problemas de saúde, especialmente na área reprodutiva e saúde da criança[84], estão mais familiarizadas com procedimentos de prevenção.

Entretanto, esta situação foi justificada pelos autores pelo alto nível socioeconômico e pelo fato de serem casados. Pode-se inferir que a mulher tem participação importante na saúde de seus companheiros.

Em relação ao método de tratamento, verifica-se nesta pesquisa que a maioria recebeu tratamento cirúrgico, o que vem ao encontro dos protocolos de tratamento preconizados pelo INCA, pois se configura como tratamento primário para a maioria do casos de câncer colorretal. O tratamento cirúrgico é considerado curativo quando se consegue a remoção completa do tumor primário, de órgãos e estruturas localmente comprometidas e de metástases identificadas. Já o tratamento cirúrgico paliativo tem a finalidade de aliviar ou reduzir os sintomas em pacientes que não tenham condições de cura por ressecção (metástases irressecáveis a distância ou localmente disseminadas e invasão de estruturas vitais)[10]. Desta forma, a União Internacional contra o Câncer relata que 90% dos pacientes de câncer de cólon recebem tratamento cirúrgico[6].

O principal problema após o tratamento cirúrgico do câncer de reto é a recidiva locorregional, que comumente determina a morte; já no câncer de cólon, o principal problema pós-cirúrgico é a metástase sistêmica. O tratamento depende, principalmente, de tamanho, localização e extensão do tumor e da saúde geral do paciente. Desta forma, utilizam-se variados tipos de tratamento e, algumas vezes, a combinação de uma ou mais formas de tratamento[10].

A maioria dos indivíduos deste estudo (56%) segue o tratamento adjuvante, conforme os protocolos preconizados para este tipo de tumor e estádio. A quimioterapia é indicada após a cirurgia com o objetivo de combater a doença, diminuir a chance de recidiva ou para aliviar os sintomas ocasionados pela doença. Percebe-se que o gênero não interfere na escolha do tratamento.

O acompanhamento após o tratamento do câncer colorretal é importante para assegurar que as alterações de saúde sejam minimizadas, bem como para o diagnóstico precoce e o tratamento adequado de recidivas. As avaliações poderão incluir exame físico, colonoscopia, radiografia de tórax, testes laboratoriais, ultrassonografia e tomografia. O suporte emocional, nesta fase de acompanhamento para o diagnóstico de recidiva, é extremamente importante para promover melhor qualidade de vida dos pacientes[10].

Neste estudo, a maioria dos indivíduos (72%) não é portadora de colostomia e, dentre aqueles que a possuem, 22% apresentaram-na de forma transitória. Resultados semelhantes foram obtidos por Chaves, que realizou uma pesquisa em pacientes com câncer colorretal em tratamento quimioterápico ambulatorial no Hospital das Clínicas de Porto Alegre. Identificaram-se 83% dos pacientes sem colostomia e 17% com colostomia transitória[85]. Por sua vez, Chao et al., ao realizarem um estudo com 110 pacientes, encontraram que 68% dos indivíduos não apresentaram colostomia[61]. Segundo dados do INCA, cerca de 10 a 20% dos pacientes com câncer do reto necessitam de colostomia permanente[10].

Nesta pesquisa, 70% dos pacientes têm antecedente familiar de câncer colorretal, com predominância das mulheres. Estes resultados são semelhantes aos encontrados por Antonetti, que, ao analisar pacientes em pré-procedimento colonoscópico, verificou que 68% tinham familiares com câncer colorretal. A American Cancer Society afirma que indivíduos com familiares de primeiro grau com câncer têm risco 2 a 3 vezes maior de desenvolver a doença quando comparados com indivíduos que não têm histórico da doença. Se o familiar for diagnosticado ainda jovem ou se houver mais de um familiar afetado, o risco aumenta para 3 a 6 vezes quando comparado com a população geral[86]. Não foram encontrados na literatura estudos que relacionem o gênero feminino e familiares com câncer colorretal, o que indica a necessidade de estudos futuros que analisem esta relação.

Cerca de 5% dos pacientes com câncer colorretal têm uma síndrome genética bem definida que causa a doença. A mais comum destas é a síndrome de Lynch, responsável por 2 a 4% de todos os casos de câncer colorretal. Polipose familiar responde por 1%[86,87].

Neste estudo, encontrou-se que 38% dos indivíduos apresentam doenças pregressas, tendo a hipertensão como doença predominante. A hipertensão arterial sistêmica configura-se como um fator de risco para doenças cardiovasculares. Na análise mundial, a OMS relata que aproximadamente 1 bilhão de pessoas são portadores de hipertensão; destas, dois terços encontram-se nos países em desenvolvimento. A estimativa para 2025 é de 1,56 bilhões de adultos com hipertensão. Anualmente, esta doença causa a morte de aproximadamente oito milhões de pessoas, das quais 1,5 milhão são do Sudeste Asiático[88]. Indiretamente, pode-se considerar a relação entre hipertensão arterial e câncer colorretal na medida

em que se observam fatores de risco comuns entre as duas doenças, sejam eles idade avançada e estilo de vida como sedentarismo, hábitos alimentares, sobrepeso, obesidade, consumo de álcool [88,89].

A predominância da hipertensão neste estudo era esperada em função da idade média da amostra de estudo, considerando-se que a prevalência da hipertensão aumenta com a idade nos indivíduos acima de 60 anos[88,90,91].

6.4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS QUANTO A SENTIMENTOS E PERCEPÇÃO RELATADOS PELOS PACIENTES PERANTE O TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO

Os resultados deste estudo mostram que os indivíduos, em sua maioria, percebem a quimioterapia como parte necessária do tratamento. Esta percepção é vivenciada pelo paciente, pois este é ciente da sua condição de doente e entende que o tratamento quimioterápico vai ajudá-lo a prolongar a vida, seja por meio da redução ou do controle do crescimento do tumor. Chen et al. verificaram, em estudo qualitativo, que os pacientes, ao entenderem que o diagnóstico de câncer não pode ser alterado, aceitaram seguir todo o tratamento, seja ele cirúrgico, radioterápico e/ou quimioterápico[92].

Ainda nesta pesquisa, os pacientes relatam experiência emocional negativa, como medo, ansiedade, revolta, choque, entre outros. Cabe destacar que este tipo de sentimento negativo já é vivenciado a partir do momento em que o paciente aguarda pelo diagnóstico, cuja doença geralmente está associada com a morte, conforme relatado em diferentes estudos[92,93].

Como experiência negativa relacionada aos efeitos colaterais, relataram-se sintomas de vômito, queda de cabelos, náuseas, cansaço, baixa imunidade ou fraqueza. Esta percepção é comum nos pacientes oncológicos, pois, frequentemente, associam as limitações que o tratamento impõe com manifestações emocionais negativas. Esta percepção é vivenciada na experiência do próprio paciente ou com familiares e pessoas do seu círculo social.

Estudos verificam que os pacientes relacionam a quimioterapia com efeitos colaterais severos[94,95]. Na França, uma pesquisa com pacientes oncológicos verificou que a sua percepção sobre os efeitos colaterais da quimioterapia mudaram no decorrer do tratamento. Inicialmente, observou-se preocupação com os aspectos físicos, como náuseas e vômitos, passando a preocupações sociais e emocionais[96]. Acredita-se que, nesta situação, o uso de drogas mais eficazes para o controle dos efeitos colaterais permite a satisfação das necessidades fisiológicas para, posteriormente, a extrapolação das demais necessidades humanas básicas.

Nesta pesquisa, encontrou-se predominância masculina estatisticamente significativa na categoria "outros aspectos". Os pacientes relataram que a quimioterapia afeta a rotina diária, contribui para uma piora da qualidade de vida e interfere com redução da imunidade, que impede a realização do tratamento. Além dos aspectos clínicos, a demora da liberação do convênio, a espera pelo atendimento hospitalar ou a dificuldade de locomoção de casa para o hospital foram também citadas. Os pacientes oncológicos têm sua rotina diária alterada, pois a frequente necessidade de retorno hospitalar para tratamento e acompanhamento médico pertinente interfere nas diversas dimensões e responsabilidades humanas. Além disso, a espera pelo atendimento e a impossibilidade de não receber tratamento quimioterápico gera frustração e desconforto. Ainda, a necessidade de adaptação do tratamento às atividades diárias e a limitação imposta para as atividades de lazer e convivência social ocasionam mudanças importantes na rotina de vida dos pacientes.

Estudo realizado no Canadá, com pacientes acometidos por diferentes tipos de câncer, que analisou a percepção dos pacientes sobre o tratamento quimioterápico, verificou que os homens se preocupavam, principalmente, com o desempenho profissional e financeiro, ao passo que as mulheres relatavam preocupação familiar e mencionavam o desejo de acompanhar o crescimento dos filhos[97]. Coates et al. fizeram um estudo, na Austrália, com pacientes oncológicos e, ao analisarem homens e mulheres em tratamento quimioterápico, identificaram que os homens referiam maior incômodo pelo prolongado tempo de cada sessão de tratamento, diferentemente das mulheres, que referiam as limitações para realizar os afazeres domésticos[98].

No mesmo sentido, em outro estudo realizado em Portugal, com mulheres com câncer ginecológico ou de mama em tratamento quimioterápico, observou-se

que elas relatavam preocupação, principalmente, nos aspectos social e familiar. Estas mulheres manifestavam preocupação com o futuro dos entes queridos, desejavam que a família não sofresse por causa da doença e, também, relatavam preocupação pela possibilidade de se tornarem dependentes dos seus familiares. Ainda na análise deste estudo, as pacientes relataram que o apoio da família e dos amigos foi fundamental para o enfrentamento da quimioterapia[24].

Em relação à ajuda que os pacientes recebem para enfrentar o tratamento quimioterápico, identificou-se que a maioria recebe suporte social por parte da família, seguido da vontade de viver e apoio espiritual.

Nesta pesquisa, identificou-se diferença estatisticamente significativa no suporte espiritual, com predominância do gênero feminino. Acredita-se que as mulheres, tradicionalmente, sejam mais adeptas aos cultos religiosos. Resultado semelhante foi encontrado em pacientes com câncer de pulmão, em que se verificou que as mulheres faziam uso de estratégias orientadas para a religiosidade ou espiritualidade e apresentaram diminuição de sintomas depressivos[38].

A espiritualidade é uma área importante para o ser humano. Segundo o National Cancer Institute, o bem-estar religioso e espiritual contribui para a melhora da saúde e da qualidade de vida do paciente oncológico de múltiplas maneiras: possibilita melhor adaptação ao câncer e tratamento, aumenta a capacidade de desfrutar a vida durante o tratamento oncológico, favorece o crescimento pessoal, fortalece sentimentos de esperança e otimismo e melhora a satisfação com a vida[99].

A religiosidade pode influenciar a maneira como os pacientes com câncer aceitam o diagnóstico e o tratamento. Estudo realizado no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo em indivíduos submetidos à cirurgia oncológica identificou o suporte espiritual como estratégia de enfrentamento mais utilizada, seguida do apoio familiar[100].

Em pesquisa de meta-análise realizada nos Estados Unidos, com o objetivo de examinar a associação da prática religiosa com a sobrevida dos pacientes com doença oncológica e cardiovascular, observou-se que indivíduos com envolvimento religioso identificado com a frequência à igreja, crença religiosa e orações apresentavam maior longevidade[101].

Em estudo realizado com pacientes com câncer de mama, os autores verificaram que a espiritualidade cumpre papel importante para melhor adaptação à

doença destas pacientes. Eles relatam que a oração, combinada com crenças religiosas, ajuda a enfrentar cada fase da doença, desde a descoberta do nódulo até o momento do diagnóstico médico, tratamento e recuperação da saúde[102].

6.5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS QUANTO À CONFIABILIDADE DOS INSTRUMENTOS

A análise da consistência interna de uma medida psicológica é necessária, pois oferece subsídios para avaliar a variabilidade das respostas e a correlação entre os diferentes itens do instrumento de medida[103]. Entre os diferentes métodos que fornecem estimativas do grau de consistência, o mais amplamente utilizado é o coeficiente alfa de Cronbach[49]. O valor do coeficiente pode variar de 0 a 1; os valores mais altos refletem maior consistência interna[49,103]. Nesta pesquisa, verifica-se que o valor de alfa para o instrumento de estresse, PSS-10, foi 0,81, o que denota coerência entre os itens para o construto que se pretendeu medir para esta amostra de pacientes. Ao se realizar a análise estatística da omissão de um item do instrumento, verifica-se a manutenção do valor elevado do coeficiente alfa de Cronbach para todos os itens.

Em outros estudos que analisam o estresse percebido utilizando o instrumento PSS-10, identifica-se que os valores de consistência interna foram altos, variando de 0,83 a 0,87 em pacientes com diferentes doenças, como câncer de próstata, câncer de mama, influenza A[104-108].

No tocante ao Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus, verifica-se que o valor de alfa de Cronbach total foi de 0,75; porém, ao se analisar por domínios, os valores encontrados foram relativamente baixos, com exceção do domínio "reavaliação positiva". Verifica-se variabilidade dos valores de alfa em diferentes pesquisas em que foi utilizado este mesmo instrumento. Os valores do alfa total variavam entre 0,40 e 0,71 em pacientes que iriam se submeter à colecistectomia, indivíduos portadores de psoríase e idosos[109-111].

Na literatura científica, observa-se a existência do inventário de estratégias de *coping* adaptado para pacientes com câncer, que contempla características

específicas dos estressores neste tipo de pacientes, como medo ou incerteza sobre o futuro devido ao câncer; limitações físicas, aparência ou estilo de vida; dor aguda, sintomas ou desconforto da doença ou do tratamento; e problemas com família ou amigos. Alguns itens, por sua vez, foram retirados por não estarem relacionados com o câncer[112]. Com estas modificações, os autores identificaram cinco estilos de *coping*: apoio social, foco no aspecto positivo, afastamento, fuga-esquiva cognitiva e comportamental. Os autores, ao avaliarem a consistência interna no questionário, encontraram alfa de Cronbach total de 0,92[112].

Cabe resaltar que, ao se comparar os valores de alfa de Cronbach do questionário de *coping* genérico e o instrumento adaptado para pacientes com câncer, percebe-se que os valores de alfa de Cronbach para cada estilo de *coping* são menores[113, 114]. Observa-se que este questionário se encontra em inglês e não existe em português; neste sentido, percebe-se a necessidade de instrumentos específicos ou traduzidos para amostras brasileiras.

Ainda, na análise dos valores de alfa, Folkman (1992), citado por Fortes-Burgos[111], afirma:

> Os pesquisadores devem usar critérios menos exigentes na avaliação da confiabilidade de medidas de enfrentamento (um alfa igual a 0,60 pode ser apropriado), visto que dificilmente as estratégias possuem uma natureza unidimensional. Mais do que isso, independentemente do nível de consistência interna que um pesquisador está disposto a aceitar, não deve fiar-se em valores previamente estabelecidos, mas sim avaliar e relatar o nível obtido em sua investigação.

Por sua vez, Ribeiro também afirma que um instrumento de avaliação psicológica pode ser útil, mesmo sem ter valores psicométricos elevados. Neste sentido, deve-se considerar que o *coping* é uma variável em constante mudança e os valores de consistência interna elevada devem ser relativizados[115]. Portanto, na presente pesquisa, todos os itens e domínios foram considerados para análise.

Como justificativa para os baixos valores de alfa alcançados pelo instrumento de *coping* nesta pesquisa, deve-se considerar que este era o último instrumento a ser aplicado durante a entrevista, o que acarreta, muitas vezes, cansaço e dificuldade de interpretação e raciocínio para resposta. Deve-se considerar também que o mesmo questionário traduzido e validado para o Brasil apresentou valores baixos, de 0,424 a 0,688[57]. Isto nos leva a questionar a construção e validação de instrumentos que,

muitas vezes, são feitos com amostras que possuem características socioeconômicas e culturais muito diferentes da população brasileira.

Diante desta situação, chama a atenção a insuficiente quantidade de instrumentos em língua portuguesa para mensurar indivíduos com características específicas, como os pacientes que recebem quimioterapia.

6.6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS QUANTO AO NÍVEL DE ESTRESSE E ÀS DIFERENÇAS DE GÊNERO DA AMOSTRA DE ESTUDO

Nesta pesquisa, a média do escore da percepção de estresse da amostra estudada foi de 12,05 pontos. Nota-se que o tratamento quimioterápico é percebido pelos pacientes como fonte de ajuda para o controle da doença. Esta percepção, por sua vez, pode ser reforçada com os resultados positivos dos exames de controle do tumor, em que a esperança e confiança no tratamento quimioterápico aumenta neste grupo de pacientes. Além disso, pode-se ressaltar os avanços médicos no tratamento para o câncer colorretal, que permitem que esta doença se transforme de uma enfermidade fatal para uma doença curável ou controlável, quando diagnosticada precocemente[116].

Por outro lado, observa-se nesta pesquisa que a pontuação de estresse é menor que aquela encontrada por Antonietti[54], em estudo realizado em pacientes em preparo pré-colonoscópico, cuja média encontrada foi de 22,25 pontos. Este fato pode estar relacionado com a incerteza e ansiedade sobre os achados colonoscópicos, a expectativa do preparo e a conotação vexatória associada ao procedimento, diferentemente dos resultados do estudo atual, em que os pacientes já conhecem o diagnóstico, muitos já estão em fase avançada de tratamento e, portanto, já conhecem os efeitos colaterais a eles associados. Ainda, os pacientes desta pesquisa têm disponibilidade de informações, o que permite melhor esclarecimento sobre a doença e o tratamento, bem como sobre as limitações e perspectivas a estes relacionados.

Embora a quimioterapia seja uma fonte de estresse para o paciente e sua família, independentemente do gênero, representa uma alternativa e uma fonte de

esperança para sua condição de saúde. Em estudo que avalia a aceitação do tratamento quimioterápico pelos pacientes, os pesquisadores concluíram que a maioria se submeteria a uma nova quimioterapia quando indicada por seus médicos, mesmo que esta trouxesse benefícios muito restritos. Entre estes indivíduos, 38,5% aceitaria uma nova quimioterapia se esta trouxesse benefício mínimo, 17% faria um novo tratamento mesmo sem nenhum benefício e só um paciente não a faria novamente sob nenhuma circunstância[117].

Estudos mostram que pacientes que vivenciaram sessões prévias de quimioterapia apresentam atitudes mais favoráveis para a continuidade do tratamento. Um estudo realizado na Holanda com 446 pacientes mulheres com câncer de mama verificou que aquelas com maior número de sessões relatam maior confiança nos resultados favoráveis ao tratamento que aquelas em fase inicial[94]. Este fato provavelmente está relacionado ao medo do desconhecido, aos efeitos colaterais provenientes da quimioterapia relatados por pessoas de seu contexto social e a incerteza do resultado do tratamento, ao contrário daquelas que já vivenciaram o tratamento.

No estudo atual, a percepção de estresse entre os gêneros apresenta diferença estatisticamente significante ($p<0,05$), e as mulheres apresentaram maiores níveis de estresse quando comparadas aos homens. Este resultado pode estar relacionado com a percepção negativa dos efeitos colaterais do tratamento quimioterápico, principalmente quanto ao impacto sobre a aparência física, como queda de cabelos e ganho de peso, seguido de náuseas, vômitos, fadiga e fraqueza, que deterioram o desempenho das atividades diárias e interferem na autoimagem.

Este resultado vem ao encontro da revisão da literatura, em que se encontrou, como um dos efeitos colaterais mais traumatizantes, a queda de cabelos entre as pacientes que recebem quimioterapia[95]. Cabe destacar que, nesta sociedade na qual se valoriza a aparência física, uma deterioração nesse aspecto pode ocasionar sentimentos de rejeição. Neste sentido, o cabelo, para a mulher, tem um significado de beleza; porém, havendo a queda, as mulheres sofrem diminuição da feminilidade, perda de identidade e perda do controle da situação[118, 119].

Cabe destacar que a diferença na percepção de estresse foi constatada fisiologicamente no estudo realizado por Wang et al.[120], mostrando que os homens utilizaram, principalmente, a região do córtex pré-frontal, região do cérebro que está

relacionada com o pensamento racional e analítico, elaboração de estratégias e tomada de decisões[121]; em contraste, as mulheres utilizaram de forma predominante o sistema límbico, circuito neuronal que controla o comportamento emocional[121].

Somado a isto, tem-se a presença de múltiplos papéis desempenhados pela mulher na família e na sociedade. Neste sentido, os autores verificaram que, ao longo da história humana, o papel feminino foi tradicionalmente direcionado ao cuidado de crianças, pessoas doentes e do lar. Já o papel masculino foi orientado à manutenção e ao sustento econômico da família. A partir da Revolução Industrial, as mulheres tiveram participação mais acentuada no mercado de trabalho e, hoje, observa-se maior responsabilidade da mulher na renda familiar. Assim, ao se ver doente, a mulher coloca em risco a sua condição de cuidadora e, também, a estabilidade econômica familiar, devido à necessidade de afastamento ou licença médica, comum entre os pacientes oncológicos[122-124]. Portanto, esta situação origina maior impacto de estresse se comparada com os homens, que desenvolvem, geralmente, o papel de trabalhador.

Em virtude de sua importância, esta preocupação sobre a relação entre o bem-estar psicológico e a participação social das mulheres foi matéria de estudo desde os anos 70, uma vez que o papel adotado pela mulher não é único como o do homem. Sob esta perspectiva, Kandel et al. estudaram os diferentes papéis desempenhados pela mulher, tais como cônjuge, trabalhadora e cuidadora do lar, verificando que cada um deles e suas inter-relações são fontes geradoras de estresse no público feminino[125].

Outros estudos mostram que os eventos estressantes diários para homens e mulheres são diferentes. Para as mulheres, são mais frequentes problemas relacionados com a família[126] e problemas de saúde de pessoas de seu entorno; já os homens relatavam mais problemas financeiros e com o trabalho[36].

Resultados semelhantes foram encontrados em estudos que comparam a percepção de estresse entre os gêneros, verificando que as mulheres possuem maior nível de estresse. Os resultados também foram similares em pacientes em procedimento pré-colonoscópico, portadores de melanoma, aqueles com câncer gastrointestinal e de pulmão e doentes coronarianos[39,54,127,128].

6.7 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS QUANTO ÀS ESTRATÉGIAS DE *COPING* E ÀS DIFERENÇAS DE GÊNERO DA AMOSTRA DE ESTUDO

Na presente pesquisa, ao analisar as estratégias de *coping* e as diferenças de gênero, observa-se que os homens apresentam maior variabilidade de recursos disponíveis para o enfrentamento das situações de estresse, o que possibilita resultados mais eficazes.

Entre as estratégias mais utilizadas pelos homens, encontram-se as focadas no problema (autocontrole, suporte social, resolução de problemas e reavaliação positiva). Este resultado vem ao encontro do revelado na literatura[36,37,127], em que o gênero masculino é associado com esse tipo de estratégias. Entretanto, cabe ressaltar que o suporte social não está tradicionalmente associado com esse gênero[37,36,39]. Esta circunstância pode decorrer do envolvimento de família, amigos e trabalhadores de saúde com o paciente oncológico. Em outro estudo, realizado em pacientes portadores de retocolite ulcerativa idiopática, identificou-se predominância das estratégias de *coping* orientadas ao suporte social e à reavaliação positiva. No mesmo estudo, o grupo de controle não apresentou a utilização de estratégias focadas no suporte social[48].

Nesta pesquisa, encontrou-se que as mulheres utilizam estratégias focadas na emoção, o que vem ao encontro da literatura, que associa a maior utilização de estratégias emocionais às mulheres[35,36,127,129,130].

Um estudo realizado em pacientes idosos sobreviventes ao câncer identificou que as formas de enfrentamento mais utilizadas foram o planejamento, a aceitação e o suporte social, ao passo que as menos utilizadas foram negação e sentimentos negativos[131]. Outra pesquisa realizada em pacientes com câncer colorretal encontrou que homens aceitam o diagnóstico com maior facilidade e a maioria das mulheres estava afetada emocionalmente devido aos efeitos colaterais do tratamento quimioterápico[132]. Outro estudo em pacientes com câncer ginecológico identificou que as pacientes utilizavam, principalmente, negação e fuga-esquiva como estratégias de *coping* prévio a cada sessão do tratamento[133].

Os resultados de uma pesquisa realizada em pacientes com *diabetes mellitus*, ao comparar as estratégias de *coping* entre homens e mulheres, revelaram que os homens utilizavam maior número e variabilidade de estratégias de *coping* e, dentre estas, as focadas ao problema se destacaram[134].

Segundo pesquisas realizadas em indivíduos saudáveis, estratégias orientadas ao problema foram fortemente associadas ao gênero masculino e estratégias focadas na emoção foram relacionadas ao gênero feminino[36,130].Além disso, verificou-se que os indivíduos que utilizam tanto estratégias orientadas ao problema como orientadas à emoção praticam um enfrentamento mais eficaz, independentemente do gênero[130]. Faye et al. afirmam existir diferentes estressores relacionados ao câncer, os quais são enfrentados pelos pacientes de diferentes maneiras; portanto, não existe um padrão particular de *coping* que seja o melhor para aliviar o estresse psicológico dos seus portadores[135].

Nesta pesquisa, identificou-se diferença estatisticamente significativa, com predomínio do gênero masculino para o domínio "resolução de problemas". Neste resultado, pode-se considerar o fato de que o tratamento é uma necessidade para o controle da doença e não uma alternativa de escolha dos pacientes; consequentemente, estes assumem enfrentar o tratamento quimioterápico de forma racional e analítica, pois, segundo seus próprios relatos, referem a necessidade deste tratamento. Cabe ressaltar que esta estratégia de *coping* está naturalmente associada ao gênero masculino, que frequentemente a utiliza nas situações cotidianas; assim, não surpreende sua utilização em novas situações de estresse[36,130].

Mathews afirma que compartilhar sentimentos é um comportamento característico feminino, diferentemente dos homens, que necessitam de planos de ação. Estas diferenças têm implicações na maneira como mulheres e homens se envolvem no processo da doença[37].

Mesmo não tendo sido foco da pesquisa atual, deve-se considerar o aspecto sociocultural. Gianini, em sua pesquisa, conclui que as diferenças de gênero são influenciadas pela cultura e que, na cultura ocidental, as diferenças no modo de socialização são fundamentais para a escolha das estratégias de enfrentamento do câncer[136].

6.8 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS QUANTO À CORRELAÇÃO DA PERCEPÇÃO DE ESTRESSE, *COPING* E GÊNERO DA AMOSTRA DE ESTUDO

As estratégias de *coping* apresentam-se correlacionadas com a percepção de estresse em três dos oito domínios. Desses, o domínio "confronto" se correlaciona positivamente, ao passo que os domínios "resolução de problemas" e "reavaliação positiva" apresentam correlação negativa.

Ao tentar compreender a correlação positiva entre o domínio "confronto" e o estresse, pode-se inferir que o indivíduo percebe o tratamento como um grande desafio, mesmo considerando os efeitos colaterais dos medicamentos. Apesar desta avaliação de desafio, o paciente poderá estar imbuído de sentimentos de raiva e medo, sendo estes considerados fontes de estresse.

A literatura afirma que a utilização de estratégias orientadas à emoção, como fuga-esquiva, negação, afastamento do problema, autocrítica, raiva e sentimentos de culpa, gera estresse, ansiedade e depressão, deteriorando a qualidade de vida e o bem-estar[137, 138].

Além disto, o tratamento quimioterápico não é uma entre tantas opções de tratamento, mas sim parte de um protocolo de tratamento ao qual o indivíduo deverá aderir se pretender a cura ou melhora de sua condição oncológica. Desta feita, não existe opção, o que poderá causar sentimentos negativos e estresse.

Na correlação entre resolução de problemas e estresse, os pacientes interpretam a quimioterapia como um tratamento de cura ou controle da doença, o que permite melhor cooperação e adesão ao tratamento e aceitação das limitações provenientes da doença. Este tratamento é visto como necessário e, assim, tenta-se ajustar aos seus indesejáveis efeitos colaterais.

Em relação à reavaliação positiva, observa-se que a correlação negativa com o estresse pode ser explicada pela representação benéfica que o tratamento quimioterápico oferece aos pacientes. Com estas estratégias, o indivíduo tenta encontrar os aspectos positivos inerentes à situação, cuja experiência de tratamento favorece o crescimento pessoal e a mudança de perspectiva, que, a princípio, poderia ser negativa, para um resultado benéfico ao longo do tratamento.

Neste sentido, segundo os relatos dos pacientes, houve sentimento de medo no período prévio ao tratamento quimioterápico; porém, à medida que os exames de controle foram realizados e os resultados apontaram melhora da condição de saúde, assim como os sintomas comuns ao tratamento não foram tão intensos, passou-se a haver uma percepção positiva e até otimista do tratamento. Um estudo realizado em pacientes com câncer de mama afirma que a atitude positiva dos pacientes, unida com a vontade de viver, favorece a aceitação da doença e seu tratamento[139].

Cabe salientar que tanto as estratégias de resolução de problemas como de reavaliação positiva são orientadas ao problema. Estudos afirmam que as estratégias voltadas para o problema são mais eficazes que as voltadas para a emoção; porém, ao ter vários recursos à disposição para enfrentar os problemas, o indivíduo terá maior sucesso para lidar com diversos tipos de estressores[93].

Nos resultados de regressão linear que analisa o estresse, as estratégias de *coping* e gênero, observa-se que os resultados são reiterados com aqueles apresentados na correlação. Deve-se destacar, no entanto, que o gênero não foi uma variável que modula o estresse, apesar de se verificar que as mulheres apresentam maior percepção de estresse que os homens. O que interferiu no resultado da maior ou menor percepção de estresse foram as estratégias de *coping* utilizadas. Isto provavelmente tem a ver com a natureza dinâmica do processo da doença, em que o paciente precisa utilizar diferentes tipos de estratégias em momentos diversos para sua melhor adaptação. Autores reforçam esta ideia ao afirmar que os pacientes com câncer precisam adaptar-se às mudanças relacionadas às limitações da capacidade funcional, às implicações médicas e às reações psicológicas[137,140]. Outro estudo realizado em pessoas com câncer afirma, no mesmo sentido, que a vulnerabilidade do paciente depende do número de estratégias de *coping* disponíveis, do domínio da utilização dessas estratégias e da eficácia de cada uma delas, ou seja, os pacientes lidam melhor com situações de estresse se tiverem maior número de recursos de *coping*[93].

Estudo realizado em pacientes com câncer de mama identificou que a utilização de diversos recursos para enfrentar o estresse, devido à doença e ao tratamento, influencia o bem-estar do paciente. Os autores agruparam os recursos em três categorias: interpessoal, intrapessoal e extrapessoal. Na categoria interpessoal, as pacientes utilizavam o suporte emocional; na intrapessoal, pensamentos positivos,

resultados positivos de exames e prática religiosa/espiritual; na extrapessoal, prática de ioga, terapia psicológica e relaxamento[141].

Lipinska, ao pesquisar a relação do gênero com *coping* e estresse em pessoas saudáveis, conclui que os indivíduos, sejam homens ou mulheres, com maiores recursos para enfrentar o problema lidam de forma eficaz com o estresse, ao contrário daqueles que utilizam estratégias focadas unicamente no problema ou na emoção[130].

Portanto, acredita-se que os recursos mais eficazes para lidar com uma doença crônica como o câncer e o tratamento quimioterápico provavelmente sejam adquirir o maior número de estratégias de *coping*, com ênfase na resolução de problemas e na reavaliação positiva. Também é preciso promover o fortalecimento das estratégias que já vêm sendo utilizadas.

Em consequência, faz-se necessária a capacitação dos profissionais de saúde sobre as necessidades psicoemocionais dos pacientes, bem como a implementação de programas de saúde visando à promoção do desenvolvimento de novas estratégias e ao fortalecimento de estratégias de *coping* dos pacientes que recebem tratamento quimioterápico, focadas principalmente na resolução de problemas e na reavaliação positiva, para a diminuição do estresse e seu enfrentamento mais eficaz, contribuindo para uma melhor qualidade de vida destes pacientes.

7 CONCLUSÕES

Os resultados levam às seguintes conclusões:

Em relação a gênero, percepção de estresse e estratégias de *coping*:

- ✓ Verifica-se que o gênero não influencia a variação do nível de estresse, ao passo que a utilização das estratégias de *coping* modifica o nível de estresse percebido. A utilização de estratégias do domínio "confronto" aumenta o nível de estresse. Em contrapartida, os domínios "resolução de problemas" e "reavaliação positiva" diminuem os níveis de estresse.

Em relação às preocupações e sentimentos dos pacientes:

- ✓ A maioria da amostra de estudo percebe a quimioterapia como parte necessária do tratamento da doença, seguida de emoções negativas, como medo, ansiedade, choque, sofrimento e revolta e, em terceiro lugar, como aspecto físico, os efeitos colaterais do tratamento quimioterápico, como vômitos, queda de cabelos, náuseas, cansaço, entre outros.
- ✓ Na comparação entre o gênero e a percepção dos pacientes, identifica-se diferença estatisticamente significativa em relação à categoria "outros aspectos", em que se considera a mudança de rotina diária, baixa imunidade que impede a realização do tratamento, demora da liberação do convênio, espera para o atendimento hospitalar ou dificuldade de locomoção de casa para o hospital, observando-se predominância do gênero masculino.
- ✓ Em relação à ajuda recebida para enfrentar a quimioterapia, os pacientes relataram, principalmente, apoio familiar, suporte espiritual e vontade de viver. Identifica-se diferença significativa para o suporte espiritual, com predomínio no gênero feminino.

Em relação à percepção de estresse:

- ✓ Na amostra de estudo, identifica-se valor médio de percepção de estresse 12 e valor máximo de 36. Identifica-se diferença estatisticamente significativa com maior percepção de estresse do gênero feminino.

Em relação às estratégias de *coping*:

- ✓ Os homens utilizaram mais estratégias de *coping* quando comparados às mulheres. Estas estratégias são autocontrole, suporte social, fuga-esquiva, resolução de problemas e reavaliação positiva. Entretanto, as estratégias utilizadas pelas mulheres foram confronto, afastamento e aceitação de responsabilidade. Houve diferença estatisticamente significativa para o gênero, com predominância do gênero masculino no domínio "resolução de problemas".

Em relação à percepção de estresse e às estratégias de *coping*:

- ✓ Identifica-se correlação positiva do domínio "confronto" e estresse, ao passo que os domínios "resolução de problemas" e "reavaliação positiva" apresentaram correlação negativa com a percepção de estresse.

Em relação às características sociodemográficas:

- ✓ A amostra de estudo caracteriza-se por ter idade média de 56 anos, com idade mínima de 24 anos e máxima de 86 anos. Não se encontrou diferença estatisticamente significativa entre os gêneros. Os homens vivem predominantemente com companheira (90,5%) e a maioria das mulheres vive sem companheiro (54,4%), o que representou diferença estatística.
- ✓ A amostra de estudo possui, predominantemente, nível superior e cor de pele branca, e é proveniente da capital do Estado de São Paulo. A maioria relata prática religiosa. Estas características não apresentam diferença estatística.
- ✓ Em relação ao âmbito laboral, 64% continuam ativos. Quanto à ocupação, há predominância de aposentados e encontra-se diferença estatisticamente significativa. Quanto à renda, 51% das mulheres possui de um a dois dependentes e 54,7% dos homens de três a quatro. Não se encontrou diferença estatística. Em relação às rendas individual e familiar médias, os homens possuem ingresso econômico maior que as mulheres, o que é estatisticamente significativo.

Em relação às características clínicas:

- ✓ 66% têm câncer de cólon e 34% apresentam câncer de reto. Metade dos indivíduos tem tumor em estádio IV. Entre os homens, 60,4% encontram-se com o câncer em metástase. A maioria das mulheres não tem metástase (53%). Em 91% dos pacientes, a cirurgia já foi realizada. Sobre o tratamento quimioterápico, a maioria segue o tratamento adjuvante, seguido do paliativo, e não foi encontrada diferença estatística.
- ✓ Em relação à colostomia, 72% não são portadores e, dentre os portadores, o tipo mais frequente foi o transitório, não tendo sido encontrada diferença estatística.
- ✓ Em relação ao histórico familiar de câncer colorretal, 70% têm história familiar, com predominância feminina (80%), o que representa diferença estatisticamente significativa. A maioria não apresentou doenças pregressas; dentre os que apresentaram, 50% tinham hipertensão.

8 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

A principal limitação do presente estudo foi a falta de instrumentos de percepção de estresse e estratégias de *coping* específicos para pacientes com câncer, construídos ou traduzidos e validados para língua portuguesa; por exemplo, o instrumento "Distress Thermometer, DT", desenvolvido por Child et al.[142], e o "Brief Symptom Inventory, BSI-18", elaborado por Zabora et al.[143], ambos para avaliar o estresse psicológico dos pacientes ao longo do tratamento quimioterápico e para avaliar o *coping* nestes pacientes, e o instrumento "Ways of Coping-Cancer Version, WOC-CA", desenvolvido por Dunkel-Schetter et al.[112].

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Cancer. Fact Sheet N°297. 2011.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2010: Incidência do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2009.

3. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. World Cancer Day 2011: new physical activity guidance can help prevent breast, colon cancers. Press release Nº 205. 2011.

4. World Health Organization. World cancer report 2008. International agency for research on cancer. Lyon. 2008.

5. World Health Organization. Cancer control: knowledge into action-WHO guide for effective programmes. Prevention. Geneva; 2007.

6. Pollock RE, Doroshow JH, Khayat D, Nakao A, O'Sullivan B. Manual de oncologia clínica da UICC. União Internacional Contra o Câncer. Fundação Oncocentro de São Paulo. 8ª ed. São Paulo; 2006.

7. Ferlay J, Parkin D, Steliarova-Foucher E. Estimates of cancer incidence and mortality in Europe in 2008. Eur J Cancer. 2010; 46(1): 765-781.

8. American Cancer Society. Cancer facts & figures 2010. Atlanta: ACS; 2010.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA, Estimativas da incidência e mortalidade por câncer. Rio de Janeiro: INCA; 2003.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Instituto Nacional de Câncer. Falando sobre câncer do intestino / Instituto Nacional de Câncer, Sociedade Brasileira de Coloproctologia, Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn, Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva, Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva, Sociedade Brasileira de Cancerologia, Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica. Rio de Janeiro: INCA, 2003.

11. Marcolin, M. Tendências da incidência e da mortalidade por câncer de cólon em residentes no Município de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2009.

12. Labianca R, Beretta GD, Kildani B, Milesi L, Merlin F, Mosconi S, et al. Colon cancer. Crit Rev Oncol Hematol. 2010; 74(1): 106-133.

13. Filho M. Aspectos do câncer no Município de São Paulo. Prefeitura do Município de São Paulo. [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. 2009.

14. Sack J, Rothman J. Colorectal cancer: natural history and management. Hosp Physician. 2000; 7(10): 64-73.

15. National Cancer Institute; 2005. [homepage na internet]. Maryland: Estadificación del cáncer de colon y recto. [Atualizado 2010 mai. 28; citado 2011 mar. 29]. Disponível em: http://www.cancer.gov/images/cdr/live/CDR415512-571.jpg

16. Associação Medica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Projeto diretrizes: Diagnóstico, estadiamento e tratamento cirúrgico e multidisciplinar do câncer colorretal. São Paulo: AMB-CFM; 2001.

17. Ministério de Saúde. TNM Classificação de Tumores Malignos. 6 ed. INCA. União Internacional Contra o Câncer UICC. Rio de Janeiro; 2004.

18. Pandey M, Sarita G, Devi N, Thomas B, Hussain B, Krishnan R. Distress, anxiety and depression in cancer patients undergoing chemotherapy. World J Surg Oncol. 2006; 4(1):68-72.

19. Choi H, Park K, Lee T, Ha S, Lee H, Lee H. Capecitabine-based neoadjuvant chemoradiation therapy in locally-advanced rectal cancer. J Korean Soc Coloproctol. 2010; 26(2):137-144.

20. Bonassa EM, Santana TR. Enfermagem em terapêutica oncológica 3a ed. São Paulo: Atheneu; 2006.

21. Sausville EA, Longo DA. In: Braunwald E et al. Harrison medicina interna. 15 ed Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil Ltda, 2002. Cap 84, p. 562-580.

22. Bottino S. Prevalência e impacto do transtorno do estresse pós-traumático na qualidade de vida de mulheres recém diagnosticadas com câncer de mama [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2009.

23. Bergamasco RB, Angelo M. O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher. Rev Bras Cancerol. 2001; 47(3):277-82.

24. Apostolo JLA, Batista ACM, Macedo CMR, Pereira EMR. Sofrimento e conforto em doentes submetidos à quimioterapia. Rev Referência. 2006; 2(3):55-64.

25. Anjos ACY dos. A experiência da terapêutica quimioterápica oncológica na visão do paciente [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

26. Silva VCE da. O impacto da revelação do diagnóstico de câncer na percepção do paciente [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

27. Henselmans I, Helgeson VS, Seltman H, Vries de J, Sanderman R, Ranchor AV. Identification and prediction of distress trajectories in the first year after a breast cancer diagnosis. Health Psychol. 2010; 29(2): 160-168.

28. Brain K, Williams B, Iredale R, France L, Gray J. Psychological distress in men with breast cancer. J Clin Oncol. 2006; 24(1):95-101

29. Roscoe J, Morrow G, Aapro M, Molassiotis A, Olver I. Anticipatory nausea and vomiting. Support Care Cancer [periódico na internet]. 2010 Dez [citado 2010 Dez 14]; Disponível em: http://dx.doi.org/10.1007/s00520-010-0980-0

30. Karakoç T, Yurtsever S. Relationship between social support and fatigue in geriatric patients receiving outpatient chemotherapy. Eur J Oncol Nurs. 2010; 14(1):61-67.

31. National Comprehensive Cancer Network, Inc 2010. Clinical practice guidelines in oncology - v.1.2011: Distress management. v.1.2011.

32. Herschbach P, Book K, Brandl T, Keller M, Lindena G, Neuwohner K, Marten-Mittag B. Psychological distress in cancer patients assessed with an expert rating scale. Br J Cancer. 2008; 99(1): 37-43.

33. Trask PC, Paterson AG, Fardig J, Smith DC. Course of distress and quality of life in testicular cancer patients before, during, and after chemotherapy: results of a pilot study. Psycho-Oncology. 2003; 12(8):814-20.

34. Bonet MAR. Desigualdades de género en el mercado laboral: un problema actual, DEA Working Papers. 2004. No 6, Universitat de les Illes Balears, Departament d'Economía Aplicada. [periódico na Internet]. 2012 Mar. [citado 2012 Mar]. Disponível em http://EconPapers.repec.org/RePEc:ubi:deawps:6.

35. Motzer S. Herting V. Stress, stress response, and health. Nurs Clin N Am. 2004; 39(1):1-17.

36. Matud P. Gender differences in stress and coping styles. Pers Individ Dif. 2004; 37(1):1401-1415.

37. Volkers N. In coping with cancer, gender matters. J Natl Cancer Inst. 1999; 91(20):1712-1714.

38. Jacobs-Lawson J, Schumacher M, Hughes T, Arnold S. Gender differences in psychosocial responses to lung cancer. Gender Medicine. 2010; 7(2): 137-148.

39. Hamama-Raz Y. Does psychological adjustment of melanoma survivors differs between genders? Psycho-Oncol. 2010; 21(3):255-263.

40. Matthews A. Role and gender differences in cancer-related distress: a comparison of survivor and caregiver self-reports. Oncol Nurs Forum. 2003; 30(3):493-499.

41. Goldzweig G, Hubert A, Walach N, Baruch B, Perry Sh, Andritsch E, Baider L. Gender and psychological distress among middle and older aged colorectal cancer patients and their spouses: an unexpected outcome. Crit Rev Oncol Hematol. 2009; 70(1):71-82.

42. Hagedoorn M, Buunk B, Kuijer R, Wobbes T, Sanderman R. Couples dealing with cancer: role and gender differences redarding psychological distress and quality of life. Psycho-Oncol. 2000; 9(1):232-242.

43. Mcilfatrick S, Sullivan K, McKenna H. Nursing the clinic vs. nursing the patient: nurses' experience of a day hospital chemotherapy service. J Clin Nurs. 2006; 15(1): 1170-1178.

44. Kvale K, Bondevik M. Patients' perceptions of the important of nurses' knowledge about cancer and its treatment for quality nursing care. Oncol Nurs Forum. 2010; 37(4):436-442.

45. Lazarus S, Folkman R. Stress, appraisal and coping. New York: Springer; 1984.

46. Antoniazzi AS et al. O conceito de coping: uma revisao teórica. Estud Psicol. 1998; 3(2), 273-294.

47. Rice HV. Handbook of stress, coping, and health. Implications for nursing research, theory and practice. Sage. London; 2000.

48. Costa ALS. Processos de enfrentamento de estresse e sintomas depressivos em pacientes portadores de retocolite ulcerative idiopática [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.

49. Polit D, Beck C. Nursing Research Principles and Methods. Lippincott Williams & Wilkins. 7a ed. 2004.

50. Bardin, L. Análise de conteúdo. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002.

51. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. J Health Soc Behav; 1983; 24(4): 385–396

52. Reis RS, Hino AAF, Añez CRR. Perceived stress scale: realiability and validity study in Brazil. J Health Psychol; 2010; 15(1): 107-114.

53. Batista KM Stress e hardiness entre enfermeiros hospitalares. [dissertação]. São Paulo: Escola de enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

54. Antonietti CC. Percepção do estresse e estilo de coping dos pacientes no periodo pré-procedimento colonoscópico [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.

55. Lopez FJ. Estresse e enfrentamento dos familiars de pacientes internados em unidades de terapia intensiva [tese]. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2012.

56. Folkman S, Lazarus RS. If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. J Pers Soc Psychol; 1985; 48(1): 150-70.

57. Savóia MG, Santana, PR, Mejias, NP. Adaptação do inventário estratégias de coping de Folkman e Lazarus para o português. Psicol USP 1996; 7 (1/2):183-201.

58. Hamra MCC. Câncer colorretal localmente avançado: resultados do tratamento cirúrgico e fatores prognósticos [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2009.

59. Cancer research UK [homepage na internet]. Londres: bowel cancer incidence statistics [Atualizado 2012 mar. 26; citado 2012 ago. 10]. Disponível em http://info.cancerresearchuk.org/cancerstats/types/bowel/incidence/#source15.

60. National Cancer Institute [homepage na internet]. What you need to know about: Cancer of the colon and rectum. [Atualizado 2006 mai. 26; citado 2012 ago. 10]. Disponível em: http://www.cancer.gov/cancertopics/wyntk/colon-and-rectal

61. Chao H, Tsai T, Livneh H, Lee H, Hsieh P. Patients with colorrectal cancer: relationship between demographic and disease characteristics and acceptance of disability. J Adv Nurs. 2010; 66(10):2278-2286.

62. Lynch BM, Steginga SK, Hawkes AL, Pakenham KI, Dunn J. Describing and predicting psychological distress after colorectal cancer. Cancer. 2008; 112(6): 1363-1370.

63. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico 2000: nupcialidade e fecundidade. Rio de Janeiro. 2000.

64. Lai K, Stotler BA. Marital status and colon cancer stage at diagnosis. The Open Colorretal Cancer Journal. 2010; 3(1):5-11.

65. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico 2010: Resultados gerais da amostra. Rio de Janeiro. 2010.

66. Anais do 22o Seminário Brasil, 15 anos após a Conferência do Cairo; Ago 11 e 12; Belo Horizonte, BR. Campinas: Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP); 2009.

67. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa mensal de emprego. O mercado de trabalho segundo a cor ou raça. Rio de Janeiro. 2006.

68. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa mensal de emprego: Retrospectiva 2003-2011, 9 anos. Rio de Janeiro. 2012.

69. Goldin C. The rising (and then declining) significance of gender. NBER-Working Paper Series No. 8915 [periódico na Internet]. 2002 Abr. [citado 2011 Mar]. Disponível em: http://www.nber.org/papers/w8915

70. Leone ET. Mercado de trabalho no Brasil: diferenças de gênero. In:Anais do 29o Congresso Internacional da Associação de Estudos Latino-Americanos 2010 out 6-9; Toronto, CA. Disponível em: http://lasa.international.pitt.edu/members/congress-papers/lasa2010/files/3263.pdf

71. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro; 2008.

72. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Mulher no mercado de trabalho: perguntas e respostas. Rio de Janeiro. 2012.

73. Qing S, Rao K, Jiang H, Wexner SD. Racial differences in the anatomical distribution of colorectal cancer: a study of differences between American and Chinese patients. World J Gastroenterol. 2003;9(4):721-725.

74. Takada H, Ohsawa T, Iwamoto S, Yoshida R, Nakano M, Imada S, et al. Changing site distribution of colorectal cancer in Japan. Dis Colon Rectum. 2002;45(9):1249-1254.

75. El-Bolkainy TN, Sakr MA, Nouh AA, Ali El-Din NHA. A comparative study of rectal and colonic carcinoma: demographic, pathologic and TNM staging analysis. Journal of the Egyptian Nat Cancer Inst. 2006;18(3):258-263.

76. Dias APTP, Gollner AM, Teixeira MTB. Câncer colorretal: rastreamento, prevenção e controle. HU rev; 2007; 33(4): 125-131.

77. U.S. Department of Health and Human Services [homepage na internet]: Centers for Disease Control and Prevention. Screen for life: National Colorectal Cancer Action Campaign. 2011 Year-End Report. [Atualizado 2012 Jul. 31; citado 2012 Ago. 10]. Disponível em http://www.cdc.gov/screenforlife

78. Ascunce N, Salas D, Zubizarreta R, Almazán R, Ibañez J, Ederra M. Câncer Screening in Spain. Ann Oncol; 2010; 21 (3):iii43-iii51.

79. Health Council of the Netherlands. Population Screening Act: accelerated repeat screening for bowel cancer. The Hague: Health Council of the Netherlands, 2012.

80. Masseria C. Colorectal cancer in Italy: a review of current national and regional practice on screening and treatment. Eur J Health Econ; 2010; 10 (1):S41-S49.

81. Brambilla E, Dalponte MA, Buffon VR, Fellini RT, Dalbosco A, May RS. Aderência ao controle colonoscópico nos pacientes submetidosà ressecção endoscópica de adenomas. Rev Bras Coloproct. 2006; 26(3):249-252.

82. Wardle J, Miles A, Atkin W. Gender differences in utilization of colorectal cancer screening. J Med Screen; 2005;12(1):20-27.

83. Power E, Simon A, Juszczyk D, Hiom S, Wardle J. Assessing awareness of colorectal cancer symptoms: Measure development and results from a population survey in the UK. BMC Cancer; 2011; 11(1):366-376.

84. Beier ME, Ackerman PL. Determinants of health knowledge: An investigation of age, gender, abilities, personality, and interests. J Pers Soc Psychol; 2003; 84(2):439-448.

85. Chaves PL. Avaliação da qualidade de vida do paciente com câncer colorretal em quimioterapia ambulatorial [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.

86. American Cancer Society. Colorectal Cancer Facts & Figures 2011-2013. Atlanta. 2011.

87. World Gastroenterology Organisation/Internacional Digestive Cancer Alliance. Triagem do cancer colorretal. Milwaukee. 2007.

88. World Health Organization Regional Office for South-East Asia. Hypertension: Fact sheet. Nova Deli. 2011.

89. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Diretrizes brasileiras de monitorização ambulatorial (MAPA) e residencial (MRPA) da pressão arterial. 2011; 14(14):1-50.

90. Gunnar H, Anderson J. Effect of age on hypertension: Analysis of over 4,800 referred hypertensive patients. Saudi J Kidney Dis Transplant. 1999; 10(3):286-297.

91. Yadav S, Boddula R, Genitta G, Bhatia V, Bansal B, Kongara S, et al. Prevalence & risk factors of pre-hypertension & hypertension in a affluent north indian population. Indian J Med Res. 2008; 128(1):712-720.

92. Chen PY, Chang HC. The coping process of patients with cancer. Eur J Oncol Nurs. 2012;16(1):10-16.

93. Pruyn JFA. Coping with stress in cancer patients. Patient Educ Couns. 1981;5(2):57-62.

94. Jansen SJT, Otten W, Baas-Thijssen MCM, van de Velde CJH, Nortier JWR, Stiggelbout AM. Explaining differences in attitude toward adjuvant chemotherapy between experienced and inexperienced breast cancer patients. J Clin Oncol. 2005;23(27):6623-6630.

95. Lemieux J, Maunsell E, Provencher L. Chemotherapy-induced alopecia and effects on quality of life among women with breast cancer: a literature review. Psycho-Oncology. 2008;17(1):317-328.

96. Carelle N, Piotto E, Bellanger A, Germanaud J, Thullller A, Khayat D. Changing patient perceptions of the side effects of cancer chemotherapy. Cancer. 2002; 95(1):155-163.

97. Hampton MR, Frombach I. Women's experience of traumatic stress in câncer treatment. Health Care Woman Int. 2010;21(1):67-76.

98. Coates A, Abraham S, Kaye SB, Sowebutts T, Frewin C, Fox RM et al. On the receiving end-patient perception of the side-effects of cancer chemotherapy. Eur J Cancer Clin Oncol. 1983; 19(2): 203-208.

99. National Cancer Institute [homepage na internet]. Spirituality in Cancer Care: Spirituality and quality of life. [Atualizado 2012 Jun 15; citado 2012 Ago. 10]. Disponível em http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/spirituality/Patient/page2.

100. Costa P, Leite RCBO. Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes oncológicos submetidos a cirurgias mutiladoras. Rev Bras Cancerol. 2009;55(4): 355-364.

101. McCullough ME, Hoyt WT, Larson DB, Koenig HG. Religious involvement and mortality: a meta-analytic review. Health Psychology. 2000; 19(3):211-222.

102. Henderson PD. Gore SV, Davis BL, Condon EH. African american women coping with breast câncer: a qualitative analysis. Oncol Nurs Forum. 2003; 30(4): 641-647.

103. Pasquali L. Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação. Petrópolis: Vozes; 2003.

104. Hsiao CP. Stress, symptoms, symptom distress, and symptom self-management in localized prostate cancer [Tese]. Arizona: Faculty of the College of Nursing, University of Arizona; 2008.

105. Cohen S, Doyle WJ, Skoner DP. Psychological stress, cytokine production, and severity of upper respiratory illness. Psychosom Med. 1999. 61(1):175-180.

106. Albuquerque K, Tell D, Lobo P, Millbrandt L, Mathews H, Witek-Janusek L. Impact of partial versus whole breast radiation therapy on fatigue, perceived stress, quality of life and a natural killer cell activity in women with breast cancer. BMC Cancer. 2012;12(1):251

107. Golden-Kreutz DM, Andersen BL. Depressive symptoms after breast cancer surgery: relationships with global, cancer-related, and life event stress. Psych-oncol. 2004;13(3):211-220.

108. Golden-Kreutz DM, Browne MW, Frierson GM, Andersen BL. Assessing stress in cancer patients: a second-order factor analysis - a model for the Perceived Stress Scale. Assessment. 2004;11(3):216-223.

109. Santos AF, Santos LA, Melo DO, Júnior AA. Estresse e estratégias de enfrentamento em pacientes que serão submetidos a cirurgia de colecistectomia. Interação em Psicologia. 2006;10(1):63-73.

110. Da Silva JDT, Muller MC, Bonamigo RR. Estratégias de coping e níveis de estresse em pacientes portadores de psoríase. An Bras Dermatol. 2006;81(2): 143-149.

111. Fortes-Burgos ACG, Neri AL, Cupertino APFB. Eventos estressantes, estratégias de enfrentamento, auto-eficácia e sintomas depressivos entre idosos na comunidade. Psicologia: reflexão e crítica; 2007; 21(1):74-82.

112. Dunkel-Schetter C, Feinstein LG, Taylor SE, Falke RL. Patterns of coping with cancer. Health Psychol. 1992;11(2):79-87.

113. Henderson PD, Fogel J, Edwards QT. Coping strategies among african american woman with breast cancer. South Online J Nurs Res. 2003; 3(4):1-16.

114. Hjörleifsdóttir E, Hallberg IR, Bolmsjö IA, Gunnarsdóttir ED. Distress and coping in cancer patients: feasibility of the Icelandic version of BSI 18 and the WOC-CA questionnaires. Eur J Cancer Care. 2006;15(1):80-89.

115. Ribeiro JLP, Morais R. Adaptação portuguesa da escala breve de coping resiliente. Psicologia, saúde e doenças. 2010; 11(1):5-13.

116. Denlinger CS, Barsevich AM. The challenges of colorectal cancer survivorship. J Natl Compr Canc Netw. 2009;7(8):883-894.

117. Bensi CG, Campos AS, Harada RM, Oliani KR, Ranzatti RP, Samano EST, et al. Aceitação por brasileiras com câncer de mama. Rev Assoc Med Bras. 2006; 52(1):17-22.

118. Frith H, Harcourt D, Fussell A. Anticipating an altered appearance: Women undergoing chemotherapy treatment for breast cancer. Eur J Oncol Nurs. 2007;11(1):385-391.

119. Maluf MFM, Mori LJ, Barros ACSD. O impacto psicológico do câncer de mama. Rev Bras Cancerol. 2005;51(2):149-154.

120. Wang J, Korczykowski M, Rao H, Fan Y, Pluta J, Gur RC, et al. Gender difference in neural response to psychoogical stress. Soc Cogn Affect Neurosci. 2007;2(1):227-239.

121. Guyton AC, Hall JE. Tratado de fisiologia médica. Elsevier. 11ª ed, 2006.

122. Domenico DM, Jones KH. Career aspirations of women in the 20th century. JCTE. 2006; 22(2):1-7.

123. Malone LC. The multiple roles of women pursuing doctoral studies [Tese]. Virginia: Virginia Polytecnich Institute and State University; 1998.

124. Pietromonaco PR, Manis J, Frohardt-Lane K. Psychological consequences of multiple social roles. Psychol Women Quart. 1986; 10(1):373-382.

125. Kandel DB, Davies M, Raveis VH. The stressfulness of daily social roles for women: marital, occupational and household roles. J Health Soc Behav. 1985;26(3):64-78.

126. Wang JJ, Snyder M, Kaas M. Stress, loneliness, and depression in Taiwanese rural community-dwelling elders. Int J Nurs Stud. 2001;38(3):339-347.

127. Kim HS, Yeom HA, Seo YS, Kim NC, Yoo YS. Stress and coping strategies of patients with cancer. A Korean study. Cancer Nurs. 2002;25(6):425-431.

128. Vasalle C, Maffei S, Boni C, Zucchelli GC. Gender-related differences in oxidative stress levels among elderly patients with coronary artery disease. Fertil Steril. 2008;89(1):608-613.

129. Ben-Zur H, Gilbar O, Lev S. Coping with breast cancer: patient, spouse, and dyad models. Psychosom Med. 2001;63(1):32-39.

130. Lipinska-Grobelny A. Effects of gender role on personal resources and coping with stress. Int J Occup Med Environ Health. 2011;24(1):18-28.

131. Deimling GT, Wagner LJ, Bowman KF, Sterns S, Kercher K, Kahana B. Coping among older-adult, long-term cancer survivors. Psycho-Oncol. 2006;15(1):143-159.

132. McCaughan E, Prue G, Parahoo K, McIlfatrick S, McKenna H. Exploring and comparing the experience and coping behaviour of men and women with colorectal cancer at diagnosis and during surgery. J Adv Nurs. 2011;67(7):1591-1600.

133. Gould RV, Brown SL, Bramwell R. Psychological adjustment to gynaecological cancer: patients' illness representations, coping strategies and mood disturbance. Psychol Health. 2010;25(5):633-646.

134. Nomura M, Fujimoto K, Higashino A, Denzumi M, Miyagawa H, Nada T, et al. Stress anda coping behavior in patients with diabetes mellitus. Acta Diabetol. 2000;37(2):61-64.

135. Faye BJ, Wilson KG, Chater S, Viola RA, Hall P. Stress and coping with advanced cancer. Palliat Support Care. 2006;4(3):239-249.

136. Gianini MMS. Câncer e gênero: enfrentamento da doença [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2007.

137. Bourgeois P. Coping with câncer, quality of life, and return-to-work. 2010. J Life Care Plan. 2010;9(2):29-36.

138. Hoyt MA. Gender role conflict and emotional approach coping in men with cancer. Psych Health. 2009; 24(8):981-996.

139. Leite FMC, Amorim MHC, Castro DS, Vasconcellos EG, Primo CC. Estratégias de enfrentamento vivenciadas por mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de Tamoxifeno. Rev Min Enferm. 2011;15(3):394-398.

140. Livneh H. Psychosocial adaptation to câncer: The role of coping strategies. J Rehabi. 2000;66(1):40-46.

141. Schneider MA, Fletcher PC, Snider H. Mind over matter: A qualitative examination of the coping resources used by women with cancer. Indian J Palliat Care. 2008;14(2):56-70.

142. Child S, McVey J. A tool to measure psychological distress during chemotherapy. Cancer Nursing Practice. 2010; 9(6):33-37.

143. Zabora J, Brintzenhofeszoc K, Jacobsen P, Curbow B, Piantadosi S, Hooker C, et al. A new psychological screening instrument for use with cancer patients. Psychosomatics. 2001;42(3):241-246.

APÊNDICES

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO – MESTRADO EM ENFERMAGEM

QUESTIONÁRIO

PARTE I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Características Sociodemográficas

1. Número de registro:_____
2. Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino
3. Idade Atual:_____
4. Cor de pele:

   ( ) Branca ( ) Pardo

   ( ) Preta ( ) Indígena

   ( ) Amarela
5. Estado Marital:

   ( ) Solteiro ( ) Viúvo

   ( ) Casado/Amasiado ( ) Separado
6. Frequenta culto religioso?

   ( ) Sim

   ( ) Não
7. Última série escolar aprovada:_____
8. Ocupação atual:

   ( ) Aposentado

   ( ) Desempregado

   ( ) Trabalhador com vínculo empregatício

   ( ) Trabalhador autônomo

   ( ) Do lar

   ( ) Outro _____

9. Afastamento da atividade de trabalho:
   Sim ( )
   Não( )
10. Renda individual:_____
11. Renda familiar: _____
12. Dependentes da renda: _____
13. Procedência: _____
14. Tempo que mora em São Paulo: _____

Características Clínicas do Paciente

1. Diagnóstico médico:_____
2. Tempo do diagnóstico médico: _____
3. Estádio do tumor: _____
4. Cirurgia:
   Sim ( )
   Não ( )
5. Tratamento: Adjuvante ( ) Neoadjuvante ( ) Paliativo ( )
6. Farmacologia que compõe o tratamento quimioterápico: _____
   _____
7. Ciclo atual do tratamento quimioterápico: _____
8. Presença de colostomia:
   Sim ( )
   Não ( )
   Se sim: ( ) Transitória ou ( ) Permanente
9. História familiar de câncer:
   Sim ( )
   Não ( )
10. Doenças pregressas:
   Sim ( )
   Não ( )
   Se sim, Quais doenças? _____

PARTE II

Percepção do paciente que recebe o tratamento quimioterápico

1. Como é para o/a senhor(a) estar fazendo quimioterapia?

2. O que o/a ajuda nessa situação?

APÊNDICE B

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A PESQUISA

Título do Projeto: "Diferença entre gêneros na percepção do estresse e estratégias de *coping* de pacientes em tratamento quimioterápico para câncer colorretal"

Pesquisador Responsável: Profa. Dra. Ana Lúcia Siqueira Costa

Colaboradora: Erika Maria Monteiro Santos

Coautora: Mestranda Sonia Betzabeth Ticona Benavente

Instituição/Departamento: Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem

Local da coleta de dados: Hospital A.C. Camargo

Prezado(a) Senhor(a):

Você está sendo convidado(a) a responder às perguntas dos seguintes formulários: questionário que contém aspectos sociodemográficos e clínicos, escala de estresse e questionário de *coping* de forma totalmente **voluntária**.

Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder estes formulários, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Você será informado sobre os procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa durante a entrevista, que será realizada enquanto recebe o tratamento quimioterápico, assim como o esclarecimento de eventuais dúvidas pelos pesquisadores. Esta entrevista terá uma duração aproximada de 40 minutos.

Você tem o direito de **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento, caso surja algum desconforto ou desinteresse ao longo da sua participação, sem que haja nenhum prejuízo durante o período de seu tratamento na Instituição. **Nada será cobrado** pela sua participação, assim como, não haverá remuneração financeira caso decida pela sua participação.

Objetivo do estudo: Analisar a diferença entre gêneros na percepção de estresse e estilo de *coping* dos pacientes em tratamento quimioterápico.

Procedimentos: Após a sua autorização, a sua participação nesta pesquisa consistirá nas respostas de alguns questionários para avaliar a sua percepção de estresse e mecanismos de *coping* utilizados para o alívio do estresse, bem como realizar a coleta de dados sociodemográficos e clínicos. Todos os itens dos questionários serão lidos e respondidos, as perguntas estruturadas serão gravadas para facilitar a posterior análise. Os dados serão analisados e divulgados em eventos de caráter científico e em publicações na área da saúde.

Benefícios. Esta pesquisa permitirá conhecer o impacto do estresse e as estratégias utilizadas pelos pacientes para lidar com o estresse. Os resultados deste estudo permitirão propor programas de intervenção que visem à compreensão das diferenças de percepção do estresse e do estilo de *coping* entre homens e mulheres.

Riscos. O preenchimento deste formulário não representará risco.

Sigilo. As informações fornecidas por você serão confidenciais e de conhecimento apenas dos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em momento algum, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados.

Ressaltamos que o(a) senhor(a) tem o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa que sejam de conhecimento dos pesquisadores.

Garantimos ao(à) senhor(a) acesso, em qualquer etapa do estudo, aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimentos de eventuais dúvidas. O principal pesquisador é a Dra. Ana Lucia Siqueira Costa que poderá ser encontrada na Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, n. 419, Cerqueira César, CEP 05403-000 Tel.: (11) 3061.7544 - Fax: 3061.7546 - São Paulo - SP. A coautora é a Mestranda Sonia Betzabeth Ticona Benavente, que poderá ser encontrada no mesmo endereço mencionado anteriormente e no email: sonibenavente@usp.br. A colaboradora, Dra. Erika Maria Monteiro Santos, poderá ser encontrada na Rua Prof. Antonio Prudente – Hospital do Câncer – A.C. Camargo/SP, CEP 01509-900 Tel.: 2189.5000 Ramal 1080/3735.4905 e no email: erikammsantos@gmail.com.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo no email: edipesq@usp.br.

Este termo será preenchido em duas vias: uma ficará sob os seus cuidados e outra com a pesquisadora responsável.

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, aceito o convite para participar do presente Projeto de Pesquisa.

São Paulo, _____de _____2011.

_____

Assinatura do sujeito pesquisado ou responsável legal

Nome do participante:

N° do registro:

Endereço e telefone para contatos posteriores:

_____

Assinatura do pesquisador

Escola de Enfermagem - USP

ANEXOS

ANEXO I

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO – MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESCALA DE ESTRESSE PERCEBIDO (PSS-10)

Instruções: Cada questão deste instrumento é referente aos seus pensamentos e sentimentos no ÚLTIMO MÊS relacionados ao tratamento quimioterápico. Em cada questão, por favor, indique com um X qual a frequência do sentimento ou pensamento.

Questões	1 Nunca	2 Quase nunca	3 Às vezes	4 Frequente-mente	5 Quase sempre
1. No último mês, qual a frequência de se sentir chateado com algo que aconteceu sem esperar?					
2. No último mês, qual a frequência de se sentir incapaz de controlar as situações importantes em sua vida?					
3. No último mês, qual a frequência de se sentir nervoso ou "estressado"?					
4. No último mês, qual a frequência de se sentir confiante na sua habilidade de resolver seus problemas pessoais?					
5. No último mês, qual a frequência de sentir que a sua vida está caminhando satisfatoriamente?					
6. No último mês, qual a frequência de se sentir como incapaz de enfrentar as coisas que devem ser feitas?					
7. No último mês, qual a frequência de controlar a irritação na sua vida?					
8. No último mês, qual a frequência de se sentir por cima das situações?					
9. No último mês, qual a frequência de se sentir irritado pelas situações fora de seu controle?					
10. No último mês, qual a frequência que de sentir com dificuldades pelas coisas estarem de tal maneira que não consegue superá-las?					

ANEXO II

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO – MESTRADO EM ENFERMAGEM

INVENTÁRIO DE ESTRATÉGIAS DE *COPING*

A seguir vai encontrar um conjunto de afirmações que se referem a várias estratégias utilizadas para lidar com situação de estresse referente à quimioterapia. Assinale a frequência com que utilizou cada uma das estratégias indicadas, de acordo com a seguinte escala:

0 - Nunca usei

1 - Usei de alguma forma

2 - Usei algumas vezes

3 - Usei muitas vezes

1. Concentrei-me apenas na situação e no que deveria ser feito, para em seguida, pensar no próximo passo para resolver o problema.	0	1	2	3
2. Fiz alguma coisa em que eu acreditava, mesmo que não pudesse dar resultados, mas ao menos eu estava tentando fazer alguma coisa.	0	1	2	3
3. Tentei encontrar a pessoa responsável pelo problema para mudar a sua opinião.	0	1	2	3
4. Conversei com outras pessoas sobre o problema, procurando mais esclarecimentos sobre a situação.	0	1	2	3
5. Me critiquei e me repreendi.	0	1	2	3
6. Tentei não fazer nada que fosse definitivo para resolver o problema, e procurei mais informações sobre ela.	0	1	2	3
7. Agi como se nada tivesse acontecido.	0	1	2	3
8. Procurei guardar para mim mesmo os meus sentimentos.	0	1	2	3
9. Tentei olhar para os pontos mais favoráveis do problema.	0	1	2	3
10. Dormi mais do que normal.	0	1	2	3
11. Mostrei a raiva que sentia para as pessoas que causaram o problema.	0	1	2	3
12. Aceitei a simpatia e compreensão das pessoas.	0	1	2	3
13. A situação levou-me a fazer algo positivo.	0	1	2	3
14. Procurei esquecer a situação desagradável que estava acontecendo.	0	1	2	3
15. Procurei ajuda profissional.	0	1	2	3
16. Mudei ou cresci como pessoa de uma maneira positiva.	0	1	2	3
17. Desculpei ou fiz alguma coisa para compensar os danos.	0	1	2	3
18. Fiz um plano de ação para resolver o problema e consegui.	0	1	2	3
19. De alguma forma extravasei meus sentimentos.	0	1	2	3
20. Compreendi que o problema foi provocado por mim.	0	1	2	3
21. Saí da experiência melhor do que eu esperava.	0	1	2	3

22. Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema.	0	1	2	3
23. Enfrentei o problema como um grande desafio e fiz algo muito arriscado	0	1	2	3
24. Procurei não fazer nada apressadamente ou seguir o meu primeiro impulso.	0	1	2	3
25. Encontrei novas crenças.	0	1	2	3
26. Redescobri o que é importante na vida.	0	1	2	3
27. Modifiquei aspectos da situação para que tudo desse certo no final.	0	1	2	3
28. Procurei fugir das pessoas em geral.	0	1	2	3
29. Não deixei me impressionar, me recusava a pensar muito sobre a situação.	0	1	2	3
30. Procurei um amigo ou parente para pedir conselhos.	0	1	2	3
31. Não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação.	0	1	2	3
32. Minimizei a situação me recusando a preocupar-me seriamente com ela.	0	1	2	3
33. Falei com alguém sobre como estava me sentindo.	0	1	2	3
34. Recusei recuar e batalhei pelo que eu queria.	0	1	2	3
35. Descontei minha raiva em outra pessoa.	0	1	2	3
36. Busquei nas experiências passadas uma situação similar.	0	1	2	3
37. Eu sabia o que deveria ser feito, portanto, dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário.	0	1	2	3
38. Prometi a mim mesmo que as coisas serão diferentes na próxima vez.	0	1	2	3
39. Encontrei algumas soluções diferentes para o problema.	0	1	2	3
40. Procurei não deixar que meus sentimentos interferissem muito nas outras coisas que eu estava fazendo.	0	1	2	3
41. Mudei alguma coisa em mim, me modifiquei de alguma forma.	0	1	2	3
42. Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse.	0	1	2	3
43. Tinha fantasias de como as coisas iriam acontecer, como se encaminhariam.	0	1	2	3
44. Rezei.	0	1	2	3
45. Analisei mentalmente o que fazer e o que dizer.	0	1	2	3
46. Pensei em uma pessoa que admiro e em como ela resolveria a situação e a tomei como modelo.	0	1	2	3

Muito obrigado pela sua colaboração!

Adaptação de C. Santos & J. Ribeiro (1998)

ANEXO III

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA - ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (011) 3061-7548/8858 - Fax: (011) 3061-7548 -
São Paulo - SP - Brasil
e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 16 de junho de 2011.

Ilm.ª Sr.ª
Prof.ª Dr.ª Ana Lucia Siqueira Costa

Ref.: Processo nº 1055/2011/CEP-EEUSP - SISNEP CAAE: 0062.0.196.000-11

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto "**Diferenças de gênero na percepção de estresse e do estilo de *coping* de pacientes com câncer de cólon que iniciam a quimioterapia**", informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Célia Maria Sivalli Campos
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

ANEXO IV

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS DA FUNDAÇÃO ANTONIO PRUDENTE DO HOSPITAL DO CÂNCER - A.C. CAMARGO DE SÃO PAULO

Hospital A.C.Camargo
Centro de Tratamento, Ensino e Pesquisa em Câncer

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

São Paulo, 26 de Outubro de 2011.

À
Enfª. Ana Lucia Siqueira Costa

Ref.: Projeto de Pesquisa nº. 1601/11
"Diferença entre gêneros na percepção do estresse e estilo de coping de pacientes em tratamento quimioterápico para câncer colorretal".

Os membros do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Fundação Antonio Prudente – Hospital do Câncer - A.C. Camargo/SP, em sua última reunião de 04/10/2011, após analisarem as respostas aos questionamentos realizados em reunião de 13/09/2011, **aprovaram** a realização do estudo em referência, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o Roteiro Estruturado Parte I – Identificação do Paciente e Parte II – Percepção do paciente que inicia o tratamento quimioterápico, o Questionário de Estratégias de *Coping* e tomaram conhecimento dos seguintes documentos:

- Folha de Rosto para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos;
- Termo de Compromisso do Pesquisador com resoluções do Conselho Nacional de Saúde;
- Declaração sobre o Plano de recrutamento dos Sujeitos de Pesquisa, Circunstâncias e Responsáveis pela Obtenção do TCLE;
- Declaração sobre os Dados Coletados, Publicação dos Dados e Propriedade das Informações Geradas;
- Orçamento financeiro detalhado;
- Declaração de Infraestrutura e Instalações do Núcleo de Quimioterapia;
- Declaração de Ciência e Comprometimento do Departamento de Oncologia Clínica;
- Declaração de Comprometimento da Instituição Co-Participante;
- Parecer de aprovação do projeto no CEP da Instituição Proponente (Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo).

Informações a respeito do andamento do referido projeto deverão ser encaminhadas à assistente do CEP dentro de 6 meses.

Atenciosamente,

Dr. Alexandre Sá de Andrade
2º Vice-Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

1/1

Fundação Antonio Prudente – CNPJ/MF N. 60.961.968/0001-06
Rua Prof. Antônio Prudente, 211 – Liberdade – São Paulo, SP – 01509-900