



Autorregulação afetiva: aspectos cognitivos e emocionais na experiência com o câncer

Affective self-regulation: cognitive and emotional aspects in the experience with cancer

Ana Vergínia Mangussi da Costa Fabiano^{1*}, Luísa Emília Alves Prado², Luciana Maria Caetano³, Betânia Alves Veiga Dell'Agli⁴

¹Mestre em Educação, Ambiente e Sociedade pelo Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino – FAE. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pela Universidade de São Paulo (USP), São Paulo (SP), Brasil; ²Graduanda em medicina pelo Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino – FAE – São João da Boa Vista (SP), Brasil; ³Doutora em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pela USP. Docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pela Universidade de São Paulo (USP), São Paulo (SP), Brasil; ⁴Doutora em Educação pela Unicamp. Docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pela Universidade de São Paulo (USP), São Paulo (SP), Brasil.

*Autor correspondente: Ana Vergínia Mangussi da Costa Fabiano –E-mail: verginia.fabiano@gmail.com

RESUMO

Foi analisado se a autorregulação afetiva de mulheres com câncer de mama interfere no enfrentamento do câncer e na busca pela cura. Para tanto, participaram 40 mulheres com câncer de mama de uma instituição de saúde especializada em prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer. Os instrumentos utilizados foram Escala de Resiliência, Escala de *Coping Religioso/Espiritual Abreviada* e Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas. Os resultados apontaram que há relação positiva significante entre autorregulação afetiva e melhores modos de enfrentamento, ou seja, quanto maior for o nível de resiliência e espiritualidade de um indivíduo, melhor será o seu modo de enfrentamento em situações adversas e estressoras. Conclui-se que a autorregulação afetiva pode interferir no bem-estar físico, mental e social de mulheres com câncer de mama em quimioterapia, bem como em suas estratégias de modos de enfrentamento dos problemas.

Palavras-chave: Espiritualidade. Estratégias de Enfrentamento. Resiliência.

ABSTRACT

It was analyzed whether the affective self-regulation of women with breast cancer interferes in coping with cancer and in seeking a cure. For this, 40 women with breast cancer from a health institution specialized in prevention, diagnosis, and treatment of cancer participated in the study. The instruments used were the Resilience Scale, the Brief Spiritual/Religious Coping Scale, and the Ways of Coping Checklist. The results pointed out that there is a significant positive relationship between affective self-regulation and better ways of coping, that is, the higher the level of resilience and spirituality of an individual, the better his/her way of coping in adverse and stressful situations. It is concluded that affective self-regulation can interfere in the physical, mental, and social well-being of women with breast cancer undergoing chemotherapy, as well as in their strategies for coping with problems.

Keywords: Spirituality. Coping Strategies. Resilience.

Recebido em Dezembro 20, 2022

Aceito em Março 14, 2023

INTRODUÇÃO

O câncer, uma doença crônica não transmissível (DCNT), é considerado um problema de saúde pública por sua incidência, abrangência e ampla busca por tratamentos satisfatórios, além de ser considerado a segunda maior causa de mortes. Ele altera o modo de viver e pensar do paciente, o qual se vê diante de uma doença que coloca em risco sua vida. Isso porque, segundo revisão literária, a construção histórica sobre a terminologia da doença possui atributo de incurabilidade e consequente sentença de morte, gerando medo profundo de adquiri-la e a denominação de “sobrevivente” aos acometidos^{1,2,3}.

Destarte, há diversificação na terminologia de “sobreviventes ao câncer”, já que alguns autores contemplam a família, amigos e os profissionais da saúde além dos pacientes em si. Assim, deve-se compreender o contexto biopsicossocial do paciente diante das dificuldades como: alteração da rotina diária em razão do tratamento, maior dependência de cuidados de terceiros, mudança de hábitos como tabagismo e etilismo, alteração da imagem corporal, isolamento social, dúvidas e inseguranças, valores e história da família, entre outras^{4,5,6,7}. Ademais, uma crise vital na família pode ser desencadeada, pois a situação pode culminar em sofrimento psicológico, evidenciado por meio de sintomas de depressão, ansiedade, manifestação de pensamentos de desesperança, sentimentos de medo e incerteza quanto ao futuro e insatisfação com a imagem corporal^{5,6,7,8}.

Os profissionais de saúde que trabalham na área de oncologia defrontam-se, diariamente, com situações de sofrimento, dor e perda, gerando maior desgaste emocional e físico. Esses profissionais devem estar em amplo estudo para favorecer as famílias e pacientes no sentido de melhor enfrentamento da situação e

readaptações, visando aumentar comportamentos e pensamentos positivos, bem-estar, promoção do florescimento humano, atenuação dos sintomas de depressão em curto prazo e desenvolvimento das emoções positivas como otimismo, gratidão, esperança, autocompaaixão e resiliência^{9, 10, 11, 12, 13, 14}.

As estratégias de enfrentamento para lidar com o estresse decorrente da doença vão além da cognição, destacando-se a força de vontade, a espiritualidade, a esperança, a empatia, o bem-estar, a autopercepção e a resiliência, que influenciam as atitudes e decisões, afetando a percepção e leitura do mundo, o conjunto das alternativas disponíveis e a seleção da ação a ser realizada ou não. Exatamente por se tratar de um período de vida no qual a pessoa se encontra vulnerável é que se torna muito importante o reconhecimento de tais estratégias como fontes tanto de fortalecimento para o enfrentamento da doença¹⁵ quanto da regulação de forças afetivas.

Toda ação e pensamento comportam aspectos cognitivos e afetivos, já que áreas do cérebro geradoras de estados emocionais também processam informações sobre riscos, recompensas e punições. Portanto, em qualquer que seja a situação vivida, desde a mais simples até a mais complexa, ambas as funções intervêm. Esse complexo concorre para a autorregulação, uma habilidade de monitorar e modular a emoção, cognição e comportamento em busca de atingir um objetivo/meta e/ou se adaptar a situações específicas, principalmente estressantes. Tal processo necessita de uma integração que envolve a pessoa e seus contextos de desenvolvimento, havendo, assim, grande interferência nas transformações, internas ou externas, de modo a confrontar o equilíbrio pessoal. Esse equilíbrio pode ser restabelecido e tender a um estágio mais estável do que anteriormente; com isso, a ação humana consiste nesse dinamismo constante e perpétuo de reajustamento ou de equilíbrio,

centrado no desejo que o ser humano tem de encontrar respostas para perguntas formuladas^{16, 17, 18, 19, 20, 21}.

A pessoa regula seu pensamento, seus sentimentos e suas ações por meio das interações que experiencia, em uma mediação ocorrida no âmbito social, com os conflitos que essa mesma pessoa vivencia e dos quais tira aprendizado. Os sentimentos elementares são regulados pela vontade, sendo esta gerada pela tendência e, por consequência, pela conservação e permanência dos valores. Tais valores surgem da projeção dos sentimentos sobre os objetos que, posteriormente, com as trocas interpessoais e intelectualização dos sentimentos, vão sendo cognitivamente organizados, gerando o sistema de valores de cada sujeito. Os valores se originam, assim, do sistema de regulações que se estabelece entre o sujeito e o mundo externo (desde o nascimento), com base em suas relações com os objetos, com as pessoas e consigo mesmo^{22, 23}.

Em outras palavras, a autorregulação afetiva é uma complexa cascata que tem sua origem nos valores permanentes, conquistados durante a vida e ao longo de sua experiência com o mundo interno e externo. Esses valores tornam uma tendência em ato de vontade, de modo que haverá uma interação composta de pensamentos, sentimentos e ações; essa interação surge na necessidade de buscar um meio de enfrentamento para a adversidade surgida²⁴, desequilibrando o indivíduo e seu desenvolvimento pessoal. Tal desequilíbrio pode ser reajustado/restabelecido, em curto ou longo prazo, diante da capacidade de autorregulação afetiva e, indiretamente, cognitiva.

Dentre os elementos que favorecem a autorregulação, encontram-se a resiliência e a espiritualidade. Considera-se resiliência como um construto multidimensional que inclui pensamentos, comportamentos e ações ocorridos ao longo do tempo²⁵. Também pode ser descrita

como um dinâmico processo de adaptação e resistência a diferentes contextos, em que estão inseridos diversos fatores (de risco e de proteção), além das características pessoais e ambientais, incluindo-se a qualidade e intensidade dos eventos vividos, ou seja, é a combinação de fatores genéticos, constitucionais, psicológicos, sociais e situacionais que irão determinar se haverá ou não resiliência²⁵.

Sendo assim, uma pessoa considerada resiliente é aquela caracterizada pela sua flexibilidade, inteligência, liberdade, criatividade, abertura, empatia, autenticidade, comunicabilidade, disponibilidade, equilíbrio emocional; e pela sua capacidade em resistir a diversas situações (mais ou menos complicadas), sem perder o equilíbrio, apesar das dificuldades que tais situações podem apresentar²⁶.

Além da resiliência para a regulação da emoção, outro fator favorecedor é a espiritualidade. É considerada como uma orientação de cunho filosófico que resulta na produção de comportamentos e sentimentos como a esperança, o amor e a fé; e que fornece um significado para a vida das pessoas. A espiritualidade evidencia-se quando o indivíduo se encontra em situações de estresse emocional, doença física e morte, em busca: de um sentido para os acontecimentos, da integridade, da paz, da harmonia e da individualidade. A espiritualidade tem sido cada vez mais valorizada na prática de assistência à saúde, visto que se apresenta como forte aliada no enfrentamento biológico, social e emocional de momentos difíceis, como é o caso de uma enfermidade, ratificando sua influência positiva sobre o bem-estar das pessoas²⁷.

O processo de adoecimento confronta o conforto e as expectativas dos pacientes, traz mudanças bruscas e impõe desenvolvimento de novas capacidades ou aperfeiçoamento destas. O câncer de mama, considerado uma doença crônica, permeado por fatores de risco, sinais,

sintomas e necessidades de cuidados, precisa ser compreendido além dos aspectos físicos, cognitivos e sociais. É preciso empoderar a população com o conhecimento sobre o modo como a doença afeta as mulheres e sobre a importância das estratégias de enfrentamento utilizadas como forma de expressão e vivência da enfermidade, o que repercute em como os sinais e sintomas são aceitos, avaliados, vivenciados, modificados, gerando a adesão ou abandono dos tratamentos propostos¹⁵.

Dessa maneira, compreender a importância da capacidade de autorregulação afetiva nos modos de enfrentamento da doença, especialmente em mulheres com câncer de mama, promove uma evolutiva contribuição para proporcionar melhor qualidade de vida aos pacientes e seu círculo social e uma reflexão sobre as condutas que favorecem a resiliência e espiritualidade. Ademais, isso capacita profissionais da área oncológica para melhores atendimentos e acolhimento e disponibiliza um ajuste terapêutico de modo a tornar os tratamentos existentes mais satisfatórios. Sob tal perspectiva, o tema aqui proposto promove à população a possibilidade de minimizar o sofrimento ou obter maior esperança de cura com os tratamentos vigentes, reforçando o vínculo de confiança entre todos os envolvidos no processo de adoecer. Diante do exposto, este estudo tem como objetivo analisar se a autorregulação afetiva das mulheres interfere no enfrentamento do câncer e na busca pela cura.

METODOLOGIA

Desenvolveu-se um estudo transversal, descritivo e exploratório de abordagem quantitativa.

Participaram 40 mulheres diagnosticadas com câncer de mama e em tratamento

quimioterápico. O número de participantes foi definido com base no cálculo amostral, considerando o número total de mulheres com câncer de mama atendidas no período anterior à coleta de dados, totalizando um ano (de agosto de 2019 a agosto de 2020), e que estavam sendo submetidas ao tratamento quimioterápico.

Os critérios de inclusão foram: ter diagnóstico recente de câncer de mama e estar em tratamento quimioterápico durante os primeiros seis meses. Os critérios de exclusão foram: presença de enfermidades neurológicas e/ou neuropsiquiátricas que poderiam alterar os domínios investigados, alterações sensoriais não corrigidas, mulheres que fazem uso de medicamento psicotrópico e mulheres com diagnóstico de câncer de mama, com término do tratamento após a manutenção.

A pesquisa ocorreu em uma instituição de saúde especializada em prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer, localizada em um município do interior do estado de São Paulo.

INSTRUMENTOS

1) Questionário sociodemográfico, de condições de saúde e atividade religiosa/espiritual de modo a caracterizar a amostra e avaliar os critérios de inclusão e exclusão dos participantes.

2) A avaliação da autorregulação afetiva foi composta por duas escalas. Uma delas é a Escala de Resiliência²⁸, para mensurar a resiliência por meio dos níveis de adaptação psicossocial positiva diante de eventos de vida importantes. Essa escala é composta por 25 itens que variam de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente) — a amplitude da pontuação total vai de 25 a 175 pontos, com valores altos indicando elevada resiliência. Já a outra é a Escala de *Coping Religioso/Espiritual Abreviada – CRE – Breve*²⁹, formada por 49 itens, agrupados em 11 fatores, sendo sete fatores de *Coping Religioso/Espiritual*

Positivo e quatro fatores de *Coping Religioso/Espiritual Negativo*. Na CRE – Breve, os fatores positivos são: Transformação de si e/ou de sua vida; Ações em busca de ajuda espiritual; Oferta de ajuda a outro; Posição positiva diante de Deus; Busca do outro institucional; Afastamento por meio de Deus/Religião e/ou Espiritualidade. Os fatores negativos são: Reavaliação Negativa de Deus; Posição Negativa diante de Deus; Insatisfação com o Outro institucional; Reavaliação negativa do significado. Quanto mais elevado é o valor obtido pela média das questões em cada dimensão, maior é o uso do CRE da pessoa avaliada.

3) A avaliação das Estratégias de Enfrentamento da Doença foi feita mediante a Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas – EMEP³⁰. Esta se trata de um questionário que contém 45 itens, englobando pensamentos e ações que as pessoas utilizam para lidar com demandas internas ou externas de um evento estressante específico. Os autores propõem quatro fatores classificatórios, os quais investigam as estratégias de enfrentamento de problemas: o Fator 1 corresponde ao enfrentamento focalizado no problema; o Fator 2, ao enfrentamento focalizado na emoção; o Fator 3 refere-se à busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso; e o Fator 4 relaciona-se à busca de suporte social.

PROCEDIMENTO

Em conformidade com os preceitos éticos em pesquisas com seres humanos, o estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa sob o número CAAE 36418520.0.0000.5382. Os critérios de inclusão e de exclusão foram informados à responsável pela instituição, a qual entregou às pesquisadoras uma lista com o nome de todas as mulheres. Os agendamentos para a coleta de dados respeitaram os dias e horários em que elas estavam na instituição, sendo que

a aplicação dos questionários foi realizada em local sigiloso, a fim de manter a privacidade das participantes. A coleta de dados ocorreu entre outubro de 2020 a janeiro de 2021.

Nos dias previamente agendados, as pesquisadoras abordaram as mulheres em tratamento do câncer que estiveram presentes na instituição. Na sala espera e de modo breve, lhes foram explicados os objetivos, forma de participação, risco, benefícios e outras informações relativas ao projeto. Aquelas que atenderam aos critérios de inclusão na amostra do estudo e consentiram em sua participação, leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em seguida, após aceitarem, houve o preenchimento de próprio punho dos três instrumentos de avaliação. A duração dos atendimentos foi de 40 minutos a uma hora e 30 minutos, composto por *rappor*, preenchimento do questionário e atendimento a eventuais dúvidas; sempre feitos com muito acolhimento, empatia e linguagem clara.

Após o término do preenchimento, os instrumentos foram recolhidos pela pesquisadora, tabulados, corrigidos de acordo com critérios de padronização propostos por cada um deles, analisados e correlacionados entre as variáveis.

Diante da análise estatística, foi possível correlacionar os dados entre a autorregulação afetiva, avaliada em relação à resiliência e espiritualidade, e as estratégias de enfrentamento da doença.

Para testar a hipótese de normalidade dos dados, foi usado o teste Kolmogorov-Smirnov, devido às características da amostra: pequena e sem dependência da função da distribuição acumulada. As hipóteses sobre a autorregulação afetiva (resiliência, espiritualidade) e sua relação com as características dos pacientes foram inferidas usando o teste *t* de Student. Na análise, considerou-se o nível de significância de 5% e realizou-se a comparação com o teste *t* de

Student não pareado ou por ANOVA. Ademais, foram apresentadas as estatísticas descritivas das variáveis, como: correlação de Pearson, média, variância e desvio-padrão. Todos os testes foram realizados por meio do software Stata.

RESULTADOS

As informações desta pesquisa foram analisadas com auxílio de um software de planilhas eletrônicas (Excel 2015) e de um programa de processamento de dados estatísticos (Stata).

A média de idade das participantes foi 59,65 anos (mínimo: 38 anos; máximo: 74 anos). A maioria delas possuía ensino fundamental

incompleto (35%), eram casadas (77,5%) e/ou passaram por cirurgia (66,6%). Além disso, 65% eram católicas; 17,5%, evangélicas; 7,5%, deístas; e 2,5%, espíritas. As participantes mais frequentes na religião eram católicas (20%), que consideravam a religiosidade muito importante (42,5%), juntamente com as evangélicas (42,5%).

Dentre as 40 participantes, 28,9% tiveram alguma recidiva, e 30% tiveram sequelas do tratamento.

Os resultados das escalas evidenciaram (Tabela 1) que pessoas com maior nível de resiliência tendem a obter um maior nível de espiritualidade, e vice-versa, de modo que se tornam mais autorreguladas afetivamente.

Tabela 1. Teste *t* com as variáveis Resiliência e CRE-Total (*coping religioso-espiritual – total*)

Variáveis Teste <i>t</i>	Grupos		Diferenças	Hipóteses		
	Resiliência (20 Menores)	Resiliência (20 Maiores)	Diferença (Dif)	Ha: Dif < 0	Ha: Dif ≠ 0	Ha: Dif > 0
CRE Total	1,402549	1,772059	- 0,3695098	0,06*	0,13	0,94
	CRE Total (20 Menores)	CRE Total (20 Maiores)	Diferença (Dif)	Ha: Dif < 0	Ha: Dif ≠ 0	Ha: Dif > 0
Resiliência	144,45	152,4	- 7,95	0,08*	0,17	0,92

* 10% de significância estatística. Ha: hipótese alternativa.

A capacidade de autorregulação afetiva de um indivíduo influencia positivamente o seu modo de enfrentamento dos problemas, já que há um foco maior nos problemas, na sociabilidade e nos ritos espirituais/fantasia. O ato de enfrentar

os problemas focando a emoção tende a tornar o indivíduo menos adaptado; logo, menor será sua habilidade na busca em manejá-los de forma eficiente, em variados ângulos, atingir metas e/ou enfrentar momentos estressantes (Tabelas 2 e 3).

Tabela 2. Análise de correlação de Pearson entre as médias dos fatores da Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas em função das variáveis

Variáveis	Média F1	Média F2	Média F3	Média F4	CRE - Total	Resiliência	(Continua)
Média F1	1,00	0,11	0,50	0,44	0,49	0,58	
Média F2	0,11	1,00	0,36	0,31	-0,06	-0,08	
Média F3	0,50	0,36	1,00	0,40	0,42	0,18	

Variáveis	Média F1	Média F2	Média F3	Média F4	CRE - Total	(Conclusão)
Média F4	0,44	0,31	0,40	1,00	0,22	0,38
CRE - Total	0,49	-0,06	0,42	0,22	1,00	0,30
Resiliência	0,58	-0,08	0,18	0,38	0,30	1,00

Fator 1: Estratégias de enfrentamento focalizadas no problema. Fator 2: Estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção. Fator 3: Práticas religiosas/Pensamento fantasioso. Fator 4: Busca de suporte social. CRE-Total (*coping* religioso-espiritual total): é uma variável diretamente proporcional, ou seja, os valores mais altos são considerados mais positivos.

Tabela 3. Análise dos tamanhos do efeito por meio do teste de Cohen (D) para as médias dos fatores da Escala de Modos de Enfrentamento dos Problemas em função das variáveis Resiliência e CRE-Total (*coping* religioso-espiritual total)

D de Cohen	Estimativa	Intervalo de Confiança 95%
Resiliência - CRE-Total	- 0,44*	- 1,07 0,19
Média F1 - Resiliência	- 0,70 **	- 1,34 0,06
Média F1 - CRE-Total	- 0,70 **	- 1,33 0,05
Média F2 - Resiliência	- 0,31*	- 0,93 0,32
Média F2 - CRE-Total	- 0,11	- 0,73 0,51
Média F3 - Resiliência	- 0,12	- 0,74 0,50
Média F3 - CRE-Total	- 0,63**	- 1,26 0,01
Média F4 - Resiliência	- 0,31*	- 0,93 0,32
Média F4- CRE-Total	- 0,11	- 0,73 0,51

Fator 1: Estratégias de enfrentamento focalizadas no problema. Fator 2: Estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção. Fator 3: Práticas religiosas/Pensamento fantasioso. Fator 4: Busca de suporte social. CRE-Total (*coping* religioso-espiritual total). Família de medidas de efeito (D): Pequeno efeito $\geq 0,20$; médio efeito $\geq 0,50$; grande efeito $\geq 0,80$.

É interessante destacar que a idade possui interferência no modo de enfrentamento dos problemas (Tabelas 4, 5, 6 e 7) sendo uma variável negativa quando relacionada com o foco emocional e com o foco nos ritos espirituais/fantasia, já que, no contexto de reavaliação neurocognitiva, os adultos mais velhos tendem a atenuar as emoções negativas e/ou aumentar as emoções positivas.

Desse modo, as estratégias de modo de enfrentamento dos problemas nesse contexto se tornam mais eficientes além dos sistemas adicionais recrutados para gerar um apoio à

regulação afetiva não usada pelos indivíduos mais jovens³¹.

Além disso, mulheres com câncer de mama em quimioterapia que obtinham maior tempo de diagnóstico de câncer de mama, ou passaram por cirurgia e/ou possuíam sequelas tendem a não enfrentar os problemas de um modo mais focado na sociabilidade; e aquelas com recidiva ou que passaram pelo tratamento de radioterapia tendem a enfrentar de um modo mais focado na emoção (Tabelas 4, 5, 6 e 7), tornando-se menos autorreguladas afetivamente.

Tabela 4. Médias do fator de Escala de Modos de Enfrentamento focalizado no problema (F1) em função das variáveis

Variáveis	Média F1					
CRE Total	0,243** (2,54)	0,238** (2,52)	0,269** (2,59)	0,242* (2,02)	0,253** (2,06)	0,178 (1,39)
Resiliência	0,014*** (4,67)	0,013*** (4,49)	0,014*** (3,89)	0,014*** (3,38)	0,013*** (3,38)	0,014*** (3,29)
Idade		-0,008 (-1,42)	-0,007 (-1,07)	-0,006 (-0,77)	-0,005 (-0,67)	-0,004 (-0,49)
Tempo de diagnóstico			-0,011 (-0,67)	-0,010 (-0,61)	-0,007 (-0,33)	-0,006 (-0,38)
Cirurgia				-0,076 (-0,46)	-0,138 (-0,76)	-0,099 (-0,49)
Sequela				0,139 (0,93)	0,206 (1,08)	0,131 (0,66)
Recidiva					0,063 (0,38)	-0,039 (-0,21)
Quimioterapia						0,376 (1,23)
Radioterapia						0,172 (1,13)
Constante	1,638*** (3,30)	2,272*** (3,78)	2,168*** (3,29)	2,154*** (3,15)	2,189*** (3,00)	1,700** (2,25)
Observações	40	40	37	36	34	34
R- Quadrado	0,4442	0,4660	0,4686	0,4833	0,4893	0,5367

*** 1%, ** 5% e * 10% de significância estatística.

Tabela 5. Médias do fator de Escala de Modos de Enfrentamento focalizado na emoção (F2) em função das variáveis
(Continua)

Variáveis	Média F2	Média F2	Média F2	Média F2	Média F2	Média F2
CRE Total	-0,022 (-0,22)	-0,033 (-0,35)	-0,006 (-0,06)	0,069 (0,69)	0,056 (0,55)	-0,015 (-0,13)
Resiliência	-0,002 (-0,44)	-0,004 (-1,08)	-0,005 (-1,43)	-0,008** (-2,34)	-0,007** (-2,11)	-0,005 (-1,39)
Idade		-0,016*** (-2,90)	-0,015** (-2,37)	-0,017** (-2,49)	-0,013* (-1,97)	-0,011 (-1,48)
Tempo de diagnóstico			-0,001 (-0,09)	0,002 (0,16)	0,012 (0,74)	0,007 (0,58)
Cirurgia				0,150 (1,05)	0,119 (0,80)	0,089 (0,57)

Variáveis	Média F2	(Conclusão) Média F2				
Sequela				0,029 (0,18)	0,103 (0,58)	-0,010 (-0,06)
Recidiva					0,209 (1,42)	0,114 (0,78)
Quimioterapia						0,155 (0,71)
Radioterapia						0,295* (1,81)
Constante	2,027*** (4,27)	3,326*** (6,16)	3,471*** (6,29)	3,731*** (7,36)	3,258*** (6,54)	2,801*** (4,26)
Observações	40	40	37	36	34	34
R- Quadrado	0,0085	0,1668	0,1639	0,2447	0,2793	0,3848

*** 1%, ** 5% e * 10% de significância estatística.

Tabela 6. Médias do fator de Escala de Modos de Enfrentamento focalizado nas práticas religiosas/pensamento fantasioso (F3) em função das variáveis

Variáveis	Média F3	Média F3	Média F3	Média F3	Média F3	Média F3	(Continua)
CRE Total	0,375** (2,60)	0,362** (2,60)	0,431** (2,64)	0,455** (2,19)	0,487** (2,27)	0,537** (2,20)	
Resiliência	0,002 (0,38)	-0,000 (-0,10)	-0,002 (-0,31)	-0,001 (-0,13)	-0,002 (-0,25)	-0,004 (-0,49)	
Idade		-0,022** (-2,38)	-0,018* (-1,73)	-0,022** (-2,21)	-0,020* (-1,81)	-0,022* (-2,00)	
Tempo de diagnóstico			-0,012 (-0,62)	-0,014 (-0,80)	-0,008 (-0,38)	-0,001 (-0,04)	
Cirurgia				0,299 (1,12)	0,216 (0,75)	0,284 (0,94)	
Sequela				-0,171 (-0,76)	-0,012 (-0,04)	0,096 (0,33)	
Recidiva					0,021 (0,07)	0,086 (0,28)	
Quimioterapia						0,030 (0,08)	
Radioterapia						-0,296 (-1,21)	
Constante	2,695*** (3,05)	4,431*** (4,24)	4,436*** (4,04)	4,382*** (3,54)	4,333*** (3,08)	4,648*** (3,47)	

Variáveis	(Conclusão)					
	Média F3					
Observações	40	40	37	36	34	34
R- Quadrado	0,1805	0,2752	0,2831	0,3090	0,3254	0,3529

*** 1%, ** 5% e * 10% de significância estatística.

Tabela 7. Médias do fator de Escala de Modos de Enfrentamento focalizado na busca de apoio social (F4) em função das variáveis

Variáveis	Média F4	Média F4	Média F4	Média F4	Média F4	Média F4	
CRE Total	0,146 (0,81)	0,128 (0,74)	0,360* (1,96)	0,266 (1,51)	0,249 (1,35)	0,193 (0,90)	
Resiliência	0,018** (2,16)	0,015* (2,00)	0,011 (1,21)	0,017* (1,93)	0,017* (2,02)	0,021** (2,18)	
Idade		-0,028** (-2,05)	-0,017 (-1,16)	-0,014 (-0,87)	-0,018 (-1,08)	-0,014 (-0,88)	
Tempo de Diagnóstico			-0,046 (-1,48)	-0,053 (-1,69)	-0,067** (-2,13)	-0,080** (-2,56)	
Cirurgia				-0,439 (-1,48)	-0,293 (-0,93)	-0,430 (-1,15)	
Sequela					-0,428 (-1,33)	-0,643 (-1,67)	
Recidiva						-0,268 (-0,83)	
Quimioterapia							-0,219 (-0,46)
Radioterapia							0,449 (1,32)
Constante	0,563 (0,46)	2,808* (1,86)	2,861* (1,82)	2,394 (1,65)	2,731* (1,88)	2,387 (1,46)	
Observações	40	40	37	36	34	34	
R- Quadrado	0,1607	0,2486	0,2653	0,3881	0,4146	0,4609	

***1%, **5% e *10% de significância estatística.

DISCUSSÃO

A capacidade de autorregulação afetiva sofre muitas interferências conforme o contexto e transformações na vida do indivíduo; assim, é de extrema importância a busca integral por

capacitar os adoecidos com habilidades positivas de enfrentamento^{32, 33, 34, 35, 36, 37, 38}.

Os constructos de resiliência e espiritualidade compõem os fatores de proteção juntamente com a autoestima, apoio social, flexibilidade, relacionamentos emocionais

positivos, autoimagem positiva, comportamento pró-social, projeto de vida, habilidades para resolução de problemas, coesão, bom relacionamento social e disponibilidade de suportes externos^{39, 40}. Tais fatores orientam o indivíduo para o enfrentamento de um modo positivamente adaptativo, mais focado no problema, na sociabilidade e nos ritos espirituais/fantasia.

O primeiro modo citado, o enfrentamento direcionado para o problema, indica uma atitude proativa diante de uma situação estressante, havendo, então, o intuito de manejá-la e modificar o fator estressor originário do problema^{41, 42, 43, 44, 45, 46, 35, 47, 48, 49, 50}.

O segundo modo citado, o enfrentamento direcionado para a sociabilidade, ajuda no reequilíbrio pessoal diante das situações adversas, já que tende a ocasionar rápida recuperação e menores taxas de complicações médicas, menores custos hospitalares, baixas taxas de mortalidade e melhores enfrentamentos nos casos terminais. Há um enfrentamento ativo, ressignificação positiva, humor, aceitação, otimismo, engajamento em atividades de lazer, sentimentos de segurança, pertencimento e fundamento na realidade, além de reforço da esperança e da vontade de viver, o que proporciona melhor qualidade de vida^{51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71}.

O terceiro modo citado, o enfrentamento direcionado para os ritos espirituais/fantasia, pode reduzir o senso de perda de controle e desesperança no processo de adoecimento, promovendo uma estrutura cognitiva que visa reduzir o sofrimento e aumentar o senso de significação. Essa estratégia apresenta correlação positiva com melhor saúde mental, crescimento espiritual e cooperatividade; assim, há um controle mútuo entre controle externo, vindo de forças transcedentes, e interno, exercido pelos próprios indivíduos^{72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83}.

Destarte, o modo de enfrentamento focalizado nas emoções associa-se com a pior qualidade de vida em comparação aos estilos de *coping* de confrontação ativa, já que se trata de uma resposta de regulação emocional decorrente de atitudes evitativas, afastando-se do estressor e, por sua vez, não modificando/manejando as possibilidades de enfrentamento. Sua função é reduzir a sensação desagradável do estado de estresse mediante reavaliações cognitivas indiretas; inclui liberação de reações emocionais negativas como raiva, tensão, autoculpa e culpabilização de outros. Esse estilo de *coping* relaciona-se à baixa resiliência, hiperemotividade, afeto negativo, insatisfação com a vida e psicopatologia^{84, 85, 86, 87, 42, 43, 44, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 48, 95, 45, 49, 96, 24, 97, 98, 99, 100, 101, 102}.

O método ora escolhido possibilitou levantamento de aspectos importantes sobre a autorregulação afetiva. No entanto, pesquisas com modelos qualitativos, utilizando entrevistas semiestruturadas, por exemplo, poderiam explicar melhor tais dimensões no processo de enfrentamento da doença de tal forma que fosse um direcionador de ações e práticas não apenas para outras mulheres com as mesmas condições, mas também para a equipe de saúde envolvida no tratamento dessas mulheres.

CONCLUSÃO

Conclui-se que há grande necessidade de abranger os aspectos emocionais durante o processo de adoecimento com vistas a minimizar os simbolismos negativos e desenvolver a capacidade de autorregulação afetiva. Busca-se uma adaptação positiva e ativa por meio das experiências espirituais e resilientes, já que as estratégias de enfrentamento podem ser utilizadas de maneira simultânea. Assim, quanto

maior for a habilidade de autorregulação, maior será o pensamento construtivo, de modo que se aumenta a eficácia das estratégias de enfrentamento características do indivíduo.

O indivíduo tende a uma intensidade de utilização das estratégias de enfrentamento sendo adaptativamente descrecente: modo de enfrentamento focalizado nos ritos espirituais/fantasia; modo de enfrentamento focalizado no problema; modo de enfrentamento focalizado na sociabilidade; e modo de enfrentamento focalizado na emoção.

Finaliza-se o raciocínio acentuando que a autorregulação afetiva pode interferir no bem-estar físico, mental e social das pacientes com câncer de mama em quimioterapia, bem como em suas estratégias de modos de enfrentamento dos problemas. Há relação positiva significante entre autorregulação afetiva e melhores modos de enfrentamento, ou seja, quanto maior for o nível de resiliência e espiritualidade de um indivíduo, melhor será o seu modo de enfrentamento em situações adversas e estressoras. Dessa maneira, as estratégias de modo de enfrentamento focadas no problema, na sociabilidade e nos ritos espirituais/fantasia interferem positivamente na reavaliação da situação e consequente ação do indivíduo.

O presente estudo fornece subsídios para que as mulheres com câncer de mama, familiares, profissionais de saúde, população com interesse no tema considerem novas possibilidades de apreensão e compreensão de manifestações emocionais e comportamentais vinculadas às estratégias de enfrentamento. Assim esse público pode incorporar em suas práticas modelos de cuidados que contribuem para a minimização do sofrimento, não se restringindo às intervenções de cunho biológico, mas favorecendo a autorregulação afetiva e, por conseguinte, maior adesão ao tratamento. Destarte, destaca-se a importância da escuta humanizada e sensível às mulheres com câncer de mama. É preciso

considerar todos os serviços propostos durante o tratamento, desde o processo diagnóstico ao prognóstico, condições quimioterápicas ou radioterápicas, seja nas unidades de saúde, seja nas hospitalares, com a implementação de acolhimento e manejo interprofissional, promovendo o cuidado integral centrado na pessoa e nos envolvidos contextualmente no processo de adoecer.

REFERÊNCIAS

1. Toledo EHR, Diogo MJD. Idosos com afecção onco-hematológica: ações e as dificuldades para o autocuidado no início da doença. *Rev latinoam enferm*. 2003.
2. Porto AO. Pacientes oncológicos: respostas emocionais frente a doença. Monografia não publicada. 2004.
3. Andrade FP. Perfil dos sobreviventes ao câncer segundo o grau de resiliência de um serviço de oncologia. Master's thesis. 2011.
4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Division of Cancer Prevention and Control. *Survive Cancer and Live*. Atlanta: CDC, s.d., 2010.
5. Amar A, Rapoport A, Franzini SA, Bisordi C, Lehn CN. Qualidade de vida e prognóstico nos carcinomas epidermóides de cabeça e pescoço. *Rev bras Otorrinolaringol*. 2002, 68, 400-403.
6. Costa NSB, Araújo TCC, Curado MP. Avaliação da qualidade de vida de pessoas portadoras de câncer de cabeça e pescoço. *Acta oncol bras*. 2000, 96-104.
7. Nucci NAG. Qualidade de vida e câncer: um estudo comprehensivo. Doctoral dissertation, Tese. 2003.
8. Zanin CR, Corrêa CG, Maniglia JV. Transtorno mental em pacientes com câncer de cabeça e pescoço submetidos à cirurgia e radioterapia. In *Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud: Avances Recientes em*

- Psicología Clínica y de la Salud. 1999, (1), 332.
9. Carver CS, Scheier MF, Segerstrom SC. Optimism. *Clin psychol rev.* 2010, 30(7), 879-889.
 10. Csikszentmihalyi M. Flow: The psychology of optimal experience. New York: Harper Perennial Modern Classics. 2001.
 11. Fredrickson BL. The role positive emoticons in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emoticons. *Am psychol.* 2001, 56, 218-226.
 12. Gilbert F. Introducing compassion-focused therapy. *Adv psychiatr treat.* 2009, 15(3), 199-208.
 13. Joseph S, Linley PA. Growth following adversity: theoretical perspectives and implications for clinical practice. *Clin psychol rev.* 2006, 26(8), 1041-1053.
 14. Reis HT, Smith SM, Carmichael CL, Caprariello PA, Tsai FF, Rodrigues S A, Maniaci MR. Are you happy for me? How sharing positive events with others provides personal and interpersonal benefits. *J pers soc psychol.* 2010, 99(2), 311-329.
 15. Santos RZ, Oliveira RAD. A espiritualidade e a religiosidade na prática pediátrica. Blucher Medical Proceedings. 2013, 1, 92-92.
 16. Loewenstein G, Lerner JS. The role of affect in decision making. 2003.
 17. De Pádua JFP, Neto PJS, da Silva FEM, De Oliveira MG. A influência da autorregulação nas heurísticas e vieses utilizados no processo de tomada de decisão. *RECADM.* 2014, 13(3), 414-433.
 18. Freitas AL, Higgins ET. Enjoying goal-directed action: The role of regulatory fit. *Psychol sci.* 2002, 13(1), 1-6.
 19. Viacava F, Ugá MAD, Porto S, Laguardia J, Moreira RDS. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde: um modelo de análise. *Ciênc Saúde Colet.* 2012, 17, 921-934.
 20. Sameroff AJ, Chandler MJ. Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. *Review of child development research.* 1975, 4, 187-244.
 21. Carlson EA, Sroufe LA. Contribution of attachment theory to developmental psychopathology. 1995.
 22. Snyder WB. Language acquisition and language variation: The role of morphology. Doctoral dissertation, Massachusetts Institute of Technology. 1995.
 23. Rothbart MK, Jones LB. Temperament, self-regulation, and education. *School psychology review.* 1998, 27(4), 479-491.
 24. Lisboa C, Koller SH, Ribas FF, Bitencourt K, Oliveira L, Porciuncula LP, Marchi RBD. Coping strategies of domestic violence victimized and non-victimized children. *Psicol reflex crit.* 2002, 15(2), 345-362.
 25. De Lima JB, De Araujo TCCF. Avaliação de resiliência: Um estudo exploratório com pacientes oncológicos. *Psicol argum.* 2017, 30(68).
 26. Lopes KC. O bem-estar espiritual e resiliência em doentes oncológicos. Doctoral dissertation. 2014.
 27. Narayanasamy A, Owens J. A critical incident study of nurses' responses to the spiritual needs of their patients. *J ad nurs.* 2001, 33(4), 446-455.
 28. Pesce RP, Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Carvalhares R. Adaptação cultural, confiabilidade e validade da escala de Resiliência. *Cad Saúde Pública.* 2005, 21 (2), 436-448.
 29. Panzini RG, Bandeira DR. Escala de coping religioso-espiritual (Escala CRE): elaboração e validação de constructo. *Psicol Estud.* 2005, 10(3), 507-516.
 30. Seidl EMF, Tróccoli BT, Zanon CMMC. Análise Fatorial de Uma Medida de Estratégias de Enfrentamento. *Psicol teor pesqui.* 2001, 17, 225-234.
 31. Reuter-Lorenz PA, Jonides J., Smith EE, Hartley A, Miller A, Marshuetz C, Koeppe RA. Age differences in the frontal lateralization of verbal and spatial working memory revealed by PET. *J cogn neurosci.* 2000, 12(1), 174-187.

32. Vahia IV, Deep CA, Palmer BW, Fellows I, Golshan S, Thompson W, Allison M, Jeste DV. Correlates of spirituality in older women. *Aging of the Mental Health.* 2011, 15(1), 97-102.
33. Lawler KA, Younger JW. Theobiology: An analysis of spirituality, cardiovascular responses, stress, mood, and physical health. *J relig health.* 2002, 41(4), 347-362.
34. Chequini MCM. Resiliência e Espiritualidade em Pacientes Oncológicos: Uma abordagem junguiana. Dissertação apresentada à Universidade Católica de São Paulo. 2009.
35. Koenig HG. Religion and medicine II: religion, mental health, and related behaviors. *Int j psychiatry med.* 2001, 31(1), 97-109.
36. Panzini RG, Bandeira DR. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Rev psiquiatr clín.* 2007, 34(1), 126-135.
37. Skevington SM. Advancing cross-cultural research on quality of life: Observations drawn from the WHOQOL development. *Qual life res.* 2002, 11, 135-144.
38. Teixeira JJV, Lefèvre F. Significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer. *Ciêns Saúde Colet.* 2008, 13(4), 1247-1256.
39. Pesce RP, Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Carvalhaes R. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cad Saúde Pública.* 2005, 21(2), 436-448.
40. Masten A, Garmezy N. Risk, vulnerability and protective factors in developmental psychopathology. *Advances in clinical child psychology.* 1985, 1-52.
41. 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, 50, 571-579.
42. Campbell-Sills L, Cohan SL, Stein MB. Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behav res ther.* 2006, 44(4), 585-599.
43. Antoniazzi AS, Dell'Aglio DD, Bandeira DR. O conceito de coping: Uma revisão teórica. *Estud Psicol.* 1998, 3(2), 273-294.
44. Lazarus RS, Folkman S. The concept of Coping. *Stress, appraisal and coping.* 1984, 117-139.
45. Moos RH. *Coping Responses Inventory CRI-Adult Form Professional Manual.* Psychological Assessment Resources. 1993.
46. Heim E, Valach L, Schaffner L. Coping and psychosocial adaptation: Longitudinal effects over time and stages in breast cancer. *Psychosomatic Medicine.* 1997, 59(4), 408-418.
47. Pargament KI, Raya HA. A decade of research on the psychology of religion and coping: Things we assumed and lessons we learned. *Psyke and logos.* 2007, 28(2), 25-25.
48. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *J pers social psychol.* 1989, 56, 267-283.
49. Clark KA, Bormann CA, Cropanzano RS, James K. Validation evidence for three coping measures. *J personal assess.* 1995, 65, 434-455.
50. Seidl EMF, Tróccoli BT, Zannon CMLDC. Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicol teor pesqui.* 2001, 17(3), 225-234.
51. Bianchini DCS, Dell'Aglio DD. Processos de resiliência no contexto de hospitalização: Um estudo de caso; *Paidéia.* 2006, 16(36), 426-436.
52. Pesce RP, Assis SG, Santos N, Oliveira RVC. Risco e proteção: Em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicol teor pesqui.* 2004, 20(2), 135-143.
53. Couto MCPP. Fatores de Risco e de Proteção na Promoção de Resiliência no Envelhecimento. 2005.
54. Goldstein S, Brooks RB. *Resilience in children.* New York: Springer. 2005.
55. Carvalho FT, Moraes NA, Koller SH, Piccinini CA. Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Cad Saúde Pública.* 2007, 23(9), 2023-2033.

56. Costa CRBSF, Assis SG. Fatores protetivos a adolescência em conflito com a lei no contexto sócio-educativo. *Psicol soc.* 2006, 18(3), 74-81.
57. Mota DCGD, Benevides-Pereira AMT, Gomes ML, Araújo SM. Estresse e resiliência em doença de Chagas. *Aletheia.* 2006, 24, 37-68.
58. Shatté A, Perlman A, Smith B, Lynch WD. The positive effect of resilience on stress and business outcomes in difficult work environments. *J occup environ med.* 2017, 59(2), 135.
59. Cano A, Sirgo A, Pérez G, Rodriguez J, Terol M, Lopez S, Frias Puente AB. Cáncer y estilo repressivo de afrontamiento. *Ansiedad y estrés.* 1994, 3(29), 35-46.
60. Gonçalves TR, Pawlowski J, Bandeira DR, Piccinini CA. Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. *Ciêns Saúde Colet.* 2011, 16, 1755-1769.
61. Dias TL, Leite LLG. Rede de apoio social e afetivo e estratégias de enfrentamento na doença falciforme: um olhar sobre a pessoa e a família. *Psicol rev.* 2014, 20(2), 353-373.
62. Chahraoui K, Laurent A, Biou AM Quenot JP. Psychological experience of patients 3 months after a stay in the intensive care unit: A descriptive and qualitative study. *J crit care.* 2015, 30(3), 599-605.
63. Alpers LM, Helseth S, Bergbom I. Experiences of inner strength in critically ill patients-a hermeneutical approach. *Intensive crit care nurs.* 2012, 28(3), 150-158.
64. Gouveia MJ, Marques M, Ribeiro JLP. Versão portuguesa do questionário de bem-estar espiritual (SWBQ): Análise confirmatória da sua estrutura factorial. *Psicol saúde doenças.* 2009, 10(2), 285-293.
65. Alport CJM. One Nation: A Tory Approach to Social Problems. Conservative Political Centre. 1950.
66. Ventis WL. The relationships between religion and mental health. *J soc Issues.* 1995, 51(2), 33-48.
67. Wong-McDonald A, Gorsuch RL. Surrender to God: Na additional coping style? *J psychol theol.* 2000, 28(2), 149-161.
68. Ferriss AL. Religion and the quality of life. *J happiness stud.* 2002, 3(3), 199-215.
69. Hoffmann FS, Muller MC, Rubin R. A mulher com câncer de mama: apoio social e espiritualidade. *Mudanças.* 2006, 14(2), 143-150.
70. Balboni TA, Vanderwerker LC, Block SD, Paulk ME, Lathan CS, Peteet JR, Prigerson HG. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *J clin oncol: oficial journal of the American Society of Clinical Oncology.* 2007, 25(5), 555.
71. Howsepian BA, Merluzzi TV. Religious beliefs, social support, self-efficacy and adjustment to cancer. *Psycho-Oncology.* 2009, 18, 1069-1079.
72. LaPierre LL. A model for describing spirituality. *Jounal Religion and Health.* 1994, 33, 153-161.
73. Vidor AC, Fisher PD, Bordin R. Utilização dos sistemas de informação em saúde em municípios gaúchos de pequeno porte. *Rev Saúde Pública.* 2011, 45, 24-30.
74. Costa DS. Espiritualidade: Um recurso importante na terapêutica do paciente oncológico. 2010.
75. Hoffman C, Rice D, Sung HY. Persons with chronic conditions: their prevalence and costs. *Jama.* 1996, 276(18), 1473-1479.
76. Pargament KI, Smith BW, Koenig HG, Perez L. Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion.* 1998, 18, 710-724.
77. Nielsen HS. Discrimination and detailed decomposition in a logit model. *Economics Letters.* 1998, 61(1), 115-120.
78. Pargament JI, Hahn J. God and the just world: Causal and coping attributions to God in health situations. *Journal for the scientific study of religion.* 1986, 193-207.

79. Koenig HG, Larson DB, Larson SS. Religion and coping with serious medical illness. *Ann pharmacother.* 2001, 35, 352-359.
80. Siegel K, Anderman SJ, Schrimshaw EW. Religion and coping with health-related stress. *Psychol health.* 2001, 16(6), 631-653.
81. Geertz C. Deep play: notes on the Balinese cockfight. *The interpretation of cultures. Selected Essays.* 1973, 412-453.
82. Speck P, Higginson I, Addington-Hall J. Spiritual needs in health care. 2004.
83. Folkman S, Moskowitz JT. Coping: Pitfalls and promise. *Annu ver psychol.* 2004, 55, 745-774.
84. Folkman S, Lazarus RS. Na analysis of coping um a Middle-aged Community sample. *J health soc behav.* 1980, 21, 219-239.
85. 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.
86. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. Springer publishing company. 1984.
87. Campbell-Sills L, Cohan SL, Stein MB. Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behav res ther.* 2006, 44(4), 585-599.
88. Endler NS. Stress, Anxiety and coping: the multidimensional interaction model. *Canadian Psychol/Psychologie canadienne.* 1997, 38(3), 136.
89. Costa PT, McCrae RR. Infleunce of extraversion and neuroticismo n subjective well-being: happy and unhappy people. *J pers soc psychol.* 1980, 38(4), 668.
90. Clark KK, Bormann CA, Cropanzano RS, James K. Validation evidence for three coping measures. *J personal assess.* 1995, 65(3), 434-455.
91. Coelho R, Amorim I, Prata J. Coping styles and quality of life in patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Psychosomatics.* 2003, 44(4), 312-318.
92. Leão AM, Gomes IP, Ferreira MJM, Cavalcanti LPG. Prevalência e Fatores Associados à Depressão e Ansiedade entre Estudantes Universitários da Área da Saúde de um Grande Centro Urbano do Nordeste do Brasil. *Rev bras educ méd.* 2018, 42(4).
93. Leite FMC, Amorim MHC, Castro DS, Primo CC. Estratégias de enfrentamento e relação com condições sociodemográficas de mulheres com câncer de mama. *Acta Paul Enferm.* 2012, 25(2), 211-217.
94. Gruen RJ, Folkman S, Lazarus RS. Centrality and individual differences in the meaning of dally hassles. *J personal.* 1988, 56(4), 743-762.
95. Endler NS, Parker JDA. Coping Inventory for Stressful Situations (CISS). Manual Second Edition. 1999.
96. Vitalino PP, Russo J, Carr JE, Maiuro RD, Becker J. The Ways of Coping Checklist: Revision and psychometric properties. *Multivar behav res.* 1985, 20, 3-26.
97. Gimenes MGG, Queiroz B. As diferentes fases de enfrentamento durante o primeiro ano após a mastectomia. *A mulher e o câncer.* 1997, 171-195.
98. Zanini DS, Forns M. O conceito de risco e proteção à saúde mental e sua relação com a teoria de coping. *2005, 32(1), 69-80.*
99. Paula Júnior WD, Zanini DS. Estratégias de coping de pacientes oncológicos em tratamento radioterápico. *Psicol teor pesqui.* 2011, 27(4), 491-497.
100. Aquino VV, Zago MMF. O significado das crenças religiosas para um grupo de pacientes oncológicos em reabilitação. *Rev latinoam enferm.* 2007, 15(1), 42-47.
101. Carvalho MMMJ. Introdução à psiconcologia; Livro Pleno. 2003.
102. Prada AA. Manual de psiconcologia. Javegraf; 2006.