

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

JULIANA BENEVENUTO REIS

Suporte social, saúde e uso de álcool e tabaco em pessoas com câncer

Ribeirão Preto
2024

JULIANA BENEVENUTO REIS

Suporte social, saúde e uso de álcool e tabaco em pessoas com câncer

Versão Original

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de pesquisa: Uso e Abuso de Álcool e Drogas

Orientador: Sandra Cristina Pillon

Ribeirão Preto
2024

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

REIS, Juliana Benevenuto

 Suporte social, saúde e uso de álcool e tabaco em pessoas com câncer. Ribeirão Preto, 2024.

 193 p. : il. ; 30 cm

 Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.
 Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

 Orientadora: Sandra Cristina Pillon

1. Câncer. 2. Apoio Social. 3. Saúde Mental. 4. Bebidas Alcoólicas. 5. Tabaco.

REIS, Juliana Benevenuto

Suporte social, saúde e uso de álcool e tabaco em pessoas com câncer

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em/...../.....

Presidente

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

Dedico a Deus, que me sustentou neste caminhar. Houve dias muito difíceis e Ele esteve comigo!

EPIGRAFE

“Não há erros nos planos de Deus.”

Alex Cardoso

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais e toda ancestralidade, que através da chama da vida me permitiram estar aqui nesse plano terreno, buscando a cada dia uma vida com alma, alegria e sentido. **Ao meu pai Osvaldo** (*in memorian*), tenho certeza de que se estivesse aqui entre nós, me enalteceria por essa realização. Corriqueiramente ele demonstrava orgulho de mim, e não economizava palavras para exaltar minhas conquistas. **À minha mãe Anna**, que sempre acreditou nos meus projetos de vida, e conseqüentemente, na realização deste sonho que agora tornar-se uma realidade.

Ao meu filho Arthur, que foi uma companhia excepcional; esteve conectado e muito disponível para permanecer junto durante a jornada. Essa trajetória ao seu lado proporcionou memórias muito especiais!

Às minhas irmãs e irmãos: Janaína, Jaqueline (*in memorian*), Osvaldo Júnior (*in memorian*), Ana Carina e o anjinho que Deus recolheu para Ele.

A toda minha família e amigos, que se fizeram presentes em minha vida durante esse percurso, e que exigiu ausências, renúncias e sacrifícios.

Ao Doutorado Interinstitucional (DINTER) fruto da parceria entre a Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT) e o Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).

À minha orientadora, Profa. Dra. Sandra Cristina Pillon, pelos aprendizados, oportunidades e por me conduzir nesse processo de doutoramento. Obrigada!

À Profa. Dra. Natália Jora Pegoraro, por todo o suporte e vivência das atividades presenciais na EERP-USP.

Aos docentes da banca examinadora, por aceitarem o convite, pelas sugestões e trocas.

Aos colegas de trabalho na UNEMAT e do DINTER, pelo compartilhar de experiências e pela parceria direta e indiretamente construída.

Aos membros do Grupo de Pesquisa Vigilância do Câncer em Mato Grosso (VIGICAN), especialmente à querida profa Noemi Dreyer Galvão. Grupo este vinculado ao Curso de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), pela autorização do estudo.

Aos membros do Grupo de Pesquisa Estudos sobre Álcool e outras Drogas – (GRUPAD) da EERP-USP, pela parceria, amizade e construções.

Aos pacientes com câncer que integraram a pesquisa, pelas experiências compartilhadas.

Agradecimento pelo apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Para além dos meus mais ardentes sonhos, sou grata!

RESUMO

REIS, J. B. **Suporte social, saúde e uso de álcool e tabaco em pessoas com câncer**. 193 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2024.

Introdução: O câncer é um problema de saúde coletiva, os índices são crescentes nos últimos anos, sendo que muitos podem estar relacionados a fatores relacionados a estilos de vida, como o uso de álcool e/ou tabaco. O suporte social é uma ferramenta importante que visa fornecer recursos e conforto durante períodos de necessidade ou dificuldade, incluindo pessoas com câncer, amenizando as dificuldades e sofrimento psíquico e favorecendo mudanças de comportamentos, contribuindo para um sentido mais profundo de pertencimento e bem estar. O presente estudo faz parte de um projeto matricial intitulado “Câncer e seus fatores associados: análise de registro de base populacional e hospitalar de Cuiabá-MT”, realizado com uma amostra de 1.012 pessoas adoecidas pelo câncer em tratamento. **Objetivo:** Avaliar o suporte social, o uso de tabaco e álcool e os fatores relacionados em indivíduos com câncer em tratamento. **Método:** Três estudos independentes compõem esta tese, sendo um estudo de revisão integrativa da literatura que avaliou o conhecimento sobre o suporte social a pacientes com câncer em uso pregresso ou atual de álcool e/ou tabaco. De 3.010 documentos identificados, 14 estudos estavam relacionados ao tema, nas principais bases de dados. Os dois outros estudos, são do tipo transversal, da abordagem quantitativa. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas e informações de registro de prontuários, no período de novembro de 2019 a julho de 2021. Informações Sociodemográficas, condições de saúde, informações sobre o câncer, *The Medical Outcomes Study Social Support Survey*, *Patient Health Questionnaire-2* (PHQ-2), uso de tabaco, álcool e álcool no padrão *binge* os quais foram utilizados nos estudos 2 e 3. O estudo dois, avaliou os níveis extremos de suporte social (alto e baixo), os aspectos sociodemográficos, condições de saúde, uso de álcool e tabaco de 765 pacientes em tratamento para câncer. O estudo três, avaliar a relação entre envelhecimento, suporte social, depressão, comportamentos de saúde em relação ao sexo, entre 711 pacientes oncológicos com mais de 50 anos. Na análise estatística de ambos os estudos foram utilizados os testes de qui-quadrado e o teste para duas proporções. **Resultados:** No estudo de revisão integrativa, as evidências destacaram que o suporte social recebido por essa população foi predominantemente do tipo emocional, informacional, familiar, material e o religioso. No estudo dois, os pacientes com suporte social elevado apresentaram melhores condições de saúde física e mental, enquanto aqueles que tinham uma rede social menor e sem religião apresentaram baixos níveis de suporte social e sintomas depressivos, pensamentos suicidas, doenças respiratórias e metástase. E o estudo três mostrou que os pacientes do sexo masculino com câncer se diferenciaram em termos de idade (>60 anos), de raça/cor não branca, estado civil (casado/união consensual), baixa escolaridade, renda média, religião, piores condições de qualidade de saúde, níveis mais severos no desfecho do câncer, maior número de tratamento. Depressão e uso de álcool, não se diferenciaram na amostra. Todavia, destaca-se maior prevalência de tabagismo (atual e ex-fumante) entre o sexo masculino, assim como o beber no padrão *binge*. Além disso, os homens apresentaram melhores níveis de suporte social em todas as suas dimensões, diferentemente do sexo feminino. **Conclusão:** Os resultados mostram a importância do suporte social, cuidados e ações de forma integrada para a manutenção da saúde física e mental de pessoas com câncer. A interação entre esses fatores em pessoas com câncer tem sua relevância nas relações interpessoais para o enfrentamento da doença e são necessárias para a promoção do bem-estar e a qualidade de vida durante o tratamento e a recuperação.

Palavras-chave: Câncer; Apoio Social; Saúde Mental; Bebidas alcoólicas; Tabaco.

ABSTRACT

REIS, J. B. **Social support, health and alcohol and tobacco use in people with cancer**. 193 p. Thesis (Doctorate) – Ribeirão Preto School of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2024.

Introduction: Cancer is a public health problem, rates have been increasing in recent years, many of which may be related to lifestyle factors, such as the use of alcohol and/or tobacco. Social support is an important tool that aims to provide resources and comfort during times of need or difficulty, including people with cancer, alleviating difficulties and psychological suffering and encouraging behavioral changes, contributing to a deeper sense of belonging and well-being. The present study is part of a matrix project entitled “Cancer and its associated factors: analysis of population and hospital records in Cuiabá-MT”, carried out with a sample of 1,012 people suffering from cancer undergoing treatment. **Objective:** To evaluate social support, tobacco and alcohol use and related factors in individuals with cancer undergoing treatment. **Method:** Three independent studies make up this thesis, an integrative literature review study that assessed knowledge about social support for cancer patients with previous or current use of alcohol and/or tobacco. Of 3,010 documents identified, 14 studies were related to the topic, in the main databases. The two other studies are cross-sectional, with a quantitative approach. Data collection took place through interviews and information from medical records, from November 2019 to July 2021. Sociodemographic information, health conditions, information about cancer, The Medical Outcomes Study Social Support Survey, Patient Health Questionnaire -2 (PHQ-2), use of tobacco, alcohol and alcohol in the binge pattern, which were used in studies 2 and 3. Study two assessed extreme levels of social support (high and low), sociodemographic aspects, conditions health status, alcohol and tobacco use of 765 patients undergoing cancer treatment. Study three will evaluate the relationship between aging, social support, depression, health behaviors in relation to sex, among 711 cancer patients over 50 years of age. In the statistical analysis of both studies, the chi-square test and the test for two proportions were used. **Results:** In the integrative review study, the evidence highlighted that the social support received by this population was predominantly emotional, informational, family, material and religious. In study two, patients with high social support had better physical and mental health conditions, while those who had a smaller social network and no religion had low levels of social support and depressive symptoms, suicidal thoughts, respiratory diseases and metastasis. And study three showed that male cancer patients differed in terms of age (> 60 years), non-white race/color, marital status (married/consensual union), low education, average income, religion, worse health quality conditions, more severe levels of cancer outcome, greater number of treatments. Depression and alcohol use did not differ in the sample. However, there is a higher prevalence of smoking (current and former smokers) among males, as well as binge drinking. Furthermore, men had better levels of social support in all its dimensions, unlike women. **Conclusion:** The results show the importance of social support, care and actions in an integrated way to maintain the physical and mental health of people with cancer. The interaction between these factors in people with cancer is relevant in interpersonal relationships to cope with the disease and is necessary to promote well-being and quality of life during treatment and recovery.

Keywords: Cancer; Social Support; Mental Health; Alcoholic Beverages; Tobacco.

RESUMEN

REIS, J. B. **Apoyo social, salud y consumo de alcohol y tabaco en personas con cáncer**. 193 f. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2024.

Introducción: El cáncer es un problema de salud pública, sus tasas han ido aumentando en los últimos años, muchas de las cuales pueden estar relacionadas con factores del estilo de vida, como el consumo de alcohol y/o tabaco. El apoyo social es una herramienta importante que tiene como objetivo proporcionar recursos y consuelo en momentos de necesidad o dificultad, incluidas las personas con cáncer, aliviando las dificultades y el sufrimiento psicológico y fomentando cambios de comportamiento, contribuyendo a un sentido más profundo de pertenencia y bienestar. El presente estudio forma parte de un proyecto matricial titulado “El cáncer y sus factores asociados: análisis de registros poblacionales y hospitalarios en Cuiabá-MT”, realizado con una muestra de 1.012 personas enfermas de cáncer en tratamiento. **Objetivo:** Evaluar el apoyo social, el consumo de tabaco y alcohol y factores relacionados en individuos con cáncer en tratamiento. **Método:** Tres estudios independientes conforman esta tesis, un estudio de revisión integradora de la literatura que evaluó el conocimiento sobre el apoyo social a pacientes con cáncer con uso previo o actual de alcohol y/o tabaco. De 3.010 documentos identificados, 14 estudios estaban relacionados con el tema, en las principales bases de datos. Los otros dos estudios son transversales, con un enfoque cuantitativo. La recolección de datos se realizó a través de entrevistas e información de historias clínicas, de noviembre de 2019 a julio de 2021. Información sociodemográfica, condiciones de salud, información sobre cáncer, The Medical Outcomes Study Social Support Survey, Patient Health Questionnaire -2 (PHQ-2), uso de tabaco, alcohol y alcohol en el patrón de atracones, que fueron utilizados en los estudios 2 y 3. El estudio dos evaluó niveles extremos de apoyo social (alto y bajo), aspectos sociodemográficos, condiciones de salud, consumo de alcohol y tabaco de 765 pacientes en tratamiento contra el cáncer. El tercer estudio evaluará la relación entre envejecimiento, apoyo social, depresión, conductas de salud en relación al sexo, entre 711 pacientes con cáncer mayores de 50 años. En el análisis estadístico de ambos estudios se utilizó la prueba de chi-cuadrado y la prueba de dos proporciones. **Resultados:** En el estudio de revisión integrativa, la evidencia destacó que el apoyo social recibido por esta población fue predominantemente emocional, informativo, familiar, material y religioso. En el estudio dos, los pacientes con alto apoyo social tenían mejores condiciones de salud física y mental, mientras que aquellos que tenían una red social más pequeña y no tenían religión tenían niveles bajos de apoyo social y síntomas depresivos, pensamientos suicidas, enfermedades respiratorias y metástasis. Y el estudio tres mostró que los pacientes masculinos con cáncer diferían en términos de edad (> 60 años), raza/color no blanco, estado civil (casado/unión consensual), baja educación, ingreso promedio, religión, peores condiciones de calidad de salud, enfermedades más graves. niveles de resultado del cáncer, mayor número de tratamientos. La depresión y el consumo de alcohol no difirieron en la muestra. Sin embargo, existe una mayor prevalencia de tabaquismo (fumadores y exfumadores) entre los hombres, así como de consumo excesivo de alcohol. Además, los hombres tuvieron mejores niveles de apoyo social en todas sus dimensiones, a diferencia de las mujeres. **Conclusión:** Los resultados muestran la importancia del apoyo social, la atención y las acciones de manera integrada para mantener la salud física y mental de las personas con cáncer. La interacción entre estos factores en personas con cáncer es relevante en las relaciones interpersonales para afrontar la enfermedad y es necesaria para promover el bienestar y la calidad de vida durante el tratamiento y la recuperación.

Palabras clave: Cáncer; Apoyo social; Salud mental; Bebidas alcohólicas; Tabaco.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMS	Assembleia Mundial de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APVP	Anos Potenciais De Vida Perdidos
ARG	<i>Alcohol Research Group</i>
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CCP	Câncer de Cabeça e Pescoço
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID-11	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CINAHL	<i>Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DALYs	<i>Disability Adjusted Life Years</i>
DCNTs	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DEFs	<i>Dispositivos Eletrônicos Para Fumar</i>
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
GATS	<i>Global Adult Tobacco Survey</i>
GBD	<i>Global Burden of Disease</i>
HCan	Hospital de Câncer
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papilomavírus Humano
HSCIC	<i>Health and Social Care Information Centre</i>
HUJM	Hospital Universitário Júlio Muller
IARC	<i>International Agency for Research on Cancer</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INCA	Instituto Nacional do Câncer
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LNUD	Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas

MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
MOS-SSS	<i>The Medical Outcomes Study Social Support Survey</i>
NIAAA	<i>National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism</i>
NNK	Nitrosamina Cetona Derivada de Nicotina
NNN	N-Nitrosomonocotina
ODK	<i>Open Data Kit</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OSF	<i>Open Science Framework</i>
PAHO	<i>Pan American Health Organization</i>
PAHs	Hidrocarbonetos Aromáticos Policíclicos
PHQ	<i>Patient Health Questionnaire</i>
PICO	Paciente, Intervenção, Comparação e "Outcomes" (desfecho)
PNCT	Programa Nacional de Controle do Tabagismo
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
QSU	Questionário de Desejo de Fumar
RSPA	Repartição Sanitária Pan-Americana
SES-MT	Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SNC	Sistema Nervoso Central
SNP	Sistema Nervoso Periférico
SPSS	<i>Statistical Program of Social Science</i>
SS	Suporte Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNACON	Unidade de Alta Complexidade em Oncologia
UFMT	Universidade Federal do Mato Grosso
UNEMAT	Universidade do Estado de Mato Grosso
USP	Universidade de São Paulo
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
WHO	<i>World Health Organization</i>

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Forma da estrutura conceitual da CDSS.....	29
Figura 2 – Série temporal realizada entre os anos de 2006 a 2020, com queda de prevalência de tabagismo em adultos em números totais e por sexo.....	35
Estudo 1	
Figura 1 – Processo de Seleção dos Artigos.....	67
Figura 2 – Nuvem de palavras sobre os tipos de suporte social gerada no <i>software</i> NVivo baseada nos 14 artigos selecionados no estudo.....	75

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Classificação dos Agentes Ambientais.....	25
Quadro 2 - Apresentação dos tipos de apoio, itens e pontuações da Escala MOSS-SSS	57
Estudo 1	
Quadro 1 – Critérios de Seleção de acordo com a estratégia PICO.....	63
Quadro 2 – Estratégia de busca em bases de dados organizadas para a revisão integrativa.....	65
Quadro 3 – Síntese dos estudos incluídos na revisão integrativa, com informações sobre o título da pesquisa, objetivo(s) e principais resultados.....	69
Quadro 4 – Síntese dos estudos incluídos na revisão integrativa que abordam o Suporte Social em pessoas com câncer em uso de álcool e/ou tabaco.....	72

LISTA DE TABELAS

Estudo 2

Tabela 1 – Informações sociodemográficas e suporte social de pessoas com câncer em tratamento no estado de Mato Grosso, Brasil, 2021.....	92
Tabela 2 – Condições de saúde e suporte social em pessoas com câncer em tratamento no estado de Mato Grosso, Brasil, 2021.....	94
Tabela 3 – Uso de álcool ou tabaco e suporte social em pessoas com câncer em tratamento no estado de Mato Grosso, Brasil, 2021.....	96

Estudo 3

Tabela 1 – Informações sociodemográficas, segundo as pessoas com câncer em tratamento, no estado de Mato Grosso, Brasil, 2021.....	112
Tabela 2 – Condições de saúde e tratamento de pessoas com câncer em tratamento, no estado de Mato Grosso, Brasil, 2021.....	114
Tabela 3 – Informações sobre suporte social percebido em pessoas com câncer em tratamento, no estado de Mato Grosso, Brasil, 2021.....	115

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO.....	19
1	INTRODUÇÃO.....	24
1.1	PRESSUPOSTOS TEÓRICOS.....	24
1.2	DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, VULNERABILIDADES EM SAÚDE E O CÂNCER.....	26
1.3	A PROBLEMÁTICA DO CÂNCER.....	31
1.4	TABACO.....	33
1.5	TABACO E CÂNCER.....	37
1.6	ÁLCOOL.....	39
1.7	ÁLCOOL E CÂNCER.....	40
1.8	COMBINAÇÃO DE TABACO E ÁLCOOL PARA O DESENVOLVIMENTO DO CÂNCER.....	43
1.9	COMPREENDENDO O SUPORTE SOCIAL.....	44
1.10	O SUPORTE SOCIAL NO CONTEXTO DO CÂNCER.....	48
2	JUSTIFICATIVA.....	51
3	OBJETIVOS.....	52
3.1	OBJETIVO GERAL.....	52
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	52
4	MÉTODO.....	53
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	53
4.2	ASPECTOS ÉTICOS.....	53
4.3	LOCAL DO ESTUDO.....	53
4.4	CÁLCULO AMOSTRAL.....	55
4.4.1	Amostra.....	55
4.5	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	55
4.6	INSTRUMENTOS.....	55
4.7	PERÍODO.....	58
4.8	PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	58
5	RESULTADOS.....	60
	ESTUDO 1 – SUPORTE SOCIAL, USO DE ÁLCOOL E TABACO EM PESSOAS COM CÂNCER: REVISÃO INTEGRATIVA.....	60
	RESUMO.....	60
1	INTRODUÇÃO.....	60
2	MÉTODO.....	62
3	RESULTADOS.....	66
4	DISCUSSÃO.....	75
5	CONCLUSÃO.....	83
	ESTUDO 2 - CONDIÇÕES DE SAÚDE, CONSUMO DE ÁLCOOL E TABACO EM PACIENTES EM TRATAMENTO PARA CÂNCER COM SUPORTE SOCIAL ALTO E BAIXO.....	85
	RESUMO.....	85
1	INTRODUÇÃO.....	85
2	MÉTODO.....	88
2.1	INSTRUMENTOS.....	88
2.2	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	90
2.3	ASPECTOS ÉTICOS.....	91
3	RESULTADOS.....	91

3.1	CONDIÇÕES DE SAÚDE E TRATAMENTO DO CÂNCER.....	93
3.2	USO DE TABACO E ÁLCOOL.....	95
4	DISCUSSÃO.....	96
4.1	USO DE ÁLCOOL, USO EM <i>BINGE</i> E USO DO TABACO.....	100
4.2	LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	103
5	CONCLUSÃO.....	104
	ESTUDO 3 – COMPORTAMENTOS DE SAÚDE E FATORES ASSOCIADOS EM PACIENTES ONCOLÓGICOS COM MAIS DE 50 ANOS.....	106
	RESUMO.....	106
1	INTRODUÇÃO.....	106
2	MÉTODO.....	108
2.1	MEDIDAS.....	109
2.2	INSTRUMENTOS.....	109
2.3	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	111
2.4	ASPECTOS ÉTICOS.....	111
3	RESULTADOS.....	111
3.1	CONDIÇÕES DE SAÚDE E TRATAMENTO DO CÂNCER.....	113
3.2	USO DE TABACO E/OU ÁLCOOL.....	113
3.3	SUPORTE SOCIAL.....	114
4	DISCUSSÃO.....	115
4.1	USO DE ÁLCOOL E TABACO E CÂNCER.....	118
4.2	SUPORTE SOCIAL E CÂNCER.....	120
4.3	LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	121
5	CONCLUSÃO.....	122
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE.....	123
	REFERÊNCIAS.....	125
	ANEXOS.....	160
	ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP – Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso – SES – MT.....	160
	ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP – UFMT – Hospital Universitário Júlio Muller / Universidade.....	172
	APÊNDICE.....	177
	APÊNDICE A – Questionário de Coleta de Dados.....	177

APRESENTAÇÃO

PERCURSO DA PESQUISADORA E APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA DE ESTUDO

Este estudo está inserido na linha de pesquisa de Uso e Abuso de Álcool e Drogas do Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). A presente Tese está composta por três estudos independentes, referentes às prevalências do tabagismo, uso de álcool, depressão, suporte social e os fatores relacionados em indivíduos com câncer em tratamento no estado de Mato Grosso, Brasil. Além disso, foi elaborada uma revisão integrativa da literatura sobre o apoio social em pessoas com câncer e uso de álcool e/ou tabaco.

Para compreensão do que me motivou à escolha do tema, irei apresentar os caminhos trilhados que me conduziram à temática da oncologia e os fatores associados, sendo que ocorreram entre as motivações pessoais, fortemente entrelaçados ao meu percurso profissional. Nessa perspectiva, pude vivenciar inúmeras experiências assistenciais junto às pessoas adoecidas por câncer e seus familiares/cuidadores, quando trabalhei como enfermeira assistencial por um período de nove anos, no Centro de Oncologia da Universidade Júlio Mesquita Filho (UNESP) na cidade de Araçatuba em São Paulo.

Nesse período, pude perceber que a assistência realizada a esses pacientes e familiares estava consolidada nos cuidados clínicos, cirúrgicos e cuidados paliativos; ou ainda, nas situações de pré e pós-operatório, com um olhar de compaixão, com prioritário para o bem-estar físico. Todavia, tornava-se mais um procedimento sedimentado nas modalidades terapêuticas medicamentosas como a radioterapia, quimioterapia e a cirurgia oncológica. No entanto, ao longo do meu itinerário de cuidado, havia uma necessidade trazida pelo adoecimento por câncer, que remetia ao cuidado mais humano que ia além dos cuidados rotineiros, com a necessidade de se ampliar para aos aspectos mentais e o bem-estar emocional advindo da saúde mental.

Dentre as minhas atividades assistenciais como enfermeira que cuidava diretamente da pessoa adoecida pelo câncer, vivenciei fatos que me deixaram profundamente incomodada, com muitas indagações e insatisfações em relação às elevadas demandas clínicas. Portanto, observei, cada vez mais, a escassez de profissionais e o insuficiente preparo emocional para conceder um atendimento psicológico aos pacientes e seus familiares. Tal preparo é extremamente necessário para a assistência dessas pessoas que convivem com as mutilações

ocasionadas tanto pela doença, quanto pelos procedimentos cirúrgicos realizados. Apesar de ser especialista na área e me munir cada vez mais do conhecimento científico e de habilidades cognitivas e relacionais, era cada vez mais nítido a pouca ênfase dada ao preparo emocional/psicológico constituída por muitos aspectos mecânicos na prática cotidiana.

Nesse sentido, as lembranças me trazem as vivências assistenciais de pacientes com câncer que necessitavam de procedimentos cirúrgicos, principalmente os casos com níveis de estadiamento mais avançado da doença, como por exemplo, câncer de cabeça e pescoço. Após o procedimento cirúrgico com esvaziamento cervical, procedimento este muito mutilador, nada conservador, como por exemplo, laringectomia total onde a pessoa submetida perde a capacidade de emitir voz laríngea, faz-se necessário o tratamento para a reabilitação da comunicação através de outros meios, sem contar os outros transtornos causados pela cirurgia.

Muitas vezes acompanhei pessoas em estado grave e afetadas emocionalmente por sofrerem mutilações em seus corpos, mas que não estavam preparadas para tamanhas mudanças. Além disso, presenciei pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, e posteriormente, inconformados com a sua situação (fase de negação) e agressivos, gritavam e desejavam “se vingar” do cirurgião que o mutilou retirando a sua “voz”, tendo em vista que não foi orientado e esclarecido como seria viver depois da cirurgia sem a voz.

Também vivenciei muitos outros episódios, em que a equipe médica planejou o ato cirúrgico de pessoas com câncer sem considerar a sobrevida do paciente e de sua família após a cirurgia. Como em outro caso, que o paciente necessitou um procedimento de glossectomia total, ou seja, a retirada total da língua e assoalho da boca. Nesse caso, a família se mostrou surpresa com tamanha dificuldade de cuidados no pós-operatório, sem acompanhamento de uma profissional fonoaudióloga que pudesse orientar e conduzi-los à reabilitação; e ainda, com imensa dificuldade emocional por desconhecer as mudanças advindas do tratamento cirúrgico.

Lembro-me ainda de outros fatos, ou seja, outras tristes histórias de vidas que me marcaram e que retratam ainda mais profundamente o despreparo, ou talvez a falta de planejamento por parte dos coordenadores da equipe, por não reconhecerem o enfermeiro como potencial profissional para exercer tal papel, na relação profissional-paciente de modo a ofertar o cuidado qualificado e mais humano. Ocorreu que, em uma reunião em que se discutia a solicitação de vagas para profissionais para compor o quadro multiprofissional da equipe, percebi que não havia muita preocupação para que esse profissional tivesse habilidades nos cuidados na área da saúde mental para atender às necessidades desses pacientes. Tampouco a equipe que gerenciava o serviço, assim como o próprio corpo médico elegeu como profissionais imprescindíveis, o fisioterapeuta e o fonoaudiólogo, o que mais uma vez reforçaria o

atendimento apenas clínico e de reabilitação física. O acompanhamento psicológico já estava muito aquém de uma assistência e as pessoas mostravam imensurável sofrimento emocional.

Destaco ainda que no pré-operatório mediato (72 horas que antecedem o ato cirúrgico), não havia um profissional para realizar orientações ou preparar com suporte psicológico o paciente para a cirurgia, e tampouco as orientações quanto à cessação do uso de bebidas alcoólicas, tabaco ou outras substâncias psicoativas. Vale ressaltar que inúmeros pacientes oncológicos eram tabagistas e/ou etilistas e internavam no hospital no dia da cirurgia, portanto não eram acompanhados previamente à cirurgia para a cessação do uso dessas substâncias supracitadas, o que provocava crises de abstinência no pós-operatório mediato (entre 24 horas e 7 dias após o ato cirúrgico).

Sendo que diante de quadros de inquietação e agressividade, a sedação era necessária, quase que como uma regra, uma vez que esses pacientes eram considerados “difíceis” para serem manejados, quando apresentavam crise de abstinência.

Frente a essas motivações — outros caminhos foram se abrindo, assim — busquei me aprimorar ainda mais profissionalmente, por meio da formação *lato sensu* no curso de Especialização em Enfermagem Oncológica no Hospital do Câncer de Barretos: Hospital de amor, também no Estado de São Paulo.

Posteriormente, busquei novas experiências pessoais e profissionais no estado de Mato Grosso (MT), onde trabalhei por longos anos como enfermeira assistencial em um hospital privado na cidade de Cuiabá. Concomitantemente a essas atividades assistenciais, iniciei meus passos no mundo da pesquisa com um olhar mais cultural dos fenômenos no entorno da assistência, quando tive a oportunidade de participar do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Saúde e Cidadania (GPESC), da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), um grupo que possui tradição no desenvolvimento de pesquisas relacionadas ao cuidado na perspectiva da cultura, sob um olhar socioantropológico.

Nesse período, com minhas inquietações profissionais e cada vez mais inserida na assistência a pacientes oncológicos, houve a necessidade de investimentos na formação técnica científica, assim obtive a aprovação no curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFMT. Formação que veio aquilatar meus conhecimentos no campo da pesquisa, ou seja, no Hospital de Câncer (HCan) na cidade de Cuiabá, local em que desenvolvi o estudo sobre percepções dos profissionais de enfermagem em relação ao cuidado às pessoas com câncer de cabeça e pescoço, visando a assistência de enfermagem de forma humanizada, menos estigmatizada e com mais qualidade.

Em 2013 obtive a aprovação no processo seletivo para docente do ensino superior da Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT); iniciando em 2014 minha carreira acadêmica no campus da cidade de Tangará da Serra. Na docência, venho atendendo os pilares da universidade, entrelaçando as atividades de extensão, ensino e pesquisa. Nesse sentido, desde 2015 venho coordenando atividades de extensão da Liga Acadêmica de Enfermagem Oncológica da UNEMAT. Das atividades de pesquisa, em 2020 me vinculei como membro efetivo do Grupo de Pesquisa Vigilância de Câncer em Mato Grosso (VIGICAN) da UFMT, em Cuiabá. Trata-se de um grupo consolidado, que atua em Mato Grosso desde 1999, com atividades que visam a formação de recursos humanos e o desenvolvimento de pesquisas científicas na área de Registros de Câncer de Base Populacional e do Câncer e seus Fatores Associados.

As minhas experiências profissionais, somadas a toda formação acadêmica, conduziram-me ao ingresso no curso de Doutorado no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Assim, considero como uma possibilidade ímpar para a manutenção da minha formação, tendo em vista a integração das temáticas – oncologia e as questões da saúde mental, por meio do presente estudo, que foi desenvolvido em parceria com o grupo de pesquisa VIGICAN. Nessa direção, ampliaram-se as abordagens de análises que eram focadas principalmente na análise qualitativa e agora centradas em uma abordagem quantitativa.

Mediante as discussões no grupo VIGICAN e junto à coordenadora Profa. Noemi Dreyer Galvão, apresentei e discutimos minhas motivações pessoais/profissionais com o intuito de estreitar a nossa parceria e trabalhar nos dados que integram a pesquisa matricial “Câncer e seus fatores associados”, desenvolvida pelo Instituto de Saúde Coletiva da UFMT, em parceria com o Ministério Público do Trabalho 23ª Região e a Secretaria de Estado de Saúde (SES), desenvolvida de novembro de 2019 a julho de 2021.

Como parte do desmembramento dessa pesquisa surgiu a ideia de realizar o presente estudo de Doutorado, que teve por objetivo avaliar suporte social, tabagismo, uso de álcool e os fatores relacionados em 1.012 indivíduos com diagnóstico de câncer em tratamento nos hospitais de referência no estado de Mato Grosso.

A proposta de estudar essa temática foi apresentada à minha orientadora, que acolheu com extrema empatia e, desde então, temos trabalhado nas inúmeras possibilidades que a pesquisa poderá promover no sentido de aprendizado, colaboração científica e em especial com a comunidade que mais padece por essa doença.

Durante esses três anos e meio, tive a oportunidade de realizar uma revisão integrativa da literatura para melhor compreender o papel do apoio social na vida de pessoas adoecidas pelo câncer enquanto uma ferramenta psicossocial que pode promover a saúde mental. Também pude participar das ações do grupo de pesquisa sobre estudos de álcool e outras drogas com inúmeras oportunidades de aprendizado sob o tripé ensino, pesquisa e extensão; e dessa forma, embasando-me de conhecimento acerca da linha de pesquisa para produzir os estudos que avaliaram o apoio social, as condições de saúde, o uso de álcool e/ou tabaco e os fatores associados em pessoas com câncer no estado de Mato Grosso, como que serão apresentados nesta tese.

Dentre os meus mais ardentes sonhos, esteve imbricado o desejo de trilhar todas as etapas desse caminho iluminado e próspero rumo ao doutoramento, de modo que eu pude aprender e contribuir cada vez mais com as minhas escolhas no âmbito pessoal e profissional. Almejo que os resultados obtidos com os estudos consigam mostrar a importância da saúde mental e possibilitar melhores práticas de cuidado às pessoas com câncer em uso pregresso e atual de substâncias nocivas como o álcool e/ou tabaco. As recomendações para a prática clínica que foram produzidas por evidências serão compartilhadas e estão presentes nos estudos que compõem esta tese.

1 INTRODUÇÃO

1.1. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

Esta tese foi escrita sob a égide de estudos que mostram que pessoas com câncer em tratamento necessitam de suporte social para diagnóstico, tratamento, pós-tratamento e incorporação de hábitos de vida, além de fatores subjetivos como esperança e resiliência para viver. Nesse sentido, evidências apontam que mesmo em tratamento, os pacientes podem adotar ou permanecer com hábitos de consumo de álcool e/ou tabaco, ambos prejudiciais no contexto de suas vidas (Choi; Park; Noh, 2024; Rodriguez-Gonzalez; Ramos-Monserrat; Arriba, Fernandez, 2023).

Em termos epidemiológicos, destaca-se o crescente número de casos de câncer no mundo nas últimas décadas. São esperados 35 milhões de novos casos em 2050, um aumento de 77% em relação ao que foi registrado em 2022, cerca de 20 milhões de casos; e, aproximadamente, 10 milhões de óbitos por essa doença (WHO, 2024). Em 2018, uma em cada seis mortes no mundo foi relacionada ao câncer (PAHO, 2021). Nas Américas, estima-se que ocorrerá cerca de 2,1 milhões de mortes pela patologia até o ano de 2030 (PAHO, 2020a). Para o Brasil, há uma previsão de 704 mil casos novos de câncer por ano para o triênio 2023-2025 (INCA, 2022a), com cerca de 260.000 de mortes pelo câncer no país (Ferlay *et al.*, 2020). Internamente, na região do Centro-Oeste brasileiro, em 2020, a estimativa foi de 47.640 novos casos da doença, e destes, 8.120 ocorreram no estado de Mato Grosso (INCA, 2019).

Pelo exposto, evidencia-se um crescente número de casos e de mortalidade por câncer, pode-se pensar que este incremento pode estar associado a adoção de novos estilos de vida e trabalho adotados pelas populações (Botteri *et al.*, 2024). Além disso, soma-se a isso a atual política social e de saúde que não investe em processos de promoção e educação em saúde, que, teoricamente, deveriam estimular e/ou reforçar os fatores de proteção, prevenção e promoção de saúde com o intuito de reduzir o número de casos de forma mais efetiva (Espina *et al.*, 2024).

Supõem-se ainda que, mesmo com todos os investimentos em informações e tecnologias contemporâneas, as pessoas adotam comportamentos estimulados pela divulgação midiática, no meio digital, cultural, social e política que as expõem a situações de vulnerabilidade ou risco. Os quais fornecem meios para reflexões sobre potenciais transformações nos paradigmas de vida, trabalho e sociedade. Indicando novas formas de exposição a fatores de risco, além de apontar para possíveis alterações nas escolhas individuais e coletivas (Espinosa-Salas; Gonzalez-Arias,

2023).

Em termos biológicos, o câncer tem sido uma expressão para denominar mais de 100 diferentes tipos de neoplasias malignas, cuja principal característica é o crescimento desordenado de células com possibilidade de invadir tecidos vizinhos ou órgãos distantes (INCA, 2020). O surgimento do câncer é a soma da interação entre fatores genéticos (herdado ou não) e ambientais (agentes externos) (WHO, 2021b). Cerca de 90-95%, dos fatores de risco que favorecem a carcinogênese são agentes encontrados no meio em que vivemos, como produtos químicos, agentes físicos, ambiente ocupacional e relacionados ao estilo de vida, como por exemplo: consumo de tabaco, álcool, dieta não saudável, exposição a agrotóxicos e outros fatores (Barros *et al.*, 2021; Jurberg *et al.*, 2015; PAHO, 2021).

Dentre os agentes biológicos estão alguns microrganismos, que também aumentam consideravelmente o risco de desenvolvimento de alguns tipos de cânceres, como: bactéria *Helicobacter pylori*; alguns vírus: Papilomavírus Humano (HPV), vírus da Hepatite B e C, HIV e Epstein-Barr (Brasil, 2021a; Martel *et al.*, 2020; Plummer *et al.*, 2016; Souza; Otero; Silva, 2019; WHO, 2022a). Dos fatores considerados modificáveis, nota-se que uma parcela expressiva dos cânceres poderia ser evitada, como por exemplo, a cessação do tabagismo e/ou o uso de álcool, alimentação saudável, proteção solar e de radiação ionizante, prática de atividade física, sexo com proteção, bem como outros comportamentos. Ademais, deve-se ressaltar os prejuízos decorrentes do uso do tabaco e seus derivados, considerado o fator de risco mais atribuível ao desenvolvimento de todos os tipos de câncer, responsável por um terço do total deles (INCA, 2013).

No Quadro 1 está apresentada a classificação dos agentes ambientais (químicos, físicos e biológicos) relacionadas ao desenvolvimento do câncer em seres humanos, considerados como fatores de risco para o desenvolvimento da doença. Essa classificação foi elaborada pela *International Agency for Research on Cancer* (IARC), vinculada à OMS, que desenvolve pesquisas sobre o câncer em diversos países (IARC, 2023a; WHO, 2022a).

Quadro 1 – Classificação dos Agentes Ambientais

(continua)

AGENTES AMBIENTAIS	CARACTERÍSTICAS
Grupo 1	Cancerígenos a humanos;
Grupo 2A	Provavelmente cancerígenos a humanos;
Grupo 2B	Possivelmente cancerígenos a humanos. Há evidências convincentes de que o agente ativo causa câncer em animais experimentais, mas pouca ou nenhuma informação sobre seu papel na geração de câncer em humanos;

Quadro 1 – Classificação dos Agentes Ambientais

(conclusão)

AGENTES AMBIENTAIS	CARACTERÍSTICAS
Grupo 3	Não carcinogênico para humanos ou não se encaixa em outro grupo;
Grupo 4	Não carcinogênico para humanos e animais.

Fonte: Adaptado da IARC, 2023a.

No presente estudo estão destacados os agentes como o álcool e o tabaco, oriundos da ingestão de bebidas alcoólicas, ato de fumar, inalação de fumaça derivada do cigarro (fumo passivo) e demais derivados do tabaco, classificados como agentes cancerígenos pertencentes ao grupo 1, ou seja, cancerígenos para humanos (IARC, 2023a).

Outros fatores de risco considerados para o desenvolvimento do câncer incluem questões biológicas e genéticas, como causas e predisposições genéticas. Além disso, fatores relacionados ao estilo de vida, como hábitos alimentares e práticas cotidianas, que desempenham um papel significativo, abrangendo elementos como sedentarismo, consumo de álcool, tabaco e outras substâncias (Pujol *et al.*, 2023; Yu *et al.*, 2024).

Também é fundamental considerar outras classificações que podem influenciar o desenvolvimento de casos de câncer relacionados ao ambiente e aos aspectos biológicos. Estas categorias abrangem uma esfera política, social, objetiva-subjetiva e humana, como os Determinantes Sociais da Saúde (DSS). Esses elementos adicionais são imprescindíveis para uma melhor compreensão dos fatores que contribuem para a incidência do câncer (Loehrer; Green; Winkfield, 2024), e serão detalhados a seguir.

1.2 DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, VULNERABILIDADES EM SAÚDE E O CÂNCER

Ao abordar os riscos associados ao desenvolvimento do câncer e aprofundar a compreensão desta problemática, é crucial explorar os conceitos relacionados a vulnerabilidade e DSS, que antecedem e moldam o risco de câncer em um indivíduo (Loehrer; Green; Winkfield, 2024). Neste estudo, os fatores delineados pela OMS são avaliados em uma perspectiva interseccional, evidenciando como as disparidades na saúde podem impactar diretamente a busca por equidade e justiça social. O foco está na melhoria das condições de vida, tratamento e resiliência da população, buscando um entendimento ampliado das dinâmicas que contribuem para o desenvolvimento do câncer (López; Gadsden, 2016; Wu; Wong, 2022).

A priori, apresenta-se o conceito proposto pela OMS (2008), que define os DSS como as condições em que as pessoas "nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem". Considerados assim, como os fatores sociais, econômicos e culturais moldados pela distribuição financeira, poder e recursos, por exemplo; além da raça, renda e educação. Tais elementos desempenham um papel importante no estado de saúde e na vida dos indivíduos, tanto nos países de alta e baixa renda, uma vez que, influenciam o acesso e os cuidados de saúde, a qualidade da educação, a empregabilidade, a distribuição da riqueza e de outros bens produzidos socialmente (Navarro, 2009; WHO, 2008).

A compreensão da saúde influenciada pelos DSS insere a responsabilidade da saúde e da equidade no âmbito das Políticas Públicas e da conjuntura social criada pelos meandros da política e como estrutura dos níveis de vida, distribuição de capital e assistência integral, equidade e universalidade. Os DSS, como a educação e o trabalho, impactam nos resultados de saúde por meio de diferentes mecanismos, mesmo que não há uma relação direta com a doença de uma pessoa, numa perspectiva biológica; todavia, há sua influência nos comportamentos relacionados à saúde, no acesso aos cuidados de saúde e nas exposições ambientais (WHO, 2008; Wise; Caiola; Nije, 2023; Wu; Wong, 2022).

Os impactos dos DSS podem ter início na infância e tem efeito acumulativo ao longo do ciclo vital do indivíduo. Deste modo, contribuem para as disparidades e iniquidades na saúde, fato exposto ao considerar as diferentes posições hierárquicas na sociedade e diversidades de acessos. A estabilidade econômica, a habitação e a segurança alimentar podem explicar uma parte significativa das disparidades na saúde. Portanto, é fundamental compreender o impacto dos DSS nos indivíduos e nas populações e abordá-los a fim de reduzir as iniquidades de saúde (Beatty; White, 2022; Gutlay *et al.* 2023).

Ainda nesse contexto, salienta-se que um dos conceitos que envolvem os DSS, é a vulnerabilidade. Considerando a origem etimológica da palavra, corresponde à suscetibilidade de ser ferido, individual ou coletivamente, precedendo a ideia e noção de risco. Logo, tem o poder de diferenciar indivíduos e riscos em todas as dimensões nas quais o ser humano vive e experiencia sua existência (Araújo; Rechmann, 2021; Beatty; White, 2022). Inere-se que, longe da ideia de rotulação social, a vulnerabilidade em DSS compreende um conjunto de condições que permitem a avaliação de proteção adicional, em contextos dinâmicos e mutáveis da pessoa adoecida e com câncer. Somando-se a isso, as características do adoecimento e as condições associadas à observância de políticas e ofertas de melhoria do bem-estar entre aqueles em situação de vulnerabilidade mais agravada (Araújo; Rechmann, 2021).

Estudo realizado com pessoas com câncer de pulmão, por exemplo, mostrou que a vulnerabilidade social causada pelos DSS em conjunto com as políticas e fatores endógenos e exógenos podem indicar maiores níveis de mortalidade em pacientes com piores estado de vulnerabilidade e de determinantes sociais da saúde mais precários ou inacessíveis. Isso indica a necessidade de intervenções para estes processos complexos, associados aos DSS e às vulnerabilidades em saúde (Beatty; White, 2022; Ibrahim *et al.*, 2023).

Nessa perspectiva, 80% dos DSS são responsáveis pelos resultados de saúde, o que contribuem para as disparidades e impactos negativos quanto ao processo de cuidar, assistir e reabilitar. Portanto, envolvem diretamente aspectos de suporte para a melhoria e qualidade de vida e bem estar. Outrossim, desconsiderar a redução das disparidades de saúde é perpetuar a iniquidade, minimizar os benefícios e o alcance da atenção à saúde (Brian *et al.*, 2024; Ibrahim *et al.*, 2023).

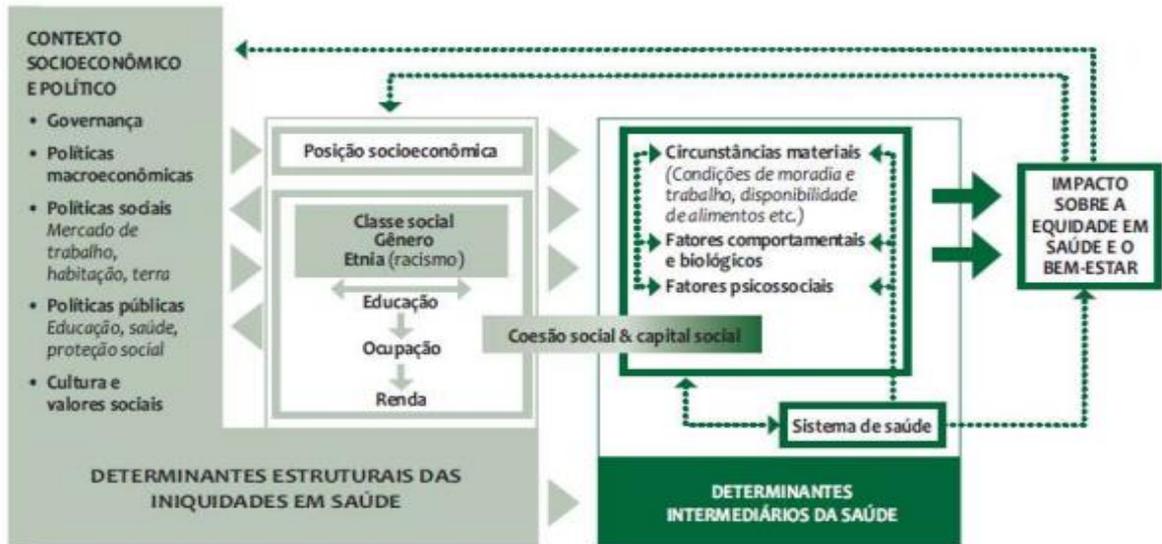
Considerar tal ponto possibilita se aproximar da ideia de que as necessidades sociais e de saúde são interdependentes e complementares; e que atingir os DSS pode ser uma forma de assistência programada, que, ao ajustar as disparidades na saúde, exigirá adoção de uma cultura de equidade, exercício da humildade cultural, consciências de preconceitos implícitos, promoção da saúde, construção da confiança e uso de recursos realmente relevantes (Brian *et al.*, 2024).

Outra consideração importante, refere-se à perspectiva de que os comportamentos relacionados ao uso de álcool, tabaco e outras drogas, além do próprio suporte social são subprodutos da ideia convergente de vulnerabilidade de determinantes sociais da saúde, que, se fossem trabalhadas no contexto da saúde pública, enquanto política e ações, conforme descrito previamente, poderiam evitar o agravamento de estados e a construção real dos riscos em saúde (Rodríguez-González; Ramos-Monserrat; Arriba-Fernández, 2023). Impactando nas iniquidades e desigualdades sociais, entende-se que os comportamentos durante e após o tratamento podem ser fortalecidos pela cultura dos DSS, inclusive a de suporte social e as intervenções necessárias para a assistência em saúde, como no caso de pessoas em tratamento para o câncer.

Logo, outros conceitos centrais são necessários e que servem de referência para a busca de elementos relacionados ao estilo de vida entre sobreviventes de câncer. Desse modo, utiliza-se os pressupostos e os conceitos do modelo de DSS, da Comissão de DSS da OMS, contemplando os componentes de contexto sociopolítico, de determinantes estruturais e estado socioeconômico (renda, educação, ocupação, classe social, gênero, raça/etnia, vínculos). Somado a esses, estão os determinantes intermediários (circunstâncias materiais; circunstâncias

socioambientais ou psicossociais; fatores comportamentais e biológicos e o sistema de saúde como DSS) (WHO, 2010), apresentados na Figura 1.

Figura 1 – Forma da estrutura conceitual da CDSS



Fonte: Solar; Irwin, 2010.

Esse modelo de DSS integra aspectos de teorias, como a do Poder Social, esclarecendo a dinâmica da estratificação social e aproximando-se do modelo mais atual de Diderichsen dos "Mecanismos de Desigualdade na Saúde" que estratificam os resultados de saúde (Solar; Irwin, 2010).

Neste modelo, os determinantes estruturais das iniquidades em saúde de uma sociedade implicam na estratificação social das pessoas, de acordo com sua posição socioeconômica e outros determinantes como: gênero, etnia, educação, ocupação e renda. As posições ocupadas na sociedade pelos indivíduos moldam os determinantes intermediários da saúde, concedendo ou privando-os do acesso aos serviços de saúde, o que, invariavelmente, impacta em sua saúde e bem-estar (Solar; Irwin, 2010).

Os determinantes estruturais das iniquidades em saúde são pontos-chaves para a elaboração das políticas de saúde e do planejamento. Por exemplo, as condições de trabalho, ambientes perigosos, longas jornadas e falta de benefícios contribuem para as iniquidades encontradas nos determinantes intermediários da saúde. Destaca-se que, o avanço tecnológico e as mudanças nos padrões de trabalho (formas de emprego, automação e trabalho remoto) não

apenas alteram a dinâmica do emprego, mas também influenciam a estabilidade econômica e o acesso aos sistemas de seguridade social (Compton; Shim, 2015).

Ainda no que concerne aos determinantes estruturais, tem-se as políticas públicas de educação, saúde e proteção social. Sabe-se que indivíduos com níveis educacionais mais elevados, geralmente, têm melhores resultados de saúde, maior capacidade de tomar decisões informadas e maior acesso às oportunidades econômicas. A cultura e os valores sociais são, geralmente, trabalhados na educação; ao passo que a percepção da saúde e as práticas de cuidado são influenciadas pelos fatores culturais. Portanto, é fundamental instruir questões que eliminem a discriminação com base na raça, etnia, gênero e orientação sexual entre outras diferenças sociais que alteram os determinantes intermediários. Em síntese, tem-se que as decisões políticas têm implicações diretas na saúde dos indivíduos e na comunidade (Compton; Shim, 2015).

A distribuição desigual de recursos, oportunidades e acesso a serviços de saúde, fatores comportamentais, psicossociais e biológicos contribuem para as diferenças marcantes na saúde, no bem estar e nos indicadores de saúde entre os diferentes grupos populacionais. Contudo, o acesso limitado a serviços de saúde de qualidade contribui para a persistência de problemas não tratados e agravados. Em relação às redes sociais e ao apoio comunitário, há um impacto positivo na saúde mental e física, e a falta de conexões sociais podem contribuir para o isolamento, vulnerabilizando a saúde dos indivíduos (Silvers; Peris, 2023).

Borde, Hernández-Álvarez e Porto (2015, p. 844) destacaram que os DSS, com ênfase à medicina e à saúde coletiva, assumem a importância de se estudar os efeitos da dimensão social na saúde e olhar para as iniquidades e desigualdades sistemáticas, evitáveis e injustas. Assim, os autores propõem que estes DSS sejam avaliados em um prisma estrutural e intermediário. Os determinantes estruturais foram descritos previamente nesta seção, cabendo agora uma definição mais aprofundada do intermediário, o qual se refere aos elementos categorizados em fatores comportamentais e biológicos, circunstâncias materiais (condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e moradia, entre outros) e fatores psicossociais.

Neste, ainda incluem o sistema de saúde e sua coesão social. Com isto, reconhecer as estruturas de vida e adoecimento das pessoas, as quais podem ser situações modificáveis, alterar desfechos de adoecimentos como câncer e até mesmo diminuir o surgimento de tais doenças, diferencia-se do risco em termos epidemiológicos, pois lidam com questões aparentemente subjetivas, que comportam a estrutura de vida e rede do ser humano e interferem no processo saúde e adoecimento (Rodriguez-Gonzalez; Ramos-Monserrat, Arriba-Fernandez, 2023).

Nesse sentido, a OMS ao definir determinantes sociais da saúde como “as circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, e os sistemas existentes para lidar com as doenças” (WHO, 2008), traz estes elementos que, se observados pela ótica social de adoecer e cuidar, tem-se a profunda noção de que as concepções biológicas isoladas não darão apenas respostas ao estados de câncer, e que as diferenças em determinantes sociais interferirão no estado e nos resultados de saúde, mudando o funcionamento de vida das pessoas (Alcaraz *et al.*, 2020).

Os DSS podem influenciar a equidade na saúde de forma positiva e negativa, enquanto incorporam o imprescindível à mínima qualidade de vida, como renda, educação, emprego e condições de vida no trabalho, acesso a serviços de saúde, além de outros fatores. Em certos contextos, tais determinantes podem ser considerados mais importantes para promover resultados positivos em saúde do que o próprio cuidado ou hábitos de vida (WHO, 2023).

Para mitigar os efeitos das vulnerabilidades sociais e os impactos dos DSS, a iniciativa política social de solucionar as iniquidades e ampliar acessos e condições de qualidade de vida à população, em todos os aspectos dispostos em termos a pensar em integralidade, parecem ser posições a serem pensadas e incorporadas para atingir melhores resultados em relação aos casos de câncer e todo o processo de adoecimento (Wilkinson, 2003). Assim, o cenário contemporâneo exige uma visão e resposta integrada que envolva diversos setores da sociedade. Faz-se relevante também abordar as interações entre os DSS para criar comunidades mais coesas e saudáveis. Nessa linha de pensamento, é essencial compreender as intersecções entre os DSS para desenvolver intervenções eficazes que abordem as causas subjacentes das iniquidades de saúde.

1.3 A PROBLEMÁTICA DO CÂNCER

As taxas de mortalidade pelo câncer têm sido elevadas e continua em evidente crescimento de forma global, o que causa grande impacto físico, psíquico e na economia do indivíduo adoecido, das famílias, na comunidade em que vive e nos sistemas de saúde (WHO, 2022a). Em países de baixa e média renda, os sistemas de saúde são menos preparados para o enfrentamento deste problema sanitário, com custos de aproximadamente um trilhão de dólares por ano (Stewart; Wild, 2014). Isso torna o câncer um problema de ordem social e favorece o aumento da desigualdade, pois afeta de maneira desproporcional os países mais pobres. Além disso, estes indivíduos estão mais expostos a fatores de riscos, como por exemplo, infecções

crônicas carcinogênicas causadas por microrganismos (*H. pylori*, HPV, Epstein-Barr, Hepatite B, C e HIV) (Martel *et al.*, 2020).

Os países em transição social e econômica, devido ao menor acesso aos serviços de saúde, conseguem contemplar apenas um pequeno número da sua população com o diagnóstico precoce e tratamento da doença. Muitas vezes, essas nações são desprovidas de registros de câncer de base populacional, tão primordial para a compreensão da doença, avaliação de intervenções para a prevenção e prognóstico da carga de câncer futuro de um país (Alkhalawi; Znaor; Al-Zahrani, 2022).

Uma outra característica de países de baixa e média renda é que uma grande parcela desses, é que não possuem sistemas de informação em saúde para registrar dados de incidência e mortalidade do câncer, além das deficiências para administrar as políticas voltadas para o controle do câncer (PAHO, 2020b). Em 2019, apenas um em cada três países do mundo apresentou dados epidemiológicos confiáveis de câncer (Wild; Weiderpass; Stewart 2020). Diferentemente desse cenário, boa parte dos países com melhor poder aquisitivo possuem registros de câncer de base populacional, o que permite aos pesquisadores compreenderem melhor a sobrevida, variáveis sociodemográficas como idade, sexo, estágio da doença, sítio anatômico do tumor, entre outras, e planejar estratégias para o rastreamento, detecção precoce e tratamento do câncer (Sung *et al.*, 2021). Um exemplo dessa diferença pode ser notado em pesquisas que mostram os elevados índices de câncer de cabeça e pescoço nos países de maior renda per capita, mas com taxas de mortalidade bem inferior quando comparadas aos países de baixa renda (Hashim *et al.*, 2019).

Para minimizar essa desigualdade, órgãos e entidades internacionais têm realizado ações em prol de mudar a carga global do câncer no mundo, especialmente em países de baixa e média renda. Uma delas foi a aprovação da resolução de prevenção e controle do câncer por meio de uma abordagem integrada “*Cancer Prevention and Control through an Integrated Approach - WHA70.12*” na Assembleia Mundial de Saúde (AMS) em 2017 (PAHO, [s.d.]; WHO, 2022a). Na ocasião, os governos e a OMS foram intimados a agilizarem ações em prol de alcançar os objetivos contidos no Plano de Ação Global para a Prevenção e Controle das Doenças Não Transmissíveis 2013-2020 e da Agenda 2030 das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável, a fim de reduzir em até um terço o número de mortes prematuras por câncer (WHA, 2017). A seguir, estão descritas as prioridades em saúde da Agenda 2030 da ONU (WHA, 2017):

Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar;

- a) Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades;
- b) Reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool;
- c) Fortalecer a implementação da convenção-quadro para o controle do tabaco em todos os países, conforme apropriado.

A OPAS tem trabalhado intensamente na Região das Américas desde 2013, para reduzir mortes precoces por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como o câncer, por meio do plano de ação em prol das melhorias na qualidade e acesso ao diagnóstico precoce de cânceres mais prevalentes nos países das Américas; otimizar serviços de radiologia; favorecer o alcance a medicamentos quimioterápicos essenciais, entre outros. Além disso, são propostas algumas estratégias para o alcance desses objetivos: promover a conscientização pública sobre alimentação saudável; atividade física e peso saudável; campanhas de imunização contra vírus carcinogênicos; rastreamento de lesões pré-cancerígenas; aumentar os impostos, restringir o acesso e alertar sobre os perigos do álcool e o uso prejudicial do tabaco (WHO, 2022a).

Além disso, inclui outros objetivos que se entrelaçam direta ou indiretamente a essa questão, como o reforço para investimentos na prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas e uso nocivo do álcool. Aumentar a formação do pessoal de saúde nos países em desenvolvimento, especialmente nos países menos desenvolvidos e reforçar a capacidade de todos os países, particularmente os países em desenvolvimento, para o alerta precoce, redução e manejo de riscos (WHA, 2017).

1.4 TABACO

O tabaco é uma planta (*Nicotiana tabacum*) da qual são extraídas as folhas usadas na preparação de diferentes produtos como: cigarro de papel e de palha, charuto, cachimbo, fumo de corda, cigarrilha, bidi, tabaco para narguilé, rapé, Dispositivos Eletrônicos para Fumar (DEFs), entre outros; e cujo princípio ativo é a nicotina, substância que causa dependência (Brasil, 2016).

O tabaco e seus derivados é um agente que está muito associado ao desenvolvimento do câncer, considerado o maior fator de risco evitável para a mortalidade por câncer e culminando no óbito por câncer de mais de oito milhões de pessoas a cada ano, além de outras doenças (WHO, 2022b). Nesse sentido, o tabagismo é uma doença crônica causada pela dependência

química da nicotina, que é uma substância dependógena, presente nos produtos oriundos do tabaco. Segundo a 11ª edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-11), além do acometimento físico, a pessoa que faz uso do tabaco também está sujeita a transtornos mentais e de comportamento por se tratar de uma substância psicoativa (WHO, 2022b).

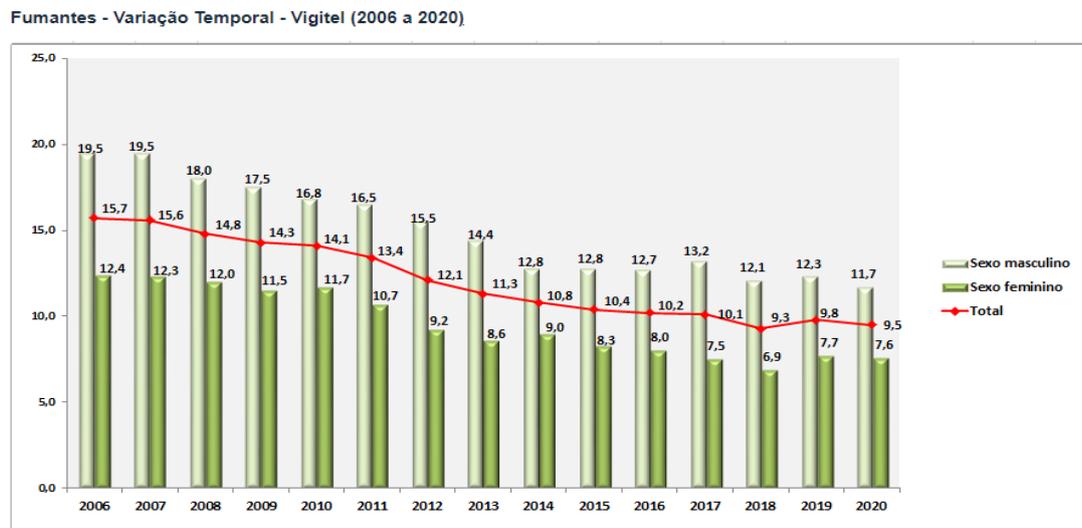
Estima-se uma prevalência mundial de 1,3 bilhão de pessoas no mundo que ainda usam produtos de tabaco; oito milhões delas morrem por ano devido ao uso, sendo que expressiva parcela dessa população, cerca de 80%, vivem em países de baixa e média renda, onde o adoecimento e morte atribuível ao tabaco é maior (WHO, 2022b).

Os males à saúde ocasionados pelo tabagismo foram evidenciados e reconhecidos em diversos países, apesar das evidências de danos, os fumantes possuem poucas informações ou não reconhecem os malefícios causados por essas substâncias. Uma minoria acredita que os produtos contidos no cigarro são as principais fontes de danos para a saúde (King *et al.*, 2023). Um estudo realizado pelo *Global Adult Tobacco Survey* (GATS) na China, em 2015, mostrou que apenas 26,6% dos adultos entrevistados sabiam que o tabaco poderia causar câncer de pulmão, doenças cardiovasculares e cerebrovasculares (PAHO, [s.d.]).

A prevalência mundial e a distribuição do uso de tabaco talvez estejam subestimadas. O número de fumantes tem declinado ao longo das últimas décadas no Brasil (IBGE, 2020b). O percentual de tabagistas no Brasil foi menor do que o registrado em 2013. Em relação ao número de ex-fumantes, no Brasil houve um aumento considerável de 17,5% (em 2013) para 26,6% (em 2019); mas infelizmente, a quantidade de pessoas que buscaram tratamento para cessação do tabagismo diminuiu de 51,1% para 46,6% dos entrevistados (IBGE, 2020a).

No Brasil, os dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), revelaram que o percentual total de pessoas fumantes com 18 anos ou mais foi de 9,5%, sendo 11,7% homens e 7,6% mulheres. A Figura 2 mostra os dados de uma série temporal realizada entre os anos de 2006 a 2020, com diminuição da prevalência de tabagismo entre adultos em números totais e por sexo (Brasil, 2020).

Figura 2 – Série temporal realizada entre os anos de 2006 a 2020, com queda de prevalência de tabagismo em adultos em números totais e por sexo.



Fonte: VIGITEL, 2006 a 2020.

Tendo em vista os níveis de prejuízos ocasionados pelo tabagismo, no Brasil os índices de tabagismo ainda são preocupantes. Neste país, cerca de 26,4 milhões (17,3%) da população entre 12 e 65 anos fumaram algum produto do tabaco no último ano (Bastos *et al.*, 2017). O cigarro industrializado foi o tipo mais prevalente (15,4%). Além disso, três milhões dos usuários (1,9%) faziam uso exclusivo de outros produtos de tabaco (exceto o cigarro industrializado). Entre os fumantes, 51 milhões fumaram nos últimos 30 dias. Destes, 33,5% haviam experimentado cigarros industrializados em algum momento de suas vidas, enquanto 20,8 milhões tinham fumado nos 30 dias anteriores à pesquisa. Foi observado predomínio de tabagismo entre os homens, 12 milhões (16,2%) comparado a 8,8 (11,2%) milhões de mulheres fumantes ativos. Esses dados mostram a magnitude do consumo de tabaco no Brasil e destacam a importância de estratégias eficazes de prevenção e controle do tabagismo (Bastos *et al.*, 2017).

Um dado importante deste levantamento nacional, refere-se ao nível de escolaridade associado inversamente ao uso de cigarros industrializados nos últimos 30 dias, de modo que quanto mais elevado o nível de escolaridade, menor foi o consumo do cigarro. E ainda, que aqueles sem instrução ou baixa escolaridade a prevalência foi mais do que o dobro, quando comparada aos que possuíam nível superior (21,0% versus 9,4%). Destaca-se ainda que, a Região Sul do Brasil apresentou maior prevalência de tabagismo nos últimos 30 dias (17,3%), se diferenciando da região Centro-Oeste, com o menor índice de tabagismo (14,4%) (Bastos *et al.*, 2017).

Dentre os fumantes ativos, 23,5% apresentaram grau de dependência da nicotina elevado ou muito elevado, representado por 4,9 milhões de brasileiros (ou 3,2% das pessoas com idade entre 12 a 65 anos). Na região Centro-Oeste do país, a prevalência foi ainda mais elevada (31,9%), mas quando comparada com números absolutos, a região Sudeste que se destaca com a concentração de pessoas com dependência de nicotina (Bastos *et al.*, 2017).

Em diversos países, a prevalência do tabagismo tem reduzido sensivelmente ao longo das últimas décadas, de 46% (1974) a 19% (2014). Além do mais, 70% da população reconhece que o tabagismo é uma das principais causas de câncer, quando comparado com 40% em meados da década de 1960 (National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health, 2012). Isso tem ocorrido graças aos investimentos em políticas públicas de controle do tabagismo como: taxaço dos produtos de tabaco; proibição de propagandas publicitárias; embalagens de cigarros contendo imagens para ilustrar os malefícios do cigarro à saúde; legislação que proíbe o uso de cigarro e outros produtos de tabaco em locais públicos (HSCIC, 2020).

No entanto, considera-se que a grande parcela das pesquisas sobre tabaco e câncer foram desenvolvidas em países de renda per capita elevada. Cerca de dois milhões de casos de câncer foram associados ao tabagismo e evidenciados nesses países. Enquanto aproximadamente quatro milhões, eram de países de renda per capita baixa. De tal maneira que os números de casos de alguns tipos de câncer são diagnosticados por ano nestes países (Ferlay *et al.*, 2020).

De forma global, o uso de tabaco causa doenças que levam a inúmeras incapacidades. Diversos países europeus, o Canadá, alguns estados nos Estados Unidos da América (EUA), Rússia, China e partes do Sudeste da Ásia atribuíram entre 10 e 20% dos Anos de Vida Ajustados por Incapacidade *Disability Adjusted Life Years* (DALYs). Em países como México, bem como nos da América Central e América Latina houve um decréscimo na carga de doença atribuível ao uso do tabaco (Murray *et al.*, 2020). O termo DALY se refere aos Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade. Trata-se de um indicador usado para medir simultaneamente tanto o efeito da mortalidade quanto dos problemas de saúde que afetam a qualidade de vida dos indivíduos, sendo que um DALY representa um ano de vida saudável que foi perdido (Murray; Acharya, 1997).

Além da incapacidade atribuída ao tabagismo, espera-se que até o ano de 2030 a mortalidade ocasionada pelo uso do tabaco atinja 10% do total de mortes no mundo. Somente no Brasil, cerca de 160 mil mortes por ano foram atribuídas ao uso do tabaco, o que representa cerca de 443 vidas perdidas prematuramente por dia, e insere o tabagismo em terceiro lugar como fator

de risco para DALYs no país (Brasil, 2021b).

Os índices de mortalidade podem ainda repercutir no declínio do uso de tabaco em alguns países, como no Reino Unido, que em 2020 registrou 74.600 mortes atribuíveis ao tabagismo, ou seja, uma redução de 3% em 2018 (77.000) e 9% em 2009 (82.000) (HSCIC, 2020). Todavia as prevalências ainda são preocupantes em termos de mortes por câncer no mundo. O tabagismo foi responsável por 42% (37% em países de baixa renda / 71% em países de alta renda) de câncer oral e orofaringe, 42% (37/71% do câncer de esôfago, 13% (11/25%) de câncer de estômago, 14% (11/29%) de câncer de fígado, 22% (15/30%) de câncer de pâncreas, 70% (60/86%) dos cânceres de traqueia, brônquios e de pulmão, 2% (2/11%) do câncer do colo do útero, 28% (21/41%) de câncer de bexiga, 9% (6/17%) de leucemia, 21% (18/29%) de todos os cânceres (Weiderpass, 2010). Considerando as incapacidades e mortalidade atribuíveis ao tabaco, anualmente, cerca de R\$ 125 bilhões dos cofres públicos são gastos para cobrir despesas com doenças causadas pelo cigarro, o que equivale a 23% do que o Brasil gastou, em 2020, para enfrentar a pandemia da COVID-19 (INCA, 2021a).

Os insumos eletrônicos usados para fumar são ferramentas de uso do tabaco, chegaram ao mercado há pouco mais de uma década, em meados de 2004, com a promessa de que os vapores produzidos eram inofensivos e que poderiam ser usados para redução de danos e até mesmo como uma ferramenta para quem desejasse parar de fumar. Apesar de pouco tempo de investigação, as pesquisas científicas evidenciam de forma progressiva que as pessoas que fazem uso DEFs estão inalando uma mistura altamente tóxica e cancerígena (Tzortzi *et al.*, 2020).

No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) é o órgão que regula a comercialização dos produtos de tabaco no país; porém é proibida a venda, importação e até mesmo a propaganda de DEFs conhecidos como: cigarros eletrônicos, os produtos de tabaco aquecido, *e-cigs*, *e-cigarettes*, *e-ciggy*, *ecigar*, *Pods* e *vapes*, entre outros, por meio da Resolução nº 46/2009 (ANVISA, 2009).

1.5 TABACO E CÂNCER

Para um melhor entendimento das relações do tabagismo e o desenvolvimento do câncer, torna-se fundamental conhecer suas composições químicas e ações no organismo. Os efeitos negativos resultantes do tabagismo e da combinação do efeito rápido da nicotina no Sistema Nervoso Central (SNC) e Sistema Nervoso Periférico (SNP), levam a seus malefícios altamente reforçados e potencial para o desenvolvimento da dependência (U.S. Department of

Health and Human Services, 2010), juntamente com múltiplas substâncias cancerígenas expelidas na fumaça que acompanham cada dose de nicotina.

O cigarro e outros produtos do tabaco possuem como princípio ativo a nicotina, além de uma mistura de várias classes químicas como as Nitrosaminas; Nitrosamina Cetona Derivada de Nicotina (NNK); N-Nitrosornicotina (NNN), aromatizantes, edulcorantes, aldeídos, amônia, monóxido de carbono, cetonas, formaldeído, fenóis, Hidrocarbonetos Aromáticos Policíclicos (PAHs), componentes orgânicos e inorgânicos, entre outros. Nesse sentido, há mais de 4.700 substâncias tóxicas extremamente prejudiciais à saúde; associadas às inúmeras doenças do aparelho respiratório, circulatório, cerebrovasculares, além de aproximadamente 43 agentes classificados como carcinogênicos (St. Helen *et al.*, 2021; Xue; Yang; Seng, 2014). Essa exposição representa uma combinação tóxica para o desenvolvimento da dependência de nicotina e de câncer, que resulta em milhões de mortes todos os anos (Hecht; Hatsukami, 2022), representando 22% das mortes por câncer em todo o mundo (Forouzanfar *et al.*, 2016).

Considerado como o fator de risco evitável mais associado aos índices de morbimortalidade do câncer, o tabaco causa câncer de pulmão, que é a neoplasia maligna com maior incidência mundial. Estimou-se cerca de 2.206.771 novos casos em 2020, e a maior taxa de mortalidade por câncer no mundo todo, com 1.796.144 mortes em 2020, o que representa 11,4% dos novos diagnósticos de câncer no mundo e 18,0% das mortes mundiais relacionadas ao câncer (WHO, c2020). Esses números colocam o câncer de pulmão como principal causa de morte por câncer em todo o mundo em homens e a segunda causa principal (após o câncer de mama) em mulher. Situando-se como principal causa de morte relacionada ao câncer em homens em 93 países e em mulheres em 25 países (Sung *et al.*, 2021). No Brasil, para esse tipo de câncer (pulmão) foram apontados 30.200 novos casos em 2020 e 29.354 mortes para o mesmo ano (INCA, 2020).

Além do câncer de pulmão, o hábito de consumir tabaco e seus produtos têm contribuído para o aumento do desenvolvimento de câncer, em dez vezes para câncer da laringe; 4-5 vezes para cavidade oral; 1,5 a 5 vezes para esôfago; quatro vezes para pâncreas e de 1,5 a 2,5 vezes para região nasofaríngea, estômago, fígado, rim, cânceres de colo do útero e leucemia (Vineis *et al.*, 2004).

Outros cânceres que podem estar associados ao uso do tabaco e seus derivados, são: cabeça e pescoço (cavidade oral, faringe, laringe); nasofaringe, esôfago, estômago, pâncreas, fígado, bexiga e rim, ainda que haja certa imprecisão da relação direta desses com o tabaco (Larsson *et al.*, 2020). Mundialmente, a taxa de mortalidade por câncer de mama feminina atribuível ao uso de tabaco aumentou de 24,9 mil em 1990 para 31,3 mil em 2017, o que

representa 5,2% do total de óbitos relacionados a câncer de mama (Liu *et al.*, 2021). No Brasil, os dados de mortalidade por câncer relacionada ao tabagismo são de 2017 e mostram que 21,2% das mortes por câncer no país foram atribuídas às pessoas que consumiam tabaco (WHO, 2020a).

Como descrito previamente, os problemas relacionados ao uso de tabaco são considerados preocupantes para a saúde pública, especialmente nos países de baixa e média renda, com elevados custos sociais e emocionais que afetam as pessoas adoecidas e suas famílias; sendo que financeiramente o consumo de tabaco resulta em sérios prejuízos, pois são gastos cerca de R\$ 125 bilhões todo ano nos sistemas de saúde e setor da economia (Brasil, 2021b; Instituto de Efetividade Clínica e Sanitária, 2020).

Os dados do relatório Tratamento do Tabagismo no Sistema Único de Saúde (SUS) durante a pandemia de COVID-19, apontaram que a procura por tratamento para a cessação do tabagismo diminuiu 66% no país, segundo os dados do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), que comparou o ano de 2020 com o ano anterior (INCA, 2021a).

Com o advento dos avanços tecnológicos e nos cuidados de saúde, os esforços de muitos países, ações preventivas como a da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco, uma das maiores campanhas de saúde pública que trabalha no combate ao uso do tabaco, a prevalência de tabagismo têm diminuído significativamente em muitos países (Zhang *et al.*, 2021). Mas o número expressivo e persistente de usuários de tabaco na forma convencional, ou seja, que geram fumaça ainda é elevado (Navas-Acien, 2018). Ademais, foram lançados no mercado produtos de tabaco que não produzem fumaça, mas que também estão associados e são fatores de risco para o desenvolvimento de câncer de cabeça, pescoço, esôfago e pâncreas (U.S. Department of Health and Human Services, 2010).

O aumento na prevalência do uso de outros dispositivos para fumar e de outros produtos derivados do tabaco entre jovens adolescentes no mundo todo, nas últimas décadas, leva a repensar e implementar estratégias de controle do tabagismo, voltadas para esse público (Ma *et al.*, 2021). Nesse sentido, é crucial ressaltar que, independentemente da maneira como se utiliza o tabaco, a pessoa que usa cigarro e derivados está exposta a maior combinação de produtos extremamente tóxicos que um ser humano pode inalar de forma voluntária ou involuntária (INCA, 2013).

1.6 ÁLCOOL

O etanol (álcool puro) é uma substância legalizada, mais utilizada socialmente no mundo, principalmente entre os mais jovens. Nas últimas décadas, nota-se em estudos epidemiológicos um incremento nas demandas de uso em diversas populações, principalmente, as que estão em maior risco e vulnerabilidade biopsicossocial (Streck *et al.*, 2021).

O álcool está presente nas bebidas alcoólicas, seja na forma de cervejas, vinhos ou destilados, o seu uso está relacionado a diversas doenças, além de favorecer o aumento da carga de doenças de forma global (Murray *et al.*, 2020; Runggay *et al.*, 2021b).

Uma das grandes preocupações está em seu padrão de consumo, em termos de quantidade e frequência de uso. A OMS classifica como um consumo excessivo de álcool considerando um uso de 60g ou mais por dia, o equivalente a seis doses ou mais de bebidas alcoólicas. O que tem sido denominado como o beber no padrão *binge*, ou o beber em *binge*, que refere ao consumo de cinco ou mais doses de bebidas alcoólicas em uma única ocasião, para homens, ou quatro ou mais doses, para mulheres (NIAAA, 2021). Para pensar em termos comparativos em relação à quantidade ou em doses de bebidas alcoólicas, um exemplo de equivalência refere-se ao uso de 10g de álcool = um copo de cerveja (285 ml); uma taça de vinho (120 ml) ou uma dose de bebida destilada (30 ml) (IARC, 2021).

Em termos epidemiológicos no Brasil, mostram que esse padrão de uso tem se tornado comum na população geral, cerca de 46 milhões, ou seja 30,1% da população com idade entre 12 a 65 anos fizeram uso de álcool nos últimos 30 dias, e 25 milhões (16,5%) consumiram no padrão *binge* nos últimos 30 dias (Bastos *et al.*, 2017). Evidências mostram que o comportamento de uso tem sido maior entre os jovens, todavia diminui com a maturidade e o envelhecimento. Apesar dessa tendência de diminuição de consumo, o número de usuários continua em evidente crescimento e possibilidades de adoecimentos nas fases mais tardias do ciclo vital. Diante disso, há maior necessidade de serviços de saúde e atenção especializada por profissionais de saúde (Diniz *et al.*, 2017; Pillon *et al.*, 2010).

Os danos físicos ocasionados pelo consumo de álcool ocorrem tanto a curto como a longo prazo. O uso abusivo do álcool prejudica o sistema imunológico, reduzindo a capacidade do organismo em reagir a processos infecciosos; altera os pensamentos, comportamentos e a tomada de decisões, além de favorecer alguns tipos de câncer (WHO, 2020b).

1.7 ÁLCOOL E CÂNCER

O acetaldeído é um metabólito do etanol classificado como altamente tóxico, considerado como um agente carcinogênico (Seitz; Stickel, 2007). Por meio dele, há vários mecanismos que

explicam o efeito do álcool na carcinogênese, que inclui o fato de que o acetaldeído como potencial genotóxico (Rumgay *et al.*, 2021b). Além disso, provoca estresse oxidativo capaz de danificar os genes, com interferência na replicação de DNA e induzir dano e formação de adutos ao DNA (Seitz; Becker, 2007).

O consumo de álcool é considerado um comportamento potencialmente de risco para o desenvolvimento das DNCT, além de ser uma substância potencialmente carcinogênica, está associado aos cânceres de boca, faringe, laringe, esôfago, estômago, colorretal, mama, entre outros (INCA, 2021; Larsson *et al.*, 2020; PAHO, 2021b; Qiuyu *et al.*, 2020; Sánchez-Bayona *et al.*, 2020; Svensson *et al.*, 2016; Zhang *et al.*, 2021; Zheng *et al.*, 2019).

Além do mais, proporciona a invasão de agentes carcinogênicos ambientais nas células; age como um solvente em agentes do tabaco, o que favorece a sua entrada nas células; propicia a má nutrição favorecendo o desequilíbrio do sistema imunológico; além de sua presença poder modificar o metabolismo dos hormônios, como provocar aumento do hormônio estrogênio e alterações no tecido mamário (Garaycoechea *et al.*, 2018). Isso explica quase 10% do total de mortes por câncer de mama feminina no mundo, em 2017, que foram atribuídas ao consumo de álcool (Liu *et al.*, 2021).

Estimativas mundiais revelaram que entre 5 a 10% de todos os tipos de câncer estão associados a fatores genéticos, 90 a 95% estão associados ao estilo de vida, incluindo sedentarismo, obesidade, dieta, poluentes, exposição ao sol, fumo e álcool (Espinosa-Salas; Gonzalez-Arias, 2023). Embora todos os tipos de bebidas alcoólicas contribuam para o aumento do risco dos tumores de cabeça, pescoço e de esôfago, um estudo na América Latina apresentou os malefícios do consumo de bebidas alcoólicas destiladas na incidência de tumores da cavidade oral, faringe, laringe e esôfago comparados ao consumo de vinho ou cerveja (Szymańska *et al.*, 2011).

Desde 1988, a IARC reconhece o álcool como um agente cancerígeno, afirmando que o consumo dessa substância está causalmente associado à cavidade oral, faringe, laringe, câncer de esôfago, fígado, cólon, reto e mama feminina (IARC, 2021). Embora não haja níveis seguros de consumo de álcool, há evidência da relação dose-resposta como fator importante, ou seja, quanto maior a quantidade e o tempo de consumo, maiores são os riscos para adoecimento por câncer (INCA, 2021b; WHO, 2021a).

Na década de 1990, o álcool foi responsável por um contingente significativo de mortes no mundo, correspondente a 243.000 óbitos (70.700 entre mulheres e 172.300 entre homens) e 6.405.700 Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP), sendo (1.762.200 mulheres e 4.643.500 homens). Essa carga de mortalidade é igual a 4,6 mortes por 100.000 pessoas (2,7 mortes por

100.000 mulheres e 6,5 mortes por 100.000 homens) e 120,8 APVP por 100.000 pessoas (67,0 por 100.000 mulheres e 173,9 por 100.000 homens) causadas por câncer atribuível ao álcool. Em 2010, foi de 337.400 mortes (91.500 mulheres e 245.900 homens) e 8.460.000 APVP, sendo (2.143.000 mulheres e 6.317.000 homens). Isso corresponde a 4,9 mortes a cada 100.000 pessoas (2,7 mulheres e 7,1 homens) e 122,8 APVP por 100.000 pessoas (62,8 mulheres e 181,9 homens). Isso significa que o álcool foi responsável por 4,2% dentre todas as mortes por câncer em 2010 e 4,6% de todos os APVP causados por câncer (Rehm; Shield, 2013).

Mais recentemente, em 2020, de 18 milhões de novos casos de câncer no mundo, 741.300 (4%) de todos os tipos de câncer foram atribuídos ao consumo de álcool, sendo 568.700 casos em homens e 172.600 em mulheres (Rumgay *et al.*, 2021). Desses, 470.000 morreram por câncer e estavam relacionados ao consumo de álcool (WHO, 2021b). Quanto à mortalidade do câncer atribuível ao uso de álcool no Brasil, os últimos dados são de 2016, e apontam que o consumo de álcool foi responsável por 8,7% das mortes causadas por câncer no país (WHO, 2020b).

Em pesquisas epidemiológicas, o consumo de álcool tem sido comumente investigado como um possível fator etiológico para o desenvolvimento de câncer, todavia essa dimensão depende também de uma exposição e um resultado. A IARC considera o consumo abusivo uma variável independente para o desenvolvimento de câncer, mas o hábito de tabagismo e uma dieta pobre em micronutrientes protetores, quando somadas ao fator álcool, podem influenciar o desenvolvimento de câncer (WHO, 2022a), além de fatores genéticos, o que passa ser desafiador atribuir o consumo de álcool com alguns tipos de câncer (Moody *et al.*, 2021).

Apesar de que os fundamentos sobre a carcinogênese do álcool precisam ser bem interpretados, não há dúvidas que o consumo excessivo de álcool é um fator de risco importante para o desenvolvimento do câncer. Por isso, há que se pensar sobre a indicação de consumo de forma moderada com responsabilidade ou mesmo, a abstinência do consumo de bebidas alcoólicas se realmente são estratégias para educação em saúde pública (Scoccianti *et al.*, 2016; Wünsch Filho, 2013).

Ainda do ponto de vista da saúde pública, estimativas deixam claro que o álcool ceifa a vida de milhões de pessoas por câncer anualmente, uma vez que pesquisas associam os maiores riscos ao consumo crônico. Porém, não se pode subestimar a incidência de doença em potencial que é experimentada pelos bebedores moderados. Nesse sentido, a redução do consumo de álcool por toda a população, independentemente do grau de consumo, terá efeitos benéficos sobre a incidência de morbimortalidade de câncer atribuível ao álcool, uma vez que focar apenas nos bebedores mais frequentes, os resultados podem ser considerados limitados (Connor, 2017).

Um estudo estimou o aumento do risco absoluto para o desenvolvimento do câncer como

resultado do consumo moderado de álcool em homens e mulheres, comparou com o aumento do risco absoluto de desenvolver câncer secundário ao tabagismo, identificou que níveis moderados de consumo de bebidas alcoólicas (uma garrafa de vinho por semana) foram associados a um aumento significativo do risco absoluto de cânceres em mulheres, com destaque para o câncer de mama. Isso significa que beber uma garrafa de vinho por semana aumenta o risco absoluto de câncer ao longo da vida, e equivale a fumar dez cigarros por semana para mulheres e cinco para homens. Esses resultados colocam o consumo moderado de bebidas alcoólicas como um tema prioritário, a ser discutido no rol de problemas da saúde pública, principalmente para as mulheres, uma vez que há evidência de associação do câncer de mama e álcool, a fim de que se possa promover a conscientização de consumo (Hydes *et al.*, 2019).

1.8 COMBINAÇÃO DE TABACO E ÁLCOOL PARA O DESENVOLVIMENTO DO CÂNCER

Álcool e o tabaco são as substâncias psicoativas legalizadas mais consumidas em nossa sociedade. A etiologia do câncer é complexa e multifatorial, está associada a fatores de risco importantes para seu desenvolvimento. Sendo assim, as chances de uma pessoa desenvolver câncer por tabagismo se tornam aumentadas em até cinco vezes, somado ao fato de que essa pessoa também consome álcool (Brasil, 2016; Brasil, 2021b; PAHO, 2021; WHO, 2021b).

Em regiões onde o poder aquisitivo é menor, a carga futura de cânceres relacionados ao consumo de álcool concomitante ao tabaco tende a aumentar devido fatores sociodemográficos, com um aumento de 69,9% nos casos de câncer relacionados ao tabaco e um aumento de 68% nos cânceres relacionados ao álcool, tornando-se fator multiplicado quando combinados (Lee; Hashibe, 2014). Destaca-se que a fumaça do cigarro em si possui grandes quantidades de acetaldeído que se dissolve na saliva durante o ato de fumar, além de ter a capacidade de elevar o número de leveduras e bactérias da boca, o que produz mais acetaldeído do etanol (Ahn; Chen; Hayes, 2012; Seitz; Becker 2007).

Além disso, os mecanismos cancerígenos associados ao álcool e ao tabagismo podem diferir, mas interagem potencializando o risco; por exemplo, o álcool aumenta a suscetibilidade tecidual aos cancerígenos do tabaco, que consequentemente aumenta a permeabilidade de cancerígenos específicos do tabaco (Du *et al.*, 2000) ou a indução do citocromo P450-E1 (CYP2E1) na mucosa do trato aerodigestivo superior para melhorar a ativação de pro-carcinógenos no tabaco, como hidrocarbonetos policíclicos e várias nitrosaminas (Seitz; Cho, 2009).

Em pesquisa de avaliação do risco para o desenvolvimento do Câncer de Cabeça e Pescoço (CCP) em ex-fumantes e não fumantes mostrou que o consumo anterior de bebidas alcoólicas potencializa o risco de CCP até mesmo entre ex-fumantes, quando comparado com pessoas abstinentes, que nunca beberam. O fato de ter abandonado o tabagismo não diminuiu o risco do desenvolvimento desse tipo de câncer em pessoas que também faziam uso de álcool (Gislon *et al.*, 2022).

Alguns tipos de câncer estão diretamente relacionados ao uso combinado de álcool e tabaco, como por exemplo: os cânceres da cavidade oral, faringe, laringe, esôfago e fígado, com aproximadamente dois milhões de casos estimados (1/4 desses números ocorreram em países de renda per capita elevada e 3/4 em países de renda per capita baixa), com 1,5 milhões de mortes (282 mil em países de renda per capita elevada; 1,2 milhão em países de renda per capita baixa) (Ferlay *et al.*, 2020).

Um estudo sobre câncer de laringe atribuível ao uso de álcool e tabagismo realizado em 204 países, envolvendo os anos de 1990 a 2019, mostrou que o uso de álcool concomitante ao tabagismo contribuiu em mais de 80% do total de mortes por câncer de laringe no mundo (Zhang *et al.*, 2021). O consumo combinado de álcool e tabaco, potencializa o risco para o câncer, impacta no prognóstico da doença ao causar recidivas tumorais, metástases, segundo tumor primário, aumento na mortalidade e psicopatologias (Streck *et al.*, 2021; Zheng *et al.*, 2019).

Além do aumento de tumores primários desconhecidos, o que implica em prognóstico desfavorável (Hermans *et al.*, 2021), afeta a saúde física e mental desses indivíduos, resultando em um aumento na demanda por serviços de saúde e assistência social, assim como na necessidade de suporte social das diversas redes, incluindo familiares, amigos, colegas de trabalho e membros da comunidade (Rodríguez-González; Ramos-Monserrat; Arriba-Fernández, 2023). Dessa maneira, a interação social oriunda das relações interpessoais não apenas mitiga os impactos causados pelo câncer, mas também contribui para a presença de fatores protetivos, caracterizados como suporte ou apoio social.

1.9 COMPREENDENDO O SUPORTE SOCIAL

O suporte social, conhecido também como apoio social, refere-se a um conceito multidimensional, sendo comumente classificado em dimensões: material, emocional/informacional, afetivo e de interação social (Sherbourne; Stewart, 1991). O apoio social, em sua essência, representa um componente vital na vida humana, oferecendo uma rede

de recursos e interações que impactam significativamente o bem-estar emocional, psicológico e físico dos indivíduos. Ao explorar mais profundamente esse fenômeno, podemos destacar diferentes dimensões e nuances desse suporte. De maneira geral, o suporte social pode ser definido como o auxílio que sujeitos ou organizações prestam às pessoas que necessitam, concentrando-se em resolver e/ou aliviar o estresse causado por um problema, como em situações de adoecimento por exemplo (Ciria-Suarez *et al.*, 2021).

O conceito de suporte social tem profundas raízes na história da interação humana e nas diversas formas de comunidades ao longo do tempo. Embora o termo "suporte social" tenha ganhado destaque mais recentemente na literatura científica, as práticas de apoio entre indivíduos sempre foram uma parte fundamental da experiência humana (Sherbourne; Stewart, 1991).

Nas sociedades antigas e comunidades primitivas, o suporte social muitas vezes se manifestava por meio dos laços, vínculos familiares e comunitários, sendo a colaboração e o apoio mútuo essenciais para a sobrevivência. Em muitas culturas antigas, a religião desempenhava um papel crucial no fornecimento de suporte, por meio de práticas rituais e cerimônias que fortaleciam os laços sociais, ofereciam conforto emocional e apoio espiritual (Sherbourne; Stewart, 1991).

Os sistemas de parentesco em diversas sociedades tradicionais desempenhavam também um papel vital no suporte social, estabelecendo a responsabilidade de cuidar uns dos outros, especialmente entre membros da família. Com o crescimento das comunidades urbanas, o suporte social começou a se diversificar e as organizações comunitárias passaram a desempenhar um papel crescente no fornecimento de serviços e suporte à população (Friedman; Bowden; Jones, 2003).

No século XX, estudos nas áreas da psicologia e da sociologia formalizaram e examinaram o papel do suporte social na saúde mental e física. Émile Durkheim, por exemplo, explorou a importância dos laços sociais na coesão social e no bem-estar individual (Durkheim, 2007).

No século XXI, a influência da tecnologia da informação trouxe uma revolução nas formas de suporte social. Redes sociais online, fóruns de suporte e comunidades virtuais expandiram as possibilidades de conexão social indo além das fronteiras geográficas. Em resumo, o suporte social evoluiu ao longo da história, sendo moldado por contextos culturais, mudanças sociais e avanços na compreensão científica. Desde as comunidades antigas até as formas mais contemporâneas, o suporte social continua sendo uma força fundamental que influencia o bem-estar humano (Aprilianto; Lumadi; Handian, 2021).

Essa interação social das relações interpessoais advinda do apoio social pode ser entendida como fator protetivo, promotor da saúde física e mental. Em outras palavras, esse tipo de suporte se refere ao apoio que as pessoas recebem de suas redes sociais, sejam elas familiares, amigos, colegas de trabalho ou membros da comunidade. Essa rede de apoio desempenha um papel crucial no bem-estar emocional, psicológico e físico dos indivíduos (Griep *et al.*, 2005), levando-o a acreditar que é cuidado e amado, estimado e pertencente de uma organização com obrigações mútuas (Cobb, 1976).

Fortes redes de apoio social estão relacionadas a menores níveis de ansiedade, depressão e estresse. O suporte social está associado positivamente a melhorias na saúde física, acelerando processos de recuperação e promovendo hábitos de vida mais saudáveis. Desse modo, indivíduos com redes de apoio sólidas geralmente apresentam maior capacidade de enfrentar desafios e recuperar-se de adversidades (Aprilianto; Lumadi; Handian, 2021).

Na pesquisa conduzida por Choi, Park e Noh (2024) destaca que o suporte social apresenta características que podem aprimorar a qualidade de vida e a saúde das pessoas. Neste estudo, a estruturação e integração social, aliadas a uma rede de apoio são fundamentais para a promoção de condições físicas e mentais saudáveis. O componente educacional, compreendendo apoio educacional e acadêmico, desempenha um papel crucial na remodelação do acesso à informação e no fortalecimento do empoderamento individual.

Os fatores psicossociais como apoio familiar, avaliações positivas e autoestima foram descritos como elementos essenciais na manutenção da busca constante pela saúde e no aprimoramento pessoal. Além disso, mostraram sobre a importância do atributo instrumental, que engloba suportes materiais e informativos capazes de auxiliar as pessoas nas redes sociais e na tomada de decisões relacionadas à organização dos diversos aspectos de suas vidas. Esses elementos, desempenham papéis significativos na construção de uma base sólida para a saúde e no processo de autodesenvolvimento (Choi; Park; Noh, 2024).

De longa data, as comunidades têm oferecido suporte emocional em situações de perda, luto ou eventos estressantes. Nas culturas mais antigas, rituais e cerimônias eram frequentemente utilizados para expressar solidariedade e proporcionar conforto emocional. O suporte emocional envolve expressão de afeto, empatia e encorajamento, enquanto o suporte instrumental refere-se à assistência prática e tangível. O suporte informativo inclui conselhos e orientação, enquanto o social normativo está ligado às normas sociais e expectativas culturais. O suporte social comunitário provém de interações dentro de uma comunidade e o suporte institucional deriva de instituições formais como escolas, locais de trabalho e organizações religiosas (Sherbourne; Stewart, 1991).

Pode ser notado que existem diferentes tipos de suporte social, os quais evoluíram ao longo do tempo de acordo com as mudanças sociais e culturais. De acordo com Friedman, Bowden e Jones (2003), o suporte social familiar divide-se em quatro modalidades: por informação, recompensa, emocional e instrumental. Existem diferentes formas de suporte social, cada uma proveniente de interações específicas dentro do círculo familiar. O suporte informativo, por exemplo, surge quando os familiares oferecem conselhos e orientações, proporcionando um suporte valioso por meio da partilha de informações. O segundo tipo, conhecido como suporte por recompensa, manifesta-se por meio de expressões positivas e respeito advindos da família, criando um ambiente de reconhecimento e incentivo (Friedman; Bowden; Jones, 2003).

O suporte emocional, por sua vez, se materializa por meio de gestos que envolvem empatia e carinho. Essa forma de suporte é crucial para promover a saúde mental e emocional, proporcionando um ambiente de compreensão e solidariedade. Por último, o suporte instrumental se concretiza por meio da assistência prática e direta ao indivíduo. Isso pode envolver ajuda tangível em tarefas diárias, contribuindo para aliviar as demandas práticas que uma pessoa possa enfrentar (Friedman; Bowden; Jones, 2003).

Essas diversas facetas do suporte social desempenham papéis únicos no fortalecimento das relações familiares e no apoio ao bem-estar geral. Compreender a natureza variada dessas formas de suporte é fundamental para promover ambientes sociais saudáveis e para fornecer o suporte necessário em diferentes aspectos da vida (Friedman; Bowden; Jones, 2003).

Sendo o suporte material aquele de provisão de recursos práticos e ajuda material; o suporte afetivo que provém de demonstrações físicas de amor e afeto; a dimensão interação social positiva é o apoio de contar com pessoas, com quem relaxar e divertir-se; o suporte emocional, emana da habilidade da sua rede social em atender às suas necessidades individuais em relação a problemas emocionais, por exemplo: ocorrências de encorajamento em momentos difíceis da vida, manter sigilo em determinada situação; e por fim, o suporte informativo tem aspecto relacionado a poder contar com pessoas que aconselhem, informem e orientem (Griep *et al.*, 2005; Lin *et al.*, 2019).

O suporte social é influenciado por normas culturais e varia de acordo com as peculiaridades dos contextos sociais. Práticas tradicionais, como rituais comunitários, serviram como precursoras para as formas contemporâneas de apoio. Com o advento da tecnologia, surgiram novas modalidades de apoio social, exemplificadas pelas redes sociais online, que conectam pessoas independentemente de suas localizações geográficas. Além disso, é relevante considerar o suporte proveniente dos serviços de saúde, pois pode ter um impacto significativo

na resiliência de uma pessoa diante de condições de doença, influenciando sua adaptação e reintegração aos diferentes contextos de sua nova vida. Esse suporte social pode ser integrado tanto na assistência à saúde quanto na assistência social, estimulando não apenas a convivência, mas também a manutenção de uma rede de conexões sociais (Sampaio; Ramos, 2023).

O ciclo do apoio social muitas vezes é recíproco, de modo que aqueles que oferecem apoio também recebem apoio em retorno, criando um ciclo benéfico. Isso fortalece as relações e promove um ambiente de confiança e colaboração. Logo, manter e fortalecer relações sociais positivas é essencial para uma vida mais saudável e satisfatória, influenciando positivamente tanto a saúde mental quanto a física de um indivíduo (Lin *et al.*, 2019).

Explorar o apoio social é reconhecer a complexidade e a riqueza dessa rede de relações humanas, essencial para o florescimento individual e coletivo. É um campo dinâmico que continua a evoluir à medida que a sociedade se transforma, destacando a necessidade contínua de compreensão e promoção desse aspecto fundamental da vida humana. Por outro lado, a falta de apoio social pode levar ao isolamento, afetando negativamente a saúde mental e física. As necessidades de suporte social podem variar entre indivíduos, destacando a importância de abordagens personalizadas (Poręba-Chabros; Mamcarz; Jurek, 2020).

1.10 O SUPORTE SOCIAL NO CONTEXTO DO CÂNCER

O adoecimento por câncer contribui para uma carga negativa e ameaçadora, por se tratar de uma doença que expressa sentimentos de dor e sofrimento, o que causa impacto na vida da pessoa e de quem está próximo (Stewart; Wild, 2014). A repercussão de um diagnóstico com estigma e carga social tão pesada pode culminar em sofrimento psicológico com situações de angústia, estresse, desamparo e desesperança, sentimentos de medo, incertezas quanto ao futuro e insatisfação com a imagem corporal (Ambrósio; Santos, 2015; Nucci, 2003) Além disso, destaca-se que a depressão é um transtorno mental encontrado em grande parte das pessoas com câncer e que gera menor sobrevivência, ansiedade, aumento da dor e piora na qualidade de vida e bem-estar (Bottino *et al.*, 2009).

Se considerarmos que o diagnóstico e tratamento do câncer como um evento extremamente estressante e influenciado por fatores biopsicossociais, que pode causar impacto negativo na vida da pessoa adoecida e o seu entorno (Ernst *et al.*, 2019), há de ser considerado que o suporte social se torna essencial para minimizar os estressores presentes na experiência de adoecimento por câncer, porque pode reduzir substancialmente as emoções (Ciria-Suarez *et al.*, 2021).

Na última década, a relação entre suporte social e condições de saúde foi um tema crescente em diversas pesquisas com vistas a promoção da saúde. Nesse sentido, o apoio social é um constructo complexo, difícil de conceituar, definir e mensurar por que é formado por diversas dimensões entrelaçadas, que envolve a saúde das pessoas, e ainda há divergências até mesmo entre os estudiosos e teóricos sobre o assunto (Ambrósio; Santos, 2015). Mas deve-se expor os efeitos protetores e diretos sobre o bem-estar e o ajuste emocional em pessoas com câncer (Steel *et al.*, 2004).

Na experiência de adoecimento por câncer somado à complexidade do contexto biopsicossocial do paciente, é esperado que o indivíduo e seu entorno enfrentem diversos obstáculos como: mudança de rotina; desafios para o tratamento; dependência de auxílio financeiro; cuidados de pessoas, muitas vezes, desconhecidas; mudanças na imagem corporal, além da necessidade de cessar hábitos prejudiciais como o uso do tabaco e do álcool (Nucci, 2003). O suporte da dimensão material pode ser usado como uma ferramenta tecnológica ao promover informações que auxiliam as equipes de profissionais a melhorar a comunicação com os pacientes com câncer, assim como otimizar o cuidado diante de eventos adversos que advém das principais modalidades terapêuticas que tratam o câncer: cirurgia, radioterapia e quimioterapia (Handa *et al.*, 2020; Ramirez *et al.*, 2020).

Impactos positivos foram relatados em pesquisa com pessoas com câncer, como resultado do apoio recebido, seja do suporte informativo, financeiro ou emocional, e quando comparado às pessoas com câncer que não receberam apoio, os resultados no prognóstico e na qualidade de vida foram prósperos (Adam; Koranteng, 2020). Em outra pesquisa envolvendo pessoas com câncer, o suporte social percebido como alto foi associado a descontinuidade do tabagismo, ou seja, foi um fator importante para a cessação do tabagismo e manutenção da abstinência em pessoas em tratamento do câncer; as conclusões mostraram que os sobreviventes de câncer com baixo suporte social percebido eram mais propensos a continuar fumando (Hyung-Kook *et al.*, 2013).

Nesse sentido, a falta de apoio social às pessoas com câncer pode representar aspectos nada promissores, pois têm sido relacionados com a piora de sintomas emocionais, aumento da depressão, além da qualidade de vida precária e aumento da mortalidade (Kim *et al.*, 2020; Wells *et al.*, 2014). Outro estudo examinou a contribuição do apoio social no prognóstico do bem-estar social, realizado com idosos sobreviventes de câncer em tratamento, mostrou que o apoio social percebido advindo de familiares e amigos foi um preditor fundamental para o bem-estar social (Leow; Lynch; Lee, 2021).

Para a OMS, avaliar o apoio social é subjetivo, uma vez que depende de como o indivíduo

se percebe e interpreta as dimensões que são interligadas, ou seja, se ele avalia o suporte recebido de forma mais positiva, que pode influenciar e melhorar sua saúde, mas em caso contrário, se a sua percepção for negativa, pode aumentar o estresse e as chances de desenvolver outras doenças (WHO, 1998).

A generalização dos benefícios do suporte social deve ser feita com parcimônia. A exemplo disso, as pessoas com câncer de mama podem se beneficiar mais de suporte informativo quanto ao possível sucesso do tratamento; já as pessoas com câncer de pulmão podem não se beneficiar deste tipo de suporte, uma vez que esse tipo de câncer remete às preocupações com o acometimento físico e contribuem para níveis de estresse mais elevados. Como apresentado no estudo envolvendo pessoas com câncer pulmonar em tratamento, o suporte informacional contribuiu intensificando o nível de estresse, perdendo, assim, sua função de recurso (Poręba-Chabros; Mamcarz; Jurek, 2020).

Nesse aspecto, identificar o tipo de suporte social mais importante para cada situação de adoecimento por câncer pode ser um desafio. Em estudo de revisão de escopo analisou o conceito de apoio social e como o suporte foi operacionalizado nas pesquisas. Os pesquisadores concluíram que os estudos não identificaram quais tipos de apoio são mais importantes em pessoas com câncer, justamente porque não foram conceituados e vários estudos, os autores não usaram instrumentos validados para mensurar o apoio social recebido (Wawrzynski *et al.*, 2021).

Pelo exposto, o suporte que advém de uma rede social tem sua relevância, sendo que divulgar a eficácia e importância desse apoio ajuda as pessoas envolvidas no processo de adoecimento por câncer, desde profissionais até pacientes e sua rede. No entanto, é imprescindível reconhecer as especificidades de cada tipo de câncer na implementação do apoio por essa rede, no sentido de que seja avaliada e contemplada.

2 JUSTIFICATIVA

Tem sido notório que o câncer afeta todos os aspectos da vida das pessoas, ocasionando inúmeras implicações que são diversas, complexas e multifatoriais. Os custos associados à morbidade por câncer e à mortalidade precoce são elevados e chama a atenção para que ações sejam providenciadas para mudar este cenário, uma vez que a maior parcela dos fatores de riscos associados ao câncer, apontados pela literatura, também envolvem fatores que podem ser modificáveis (WHO, 2022a).

De acordo com a PAHO, 40% de todos os cânceres poderiam ser prevenidos, evitando fatores de risco como o consumo de álcool e tabaco. Nesse sentido, conhecer os fatores de risco modificáveis pode causar impacto na saúde das pessoas e ajudá-las em suas escolhas positivas em saúde e mudanças em seus estilos de vida, pode ajudar na prevenção do câncer, bem como mitigar agravamentos da doença e aumentar as percepções sobre os riscos e o autocuidado, potencializando o diagnóstico precoce e evitando agravamentos (PAHO, 2021).

Por outro lado, o câncer em pessoas que mantêm seus comportamentos que favorecem os fatores de risco pode aumentar a carga da estigmatização e culpabilidade. Isso, conseqüentemente, pode desencadear o sofrimento mental, prejudicando o processo de tratamento e recuperação. O cuidado oncológico que contempla não apenas o aspecto físico, mas também a saúde mental de pessoas adoecidas pelo câncer, pode diminuir o sofrimento mental, além de ajudar no reconhecimento de seus próprios limites e na superação de determinados obstáculos oriundos do adoecimento. O presente estudo propicia avanços do conhecimento acerca da temática que ainda tem sido pouco explorada. Embora estudos na população em geral tenham mostrado os efeitos benéficos do suporte social para a cessação do etilismo e do tabagismo, poucos estudos abordaram essas questões em sobreviventes de câncer.

Assim, este estudo buscou avaliar o suporte social, o uso de tabaco e álcool e os fatores relacionados em indivíduos com câncer em tratamento, com intuito de pensar estratégias para o desenvolvimento de tecnologias do cuidado (instrumentalização) na área de Enfermagem, com vistas a respaldar os direcionamentos com olhar mais compreensivo às pessoas com câncer, que muitas vezes está em sofrimento mental e uso, abuso e dependência de substâncias como o álcool e o tabaco. Este estudo tem sua relevância e originalidade, os resultados podem despertar nos trabalhadores dos serviços da área da oncologia, reflexões e discussões sobre as práticas profissionais e assistenciais voltadas para os problemas relacionados à saúde mental de pacientes com câncer, com olhar atento aos conceitos dos DSS, para que o enfrentamento às iniquidades na área da saúde oncológica seja mais efetivo.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o suporte social, o uso de tabaco e álcool e os fatores relacionados em indivíduos com câncer em tratamento.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever por meio de um levantamento de literatura científica as evidências sobre o suporte social às pessoas com câncer e o uso de álcool e/ou tabaco,
- b) Identificar o perfil sociodemográfico de pessoas com diagnóstico de câncer em tratamento;
- c) Analisar a saúde mental (sintomas depressivos e pensamentos suicidas) de pessoas com diagnóstico de câncer em tratamento;
- d) Avaliar o suporte social de pessoas com câncer em tratamento;
- e) Identificar os aspectos relacionados à saúde de pessoas com câncer em tratamento;
- f) Avaliar a prevalência do tabagismo, uso de álcool e fatores associados em pessoas com câncer em tratamento;
- g) Avaliar as associações entre os padrões de uso de álcool, tabaco e suporte social e condições de saúde e doença entre pessoas com câncer em tratamento;
- h) Analisar a associação do sexo, idade e os fatores relacionados em pessoas com câncer em tratamento.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Os principais resultados desta tese estão organizados em três estudos independentes, sendo o primeiro um estudo documental e os outros dois, do tipo de coorte transversal, da abordagem quantitativa.

O estudo 1 refere-se a uma revisão da literatura do tipo integrativa sobre o suporte social, uso de álcool e tabaco em pessoas com câncer.

O estudo 2 envolve uma pesquisa do tipo transversal de abordagem quantitativa sobre as condições de saúde, consumo de álcool e tabaco em pacientes em tratamento para câncer com suporte social alto e baixo.

O estudo 3 se trata de uma pesquisa do tipo transversal de abordagem quantitativa sobre comportamentos de saúde e fatores associados em pacientes oncológicos com mais de 50 anos.

4.2 ASPECTOS ÉTICOS

O Projeto Matricial de Pesquisa “Câncer e seus fatores associados: análise de registro base populacional e hospitalar em Mato Grosso” foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Júlio Muller (HUJM), sob parecer número: 3.048.183 de 20 de novembro de 2018 e do CEP da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (SES-MT), número do parecer 3.263.744 obtido em 12 de abril de 2019.

Para realizar as entrevistas e a coleta de dados nos prontuários foi obtida autorização formal junto aos responsáveis pelos respectivos hospitais, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O estudo seguiu os pressupostos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata de pesquisas e testes em seres humanos (Brasil, 2012).

4.3 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) em parceria com o Ministério Público do Trabalho 23ª Região e a SES-MT. A pesquisa foi realizada no estado de Mato Grosso, localizado na Região Centro-Oeste do Brasil. A assistência às pessoas com câncer no estado é realizada em serviços especializados

classificados como Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), que oferecem exames anatomopatológico, imuno-histoquímica, ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética. No estado, três dessas unidades estão localizadas na capital, Cuiabá, e duas no interior do estado (Brasil, 2019; Secretaria de Estado de Saúde, 2017), as quais estão vinculados ao SUS.

A coleta de dados da presente pesquisa foi realizada de modo presencial, com entrevista face a face, e por meio de dados secundários obtidos em registros dos prontuários de pessoas com câncer de dois hospitais de referência para o tratamento da doença em Mato Grosso, ou seja, o HUIJM e Hospital de Câncer de Mato Grosso (HCan), ambos localizados na capital do estado, Cuiabá.

O HUIJM é hospital-escola de autarquia pública, vinculado à Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), responsável principalmente pelo tratamento cirúrgico de câncer; já o HCan é uma UNACON e oferece serviços de Radioterapia, Quimioterapia, Hematologia, entre outros (Brasil, 2017), sendo considerado referência no atendimento do câncer para o estado. Ademais, é responsável pela grande maioria de atendimentos oncológicos em Mato Grosso e realiza serviço de oncologia em níveis Municipal, Estadual e Federal por meio de encaminhamentos realizados pelos serviços de saúde por meio das Centrais de Regulação (HCANMT, 2019).

No estado de Mato Grosso, as Centrais de Regulação Regionais foram criadas no ano 2000, a partir da necessidade de instrumentalizar as regionais de saúde e os municípios para efetivação do sistema estadual de referência e contrarreferência, com definição e normatização do fluxo dos usuários na rede do SUS. A Central de Regulação Oncológica no estado é gerenciada pela SES e Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá e se articula às centrais regionais para regular o acesso às ações e aos serviços especializados de Cuiabá, referente ao cuidado das pessoas com câncer e autoriza, previamente, os procedimentos. Essa autorização é realizada por equipe de médicos autorizadores e visa garantir o acesso ordenado, respeitando critérios clínicos de necessidade dos usuários e de disponibilidade da oferta. O sistema operacional utilizado é o Sistema Nacional de Regulação (SISREG), criado para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório, com classificação de risco e priorização dos casos potencialmente mais graves (Secretaria de Estado de Saúde, 2017).

A população estimada para o estado de Mato Grosso em 2021 foi de 3.567.234 habitantes, classificado como o terceiro estado mais extenso do país, com densidade de 3,36 habitantes por km² e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,725. O estado é composto por 141 municípios, sendo que destes, apenas cinco têm população maior que 100 mil habitantes, o maior

deles a capital do estado, Cuiabá, com população estimada de 623.614 habitantes em 2021 (IBGE, 2021a). As atividades relacionadas ao agronegócio impulsionam a economia do estado e é baseada, principalmente, na exportação de produtos agrícolas, com destaque para produção de soja, algodão e milho (Instituto Matogrossense de Economia Agropecuária, 2017).

4.4 CÁLCULO AMOSTRAL

Para o cálculo amostral foram considerados os pacientes com câncer atendidos nos dois hospitais, considerando o número do Registro Hospitalar de Câncer (2015) de pacientes com idade igual ou maior que 18 anos (2.146 no HCan-MT e 245 HUJM). Não foi possível fazer o cálculo amostral de pacientes atendidos nos ambulatórios, uma vez que não havia um registro formal destes. Foi utilizada proporção máxima ($p = 0,50$), erro tolerável de 2,5%, com nível de confiança de 95%.

A amostra foi estimada em 1.050 pacientes, considerando-se 10% de perdas e uma distribuição proporcional dos pacientes de acordo com o número de internações nos referidos hospitais.

4.4.1 Amostra

Um total de 1.010 pacientes foram recrutados no HCan-MT e 80 pacientes no HUJM, compondo um total de 1.090 participantes, porém mediante os critérios de elegibilidade do estudo, a amostra final foi composta por 1.012 participantes.

4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão foram: ter idade igual ou maior que 18 anos, com diagnóstico citopatológico ou histopatológico de câncer; estar em tratamento ambulatorial de câncer no HCan-MT e HUJM, no período de novembro de 2019 a junho de 2021

Os critérios de exclusão foram os pacientes cujos prontuários estavam com registros incompletos referentes ao diagnóstico e estadiamento do câncer.

4.6 INSTRUMENTOS

Neste estudo foram utilizadas as informações sociodemográficas, de suporte social; a história de saúde e o uso de tabaco e álcool, a situação de saúde e os aspectos relacionados à saúde mental como sintomas de depressão e pensamento suicida, além de informações sobre o diagnóstico do câncer, estadiamento e tratamento a doença (APÊNDICE A).

- a) **Formulário de Informações Sociodemográficas:** foram utilizadas as seguintes variáveis: Idade (em anos e faixa etária), sexo (feminino; masculino), raça/cor de pele (branca, parda, preta, amarela e indígena) estado civil (solteiro, casado, união estável, viúvo, divorciado, separado/desquitado), escolaridade (sem escolaridade, fundamental incompleto/completo, médio incompleto/completo, superior incompleto/ completo, pós-graduação), número de pessoas que residem no domicílio, renda familiar (em salário mínimo do Brasil) (INCA, 2012) e os Critérios de Classificação Econômica Brasil (Classes C1, C2, D-E; Classes A, B1, B2) (ABEP, 2019).
- b) **Condições de Saúde:** autoavaliação da condição de saúde, com opções de respostas: muito boa-boa; regular-ruim. Antecedente pessoal e familiar de câncer; presença de doenças pregressas, como doenças respiratórias e pensamento suicida, com respostas do tipo dicotômica (Sim/Não) (IBGE, 2021b; Galvão *et al.*, 2022).
- c) **Informações sobre o câncer:** avaliação dos dados histológicos, topografia do tumor, início do primeiro tratamento, número de procedimentos realizados no tratamento, tipo (Cirurgia, Quimioterapia, Radioterapia, Hormonioterapia, Paliativo Neoadjuvante ou Outro); Evolução da doença: Classificação do estadiamento (I-IV), presença de recidiva ou metástase. Esses dados foram extraídos do prontuário dos pacientes, com respostas dicotômicas (Sim/Não) (Galvão *et al.*, 2022; INCA, 2012).
- d) **The Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS):** Essa escala avalia as dimensões do suporte social divididas em quatro domínios, a saber: (i) apoio material, (ii) apoio emocional/informacional, (iii) apoio de interação social positiva e (iv) apoio social afetivo (Zanini; Peixoto; Nakano, 2018). A princípio essa escala foi desenvolvida para ser aplicada em pessoas com doenças crônicas (Sherbourne; Stewart, 1991), mas se expandiu para diversos grupos da população e contextos por ser considerada de fácil entendimento e aplicação (Zanini; Peixoto; Nakano, 2018). A MOS-SSS foi traduzida e adaptada para a realidade brasileira (Griep *et al.*, 2005). Estudo de validação da escala MOS-SSS mostrou bons índices de adequação da medida para a população estudada no Brasil, com os índices alfa variando entre 0,76 e 0,95, e boa qualidade psicométrica para a análise do suporte social percebido.

A MOS-SSS está composta por 19 questões para o participante responder a partir de uma pergunta: "Se você precisar, com que frequência conta com alguém?", assinalando uma das cinco respostas possíveis de acordo com uma escala Likert: 0 ("nunca"); 1 ("raramente"); 2 ("às vezes"); 3 ("quase sempre") e 4 ("sempre"). Os dados da escala foram utilizados de forma categórica, utilizando a avaliação por meio da somatória dos itens e posterior sua classificação da seguinte forma:

Quadro 2 - Apresentação dos tipos de apoio, itens e pontuações da Escala MOSS-SSS

TIPO DE APOIO	ITENS	CLASSIFICAÇÃO/ PONTUAÇÕES
Afetivo	5, 6, 7	Baixo (0 - 4 pontos) Médio (5 - 10 pontos) Alto (11 - 12 pontos)
Emocional/ informacional	8, 9, 10, 11, 12, 13, 14	Baixo (0 - 12 pontos) Nível (13 - 28 pontos) Nível (29 a 32 pontos)
Interação social positiva	16, 17, 18, 19	Baixo (0 - 6 pontos) Médio (7 - 13 pontos) Alto (14 - 16 pontos)
Material	1, 2, 3, 4	Baixo (0 - 6 pontos) Médio (7 - 13 pontos) Alto (14 - 16 pontos)

Fonte: Adaptado de Zanini; Peixoto; Nakano, 2018.

- a) ***Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2)***: Este instrumento avalia a frequência de sintomas depressivos, considerando as duas últimas semanas. Esse instrumento contém as duas primeiras questões do *Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)*, baseado nos critérios diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais em sua quarta versão (DSM – IV). Nesta pesquisa foi utilizada a versão do PHQ-2 oriunda da versão em português do PHQ-9, traduzida e adaptada para a realidade brasileira (Osório *et al.*, 2009). O objetivo do PHQ-2 não é estabelecer um diagnóstico final ou monitorar a gravidade da depressão, mas para rastrear sintomas da depressão em uma abordagem de “primeiro passo”. A pontuação PHQ-2 varia de zero a seis pontos. A nota de corte ideal do PHQ-2 é de três pontos para fins de triagem, sendo que um ponto de corte de dois pontos aumenta a sensibilidade, ao passo que um ponto de corte de quatro melhora a especificidade. Os

escores elevados são indicadores de maior intensidade dos sintomas depressivos (Kroenke; Spitzer; Williams, 2003).

- b) **Uso de tabaco:** Para avaliar o uso de tabaco utilizou-se uma pergunta direta sobre o uso de tabaco na vida, com resposta dicotômica (sim/não) e idade de início do uso regular de cigarros (em anos) (Galvão *et al.*, 2022).
- c) **Uso de álcool:** Para avaliar o padrão do consumo de álcool foram utilizadas as seguintes questões: a) consumo de bebida alcoólica na vida, com resposta dicotômica (sim/não); b) idade de início do uso de bebidas alcoólicas (em anos); c) frequência de consumo de bebida alcoólica: (1) mensalmente, (2) raramente, (3) semanalmente, (4) quase todos os dias (5) diariamente; d) número de dose de bebida alcoólica consumida [uma dose de bebida alcoólica equivale a uma lata de cerveja (340 ml), uma taça de vinho (140 ml) ou uma dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada (40 ml)], com respostas em número de doses (WHO, 1990).
- d) **Uso de álcool no padrão *binge*:** para avaliar o consumo de álcool em *binge* foi utilizado o seguinte padrão de consumo: para homens, o uso nos últimos 30 dias de cinco ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião. Para as mulheres, o consumo nos últimos 30 dias de quatro ou mais doses de álcool em uma única ocasião. Para ambas as questões, as opções de resposta foram do tipo dicotômicas: sim/não (Brasil, 2020; WHO, 2018).

4.7 PERÍODO

A coleta de dados foi realizada no período de novembro de 2019 a março de 2020 e a coleta de dados secundários registrados nos prontuários ocorreu de novembro de 2019 a julho de 2021.

4.8 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados da pesquisa matricial ocorreu por meio dos dados contidos no questionário e dos registros do prontuário dos pacientes (APÊNDICE A).

O questionário digitalizado foi elaborado no XLSForm. A planilha foi convertida para XML, importada para o Google Drive e vinculada a tablets, por meio do Open Data Kit (ODK) para a inserção dos dados. Após a coleta, os dados foram exportados para uma planilha do Excel e posteriormente analisados no STATA. Maiores detalhes estão apresentados no estudo de Galvão *et al.*, 2022. A equipe responsável pelo trabalho de campo foi composta por

entrevistadores selecionados por processo seletivo (estagiários bolsistas da graduação), supervisores de campo (docentes e discentes da pós-graduação) e coordenação geral (docentes). A produção do material de capacitação (manual do entrevistador e cartão resposta) e o treinamento da equipe de campo contou com profissionais de saúde da Vigilância do Câncer da SES-MT e pesquisadores especialistas na área.

Os entrevistadores foram devidamente treinados para uma aproximação e familiaridade das informações e a abordagem dos participantes, inserção dos dados no ODK instalado nos *tablets* e participaram do teste piloto nos locais de coleta de dados: Ambulatório de Oncologia do HCan-MT e Ambulatórios I e II do HUIJM.

Os entrevistadores realizaram um acolhimento aos pacientes com câncer que aguardavam atendimento ambulatorial, posteriormente os convidaram para a participação na pesquisa de modo voluntário. Mediante a aceitação em participar do estudo, firmaram o TCLE.

Para a análise dos estudos 1 e 2, o banco de dados de dados do projeto matricial foi disponibilizado pela pesquisadora responsável Profa. Noemi Dreyer da UFMT, mediante autorização formal.

5 RESULTADOS

ESTUDO 1 – SUPORTE SOCIAL, USO DE ÁLCOOL E TABACO EM PESSOAS COM CÂNCER: REVISÃO INTEGRATIVA

Juliana Benevenuto Reis; Karina Dal Sasso Mendes; Marcia dos Santos; Natália Priolli Jora Pegoraro; Sandra Cristina Pillon.

RESUMO

Objetivo: Sintetizar o conhecimento sobre o suporte social a pacientes com câncer em uso pregresso ou atual de álcool e/ou tabaco. **Método:** Trata-se de um estudo de revisão integrativa, utilizando as bases de dados: CINAHL, Embase, LILACS, PsycINFO PubMed, Scopus, e Web of Science, sem restrições de período e de idioma. Foi realizada análise dos dados de forma descritiva. **Resultados:** Dentre os 3.010 documentos identificados, 14 estudos foram elegíveis para compor esta revisão integrativa. Observou-se que dentre os tipos de suporte social recebidos pelos pacientes com câncer em uso pregresso ou atual de álcool e tabaco, destaca-se o emocional (n=5), o informacional (n=4), o familiar e o material (n=2), o religioso, o parceiro sexo-afetivo, o tangível, o afetivo, a interação social positiva, o instrumental e o companheirismo social (n=1). **Conclusões:** As evidências mostram a relevância do suporte social aos pacientes com câncer em relação ao uso de álcool e tabaco, pois pode proporcionar benefícios emocionais, incentivar mudanças de comportamento saudáveis e melhorar a qualidade de vida durante o tratamento e a recuperação. Existe a necessidade de discutir sobre a temática, uma vez que a literatura ainda é incipiente, sobretudo no Brasil, ratificando a importância de desenvolvimento de pesquisas na área.

Palavras-chave: Câncer. Suporte social. Uso de substâncias. Oncologia.

1 INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença cujo diagnóstico possui estigma e carga social intensa (Stewart; Wild, 2014), que culmina em sofrimento psicológico como situações de angústia, ansiedade, estresse, desesperança, insatisfação com a autoimagem, sentimento de culpa, medo e incerteza

quanto ao futuro (Ambrósio; Santos, 2015). Diante disso, a doença pode ocasionar o aumento do consumo de substâncias como álcool e/ou tabaco (Cancer Center Cessation Initiative Family and Social Support Systems Working Group, 2021), podendo ainda culminar em quadros de depressão e aumento do risco para o suicídio (Tsaras *et al.*, 2018; Naser *et al.*, 2021; Zamanian *et al.*, 2021).

A relação entre o consumo de álcool e/ou tabaco, mortalidade e câncer é crescente, evidenciando a causalidade entre o consumo dessas substâncias e o desenvolvimento da doença, tendo em vista que quanto maior o padrão do consumo de álcool e/ou tabaco ao longo da vida, maiores as chances de adoecimento por câncer (Rumgay *et al.*, 2021; Jiang *et al.*, 2018). Além disso, piores prognósticos de evolução do câncer e do tratamento estão relacionados à manutenção do consumo dessas substâncias após o diagnóstico, incluindo a recidiva, desenvolvimento de segundo tumor primário e de comorbidades, piora no quadro geral da saúde física e psicossocial, incluindo a depressão e redução do bem-estar e da qualidade de vida (Howren; Christensen; Pagedar, 2022; Marziliano; Teckie; Diefenbach, 2020).

Sendo o diagnóstico e o tratamento do câncer eventos extremamente estressantes e influenciados por fatores biopsicossociais que causam impactos negativos na vida da pessoa adoecida e o seu entorno (Ernst *et al.*, 2019), o suporte social pode ser um recurso valioso para a promoção da saúde mental às pessoas que vivenciam essa condição de adoecimento (Ciria-Suarez *et al.*, 2021; Steel *et al.*, 2004).

Nesse sentido, o suporte social representa uma prestação de auxílios por vários membros de uma rede a qual o indivíduo pertence; dá-se por meio de laços sociais e trocas comunicativas, proporciona bem-estar psicológico e físico, interação social e longevidade (Donovan; Greenwell, 2021). Ademais, tem potencial de gerar impacto positivo no tratamento, incluindo no manejo de sintomas, melhor gerenciamento de cuidados para as atividades básicas e instrumentais de vida diária, operacionalizado como um recurso social que varia entre os diferentes países, culturas e percepções individuais (Adam; Koranteng, 2020).

Nessa perspectiva, o suporte social pode ser considerado um constructo multifacetado, que em termos de definição, envolvendo cinco domínios importantes para sua avaliação: (I) suporte emocional - avalia a expressão de afeto positivo; (II) compreensão empática e encorajamento da expressão de sentimentos; (III) suporte informacional - envolve a orientação e a apreciação, facilitando a solução de problemas; (IV) suporte tangível ou material, que auxilia na ajuda material ou assistencial, apoio de interação social positiva, ou seja, a existência de pessoas com quem pode vivenciar momentos bons, que envolvem lazer e prazer; (V) suporte afetivo que envolve a expressão de amor e afeto (Sherbourne; Stewart, 1991).

Considerando o suporte social como parte estruturante das determinantes sociais da saúde no controle de situações vulneráveis, destacar no estudo a sua importância e os seus mecanismos, poderão trazer melhor entendimento sobre a necessidade de equidade no tratamento e no pós-tratamento de doenças (Kailemia; Lee; Renfrew, 2023), com ênfase ao câncer.

Considerando os seus fundamentos, o suporte social vem ganhando ênfase de forma positiva nas diferentes áreas da saúde, qualidade de vida e bem-estar, em especial na população com câncer (Howren, Christensen, Pagedar, 2022; Jiang *et al.*, 2018; Park *et al.*, 2021). Os efeitos benéficos da alta percepção de suporte social foram evidenciados em estudos com a população em geral, em diversos contextos de enfermidade como: pandemia da COVID-19, diabetes mellitus, depressão, ideação suicida (Alsubaie *et al.*, 2019; Grey *et al.*, 2020; Poudel; Gurung; Khanal, 2020; Rubio *et al.*, 2020) e adoecimento pelo câncer (Faraci *et al.*, 2021).

Assim, a influência dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) estão diretamente relacionadas às formas de viver antes e depois da doença, levando em consideração fatores individuais e coletivos; bem como, questões mais particulares que determinam o nível de apoio social vivenciado antes e após diagnóstico e tratamento da doença. Sendo importante sua análise no processo de cuidado compartilhado pela equipe (Rodríguez-González; Ramos-Monserrat; Arriba-Fernández 2023).

Apesar do incremento de estudos na literatura sobre os recursos e ao papel do suporte social em pacientes com câncer, a maioria enfoca somente aspectos biológicos (Adam; Koranteng, 2020), a qualidade de vida e o bem estar da pessoa com câncer (Ban *et al.*, 2021; Shen *et al.*, 2020; Zhang *et al.*, 2020). No entanto, estudos com ênfase nas dimensões do suporte social e uso de substâncias, como o álcool e/ou tabaco, de pacientes com câncer, ainda são escassos. Nesse contexto, o presente estudo tem por objetivo sintetizar o conhecimento sobre o suporte social a pacientes com câncer em uso pregresso ou atual de álcool e/ou tabaco.

2 MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, método de síntese de conhecimento que possibilita a busca, avaliação crítica e síntese do conhecimento produzido sobre determinado assunto, bem como revela lacunas na produção científica que norteiam pesquisas futuras. É um método de pesquisa que possibilita descobrir quais periódicos que mais publicam sobre o tema e qual a categoria profissional que mais estuda a temática, além de possibilitar a

verificação do conhecimento atual sobre o tema escolhido e sua contribuição para a prática profissional (Souza; Silva; Carvalho, 2010).

As seguintes etapas foram seguidas na presente pesquisa: elaboração da questão de pesquisa, amostragem, categorização dos estudos, avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa, interpretação e síntese dos resultados (Mendes; Silveira; Galvão, 2008). O protocolo desta revisão de escopo foi devidamente registrado na plataforma sem fins lucrativos *Open Science Framework* (OSF) (Foster; Deardorff, 2017) pode ser acessado através do identificador: <https://osf.io/r7hc6/> (Reis *et al.*, 2023).

A pergunta de pesquisa seguiu a estratégia PICO (Santos; Pimenta; Nobre, 2007), apresentada no Quadro 1.

Quadro 1 – Critérios de Seleção de acordo com a estratégia PICO

ACRÔNIMO	CRITÉRIO DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
P (População do estudo)	Pacientes com câncer	Estudos com pessoas com câncer em fase de tratamento de cuidados paliativos e em terminalidade
I (Intervenção estudada)	Suporte Social	Estudos que não apontem o suporte social; estudos que mensuram aspectos da qualidade de vida e estigma, apesar de apresentar resultados que apontam o suporte social
C (Comparação com outra intervenção)	Não aplicável neste estudo	Não aplicável neste estudo
O (Desfecho de interesse)	Uso de substâncias: álcool e/ou tabaco	Uso de outras substâncias que não sejam álcool e/ou tabaco

Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

Assim, elaborou-se a seguinte questão de pesquisa: “Quais são as evidências sobre o suporte social às pessoas com câncer que fizeram ou fazem uso do álcool e/ou tabaco?”. A seleção dos estudos foi realizada por dois revisores de forma individualizada e baseada nos seguintes critérios de inclusão: estudos sem restrição de idioma; estudos que abordam o suporte social e o uso de álcool e/ou tabaco no segmento de pessoas em adoecimento por câncer. Critérios de exclusão: estudos com pessoas com câncer em fase de tratamento de cuidados paliativos e em terminalidade; estudos que não apontam o suporte social; estudos que mensuram aspectos da qualidade de vida e estigma, apesar de apresentarem resultados que apontam o suporte social.

As bases de dados elegidas para este estudo foram: Índice Cumulativo de Literatura de

Enfermagem e Saúde Aliada (CINAHL), EMBASE, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), PsycINFO, Biblioteca Nacional de Medicina Institutos Nacionais de Saúde (PubMed), Scopus, e Web of Science (WOS). Além disso, foi realizada busca na lista de referências, com a leitura das referências citadas nos artigos selecionados para identificação de novos estudos.

A estratégia de busca foi construída com apoio de uma bibliotecária, fundamentada em descritores controlados e não controlados presentes nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), no Cabeçalho de Assuntos Médicos (MeSH), e nos Títulos CINAHL, sendo: Suporte Social; Câncer; Álcool; Tabaco, e adaptada para cada base de dados elencadas, com a utilização de operadores booleanos AND e OR, para conjugar os elementos da estratégia PICO. Quando pertinente, foi utilizado o recurso de truncagem. O Quadro 2 mostra as estratégias de busca realizadas nas bases de dados elegíveis para este estudo.

Quadro 2 – Estratégias de busca nas bases de dados organizadas para a revisão integrativa

BASE DE DADOS	ESTRATÉGIAS DE BUSCA
LILACS	("Apoio Social" OR "Suporte Social" OR "Apoyo Social" OR "Social Support" OR "Apoio Psicossocial" OR "Apoyo Psicossocial" OR "Psychosocial Support" OR "suporte emocional" OR "Grupos de Apoio" OR "emotional support" OR "support group*") AND (mh:C04\$ OR Neoplasia* OR Neoplasm* OR Tumor* OR Câncer*) AND (Álcool* OR Alcohol* OR Tabaco OR Tabagismo OR "Uso de Fumo" OR Tabaquismo OR Tobacco OR Smok*)
CINAHL	((MH "Support, Social+") OR "Social Support*" OR "Psychosocial Support*" OR "Psychological Support*" OR "emotional support" OR "Support Group*") AND ((MH "Neoplasms") OR Neoplasm* OR Tumor* OR Câncer*) AND ((MH "Alcohol-Related Disorders+") OR Alcoho* OR "Binge Drinking" OR (MH "Tobacco+") OR Tobacco OR (MH "Smoking+") OR Smok* OR cigarette*)
PubMed	("Social Support"[MeSH Terms] OR "social support*" [All Fields] OR "psychosocial support*" [All Fields] OR "psychological support*" [All Fields] OR "emotional support*" [All Fields] OR "support group*" [All Fields]) AND ("Neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasm*" [All Fields] OR "tumor*" [All Fields] OR "cancer*" [All Fields]) AND ("Alcohol-Related Disorders"[MeSH Terms] OR "alcoho*" [All Fields] OR "Binge Drinking" [All Fields] OR ("tobacco"[MeSH Terms] OR "tobacco" [All Fields] OR "tobacco products"[MeSH Terms] OR ("tobacco" [All Fields] AND "products" [All Fields]) OR "tobacco products" [All Fields] OR "tobaccos" [All Fields] OR "tobacco s" [All Fields]) OR "Smoking"[MeSH Terms] OR "smok*" [All Fields] OR "cigarette*" [All Fields])
Embase	('social support'/exp OR 'social support' OR 'social support*' OR 'psychosocial support*' OR 'psychological support*' OR 'emotional support'/exp OR 'emotional support' OR 'support group*') AND ([article]/lim OR [article in press]/lim OR [conference paper]/lim OR [conference review]/lim OR [review]/lim) AND ('neoplasm'/exp OR neoplasm OR neoplasm* OR tumor* OR câncer*) AND ([article]/lim OR [article in press]/lim OR [conference paper]/lim OR [conference review]/lim OR [review]/lim) AND ('alcoholism'/exp OR alcoholism OR alcoho* OR 'alcohol abuse'/exp OR 'alcohol abuse' OR 'binge drinking'/exp OR 'binge drinking' OR 'tobacco'/exp OR tobacco OR 'smoking'/exp OR smoking OR smok* OR cigarette*) AND ([article]/lim OR [article in press]/lim OR [conference paper]/lim OR [conference review]/lim OR [review]/lim)
PsycINFO	("Social Support*" OR "Psychosocial Support*" OR "Psychological Support*" OR "emotional support*" OR "Support Group*") AND Index terms({Neoplasms} OR {Breast Neoplasms} OR {Endocrine Neoplasms} OR {Leukemias} OR {Melanoma} OR {Metastasis} OR {Nervous System Neoplasms} OR {Terminal Cancer} OR Any fied (Neoplasm* OR Tumor* OR Câncer*) AND Index terms ({Alcohol Use Disorder} OR {Alcohol Intoxication} OR {Alcohol Abuse}) OR Any fied (Alcoho* OR "Binge Drinking" OR Tobacco OR "Smoking" OR Smok* OR cigarette*)
Scopus	("Social Support*" OR "Psychosocial Support*" OR "Psychological Support*" OR "emotional support*" OR "Support Group*") AND (Neoplasm* OR Tumor* OR Câncer*) AND (Alcohol* OR "Binge Drinking" OR Tobacco OR "Smoking" OR Smok* OR cigarette*)
Web of Science	("Social Support*" OR "Psychosocial Support*" OR "Psychological Support*" OR "emotional support*" OR "Support Group*") (Topic) and Article or Review Article or Proceeding Paper (Document Types) AND (Neoplasm* OR Tumor* OR Câncer*) (Topic) and Article or Review Article or Proceeding Paper (Document Types) AND (Alcohol* OR "Binge Drinking" OR Tobacco OR "Smoking" OR Smok* OR cigarette*) (Topic) and Article or Review Article or Proceeding Paper (Document Types)

Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

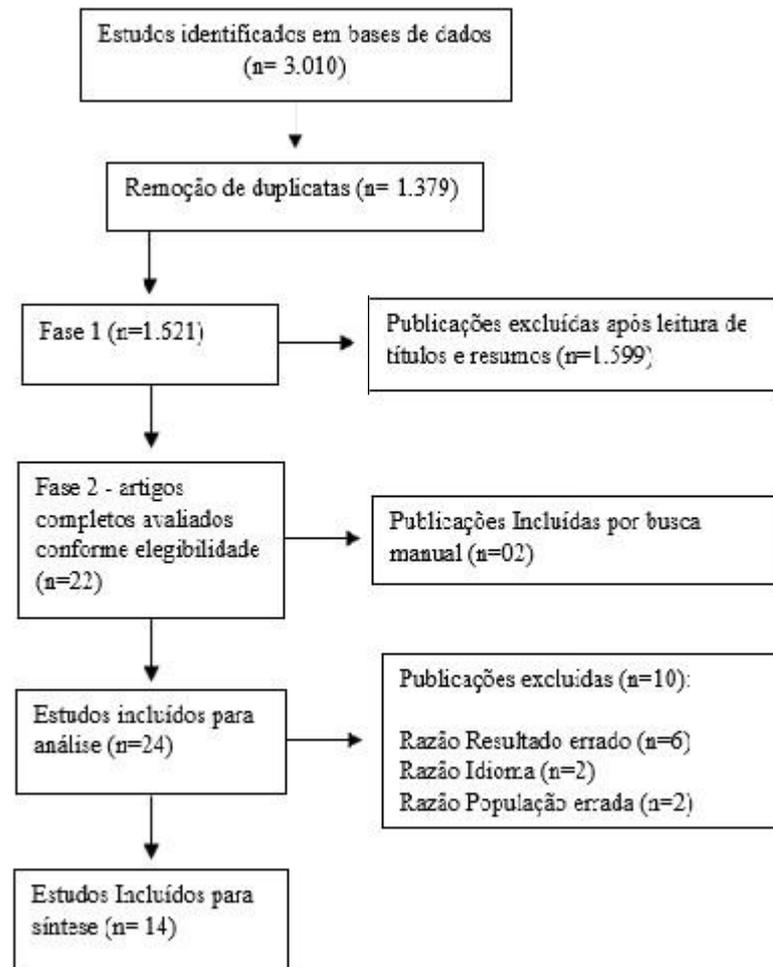
Os resultados oriundos dessa estratégia de busca foram exportados para o gerenciador de referências Endnote versão 20 da Clarivate (*desktop*), para identificação e remoção de duplicatas (Mendes; Silveira; Galvão, 2019). Posteriormente, os registros foram exportados para o *Rayyan*, uma plataforma *online*, utilizada para a triagem e seleção por pares de forma individual dos artigos, usando um processo de semiautomação (Ouzzani *et al.*, 2016). Duas etapas distintas de seleção foram conduzidas por dois revisores independentes, a priori, a seleção por meio da leitura de títulos e resumos dos estudos e, sequentemente, análise dos artigos na íntegra. Após cada etapa das divergências para eleição de artigos, um terceiro revisor foi convocado para reunião de consenso.

Os dados foram extraídos de estudos primários por meio de um roteiro elaborado pelos autores, que permitiu a identificação do estudo, bem como as características metodológicas, incluindo informações como: autor(es), ano de publicação, país de publicação, delineamento do estudo, objetivos do estudo e principais achados e conclusões. Os estudos incluídos foram avaliados quanto à abordagem metodológica (quantitativa ou qualitativa) e o desenho de pesquisa dos estudos, utilizando a terminologia indicada pelos autores dos estudos identificados. Por fim, realizou-se a classificação das evidências de acordo com a questão de pesquisa da presente revisão (Melnik; Fineout-Overholt, 2019).

3 RESULTADOS

Um total de 3.010 documentos foram identificados, desses 1.379 foram removidos por estarem duplicados. Após leitura de títulos e resumos de 1.631 documentos, foram selecionados 24 artigos para a leitura na íntegra. A partir dessa leitura e considerando os critérios de seleção, oito artigos foram excluídos, resultando em 14 artigos elegíveis para compor a presente revisão integrativa. O processo de seleção com detalhes está apresentado na Figura 1.

Figura 1 – Processo de Seleção dos Artigos



Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

Dos estudos, oito foram desenvolvidos em países como: EUA, China e Coreia do Sul sendo dois estudos cada país, um no Reino Unido e o outro no Brasil. Publicados predominantemente em periódicos da área de Medicina, Psicologia, Saúde, Enfermagem e Multidisciplinar.

Quanto à formação dos primeiros autores dos artigos, 43% (n=6) eram da psicologia, 36% (n=5) da medicina e 21% (n=3) da enfermagem. Quanto aos locais de origem da coleta de dados, 71% (n=10) eram de ambiente hospitalar e 29% (n=4) oriundos de inquéritos nacionais. Ao somar as amostras dos 14 estudos desta revisão, obteve-se um total de 12.007 pacientes investigados, sendo a maior amostra composta por 8.055 participantes (Poghosyan *et al.*, 2016) e a menor amostra foi de 24 pessoas com câncer (Miller *et al.*, 2022). Nos 14 estudos, a amostra era pessoas adultas, com média de 56,5 anos. Dos estudos, 9 (64%) avaliaram cânceres diretamente associados ao uso de álcool e/ou tabaco (Berg *et al.*, 2013; Chang *et al.*, 2018;

Chen; Huang; Lin, 2013; Gonzalez, 2013; Graner, 2013; Poghosyan *et al.*, 2016; Manne *et al.*, 2016; Yang *et al.*, 2013; Walker *et al.*, 2004) e 36% (n=5) indiretamente relacionados (Andersen *et al.*, 2004; Black *et al.*, 2016; Choi; Park, 2016; Krasne *et al.*, 2022; Miller *et al.*, 2022).

No Quadro 2 está apresentada a primeira síntese dos estudos, divididos em: título do estudo, autoria, objetivo(s) e principais resultados.

Quadro 3 – Síntese dos estudos incluídos na revisão integrativa, com informações sobre o título da pesquisa, objetivo(s) e principais resultados
(continua)

TÍTULO DO ESTUDO E AUTORIA	OBJETIVO(S)	PRINCIPAIS RESULTADOS
Alterações psicológicas, comportamentais e imunológicas após uma intervenção psicológica: um ensaio clínico (Andersen <i>et al.</i> , 2004).	Avaliar a eficácia de uma intervenção psicológica para reduzir o sofrimento emocional, melhorar os comportamentos de saúde.	Intervenção psicológica promove melhorias no apoio social percebido, diminuição significativa da ansiedade, melhores hábitos alimentares e redução do tabagismo.
Desejo de fumar e recaída em pacientes com câncer de pulmão: resultados de um estudo retrospectivo preliminar (Walker <i>et al.</i> , 2004).	Caracterizar a taxa e o momento da recaída ao tabagismo entre pacientes com câncer de pulmão submetidos à ressecção cirúrgica. Examinar as associações de depressão, apoio social e reatância psicológica com sintomas apetitivos e aversivos ao uso do tabaco.	O risco de recaída ao tabagismo foi inicialmente baixo após a hospitalização, mas aumentou a partir de dois meses. Fumantes atuais mostraram maior desejo de fumar, associado à depressão. Indivíduos com alta reatância psicológica e apoio social direto apresentaram aumento nos impulsos para fumar.
Relações entre tabagismo continuado versus cessação em sobreviventes de câncer relacionados ao tabagismo (Berg <i>et al.</i> , 2013).	Examinar os fatores associados à continuação do tabagismo em sobreviventes de câncer relacionados ao tabagismo em termos sociodemográficos. Fatores relacionados ao tabagismo e psicossociais (depressão, esperança, qualidade de vida e apoio social). Identificar os motivadores e as barreiras para a cessação do tabagismo nesta população.	Motivadores para a cessação do tabagismo (impacto do diagnóstico de câncer, apoio social - aconselhamento médico para parar, influências sociais) e barreiras à cessação (desesperança, estresse, dependência).
Depressão e preditores em sobreviventes de câncer bucal em Taiwan (Chen; Huang; Lin, 2013).	Identificar as características da depressão e os fatores preditores associados em pacientes com câncer bucal.	Apoio social da família, crença religiosa, uso do álcool, o incômodo com os sintomas e o apoio social da família foram considerados importantes de previsão de depressão; níveis baixos de SS da família apresentaram probabilidade maior de desenvolver depressão.
Prevalência, preditores e correlatos da ocultação do diagnóstico de câncer de pulmão pelo paciente (Gonzalez, 2013).	Determinar a prevalência de ocultação e identificar correlatos demográficos, clínicos e psicossociais de ocultação entre pacientes com câncer de pulmão.	No mês anterior, indivíduos que esconderam o diagnóstico, evitaram contatos informais e tiveram maior probabilidade de consumir álcool e maior chance de recorrência recente. A vergonha internalizada e a reavaliação positiva foram fatores significativos na ocultação do diagnóstico, além da influência do consumo de álcool.

Quadro 3 – Síntese dos estudos incluídos na revisão integrativa, com informações sobre o título da pesquisa, objetivo(s) e principais resultados
(continua)

TÍTULO DO ESTUDO E AUTORIA	OBJETIVO(S)	PRINCIPAIS RESULTADOS
Pacientes em processo diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço: aspectos psicológicos, percepções e expectativas (Graner, 2013).	Identificar características sociodemográficas, da saúde física e mental, percepções e expectativas ao atendimento e diagnóstico de pacientes com câncer de cabeça e pescoço.	Expectativa de tratamento adequado naqueles com maior apoio social. Percepções realistas sobre sua saúde, satisfação com atendimento, expectativa sobre tratamento adequado, compreensão das informações recebidas e a intenção de tratamento e “continuar a vida normalmente”.
Associação entre apoio social percebido e tabagismo contínuo em sobreviventes de câncer (Yang <i>et al.</i> , 2013).	Examinar os fatores relacionados à continuação do tabagismo em sobreviventes do câncer, com atenção específica ao papel do apoio social percebido.	Consumo de álcool, estágio inicial do câncer, diagnóstico de câncer e alto apoio social percebido foram associados a continuação do tabagismo.
Associação entre apoio social e tabagismo em sobreviventes de câncer com sofrimento mental frequente e infrequente: resultados de 10 estados dos EUA, 2010 (Poghosyan <i>et al.</i> , 2016).	Avaliar a associação entre apoio social e tabagismo em adultos sobreviventes de câncer, com ênfase nas diferenças de saúde mental, envolvendo dados de 10 estados dos EUA.	Baixo nível de apoio social e sofrimento mental frequente nos últimos 30 dias. Os sobreviventes que receberam níveis mais elevados de apoio social apresentaram menor probabilidade de serem fumadores atuais do que aqueles que tinham nível mais baixo de apoio social.
Características de saúde compartilhadas em pacientes hispânicos com câncer colorretal e sua principal pessoa de apoio social após o diagnóstico primário (Black <i>et al.</i> , 2016).	Determinar os níveis individuais e compartilhados de características psicossociais e de saúde, comportamentais e sintomáticas em hispânicos com história recente de câncer e sua principal pessoa de apoio social (PSSP) nos anos seguintes ao diagnóstico.	As principais pessoas do suporte social PSSP eram principalmente cônjuges ou filhos dos pacientes. Mindfulness foi negativamente associado ao tabagismo e ao consumo de álcool.
Estado psicológico e fatores associados em sobreviventes de câncer em coreanos: uma análise transversal do quarto e último grupo. Quinta Pesquisa Nacional de Exame de Saúde e Nutrição da Coreia (Choi; Park, 2016).	Avaliar o sofrimento psicológico e os fatores associados em sobreviventes de câncer.	Indivíduos com apoio social limitado foram os mais propensos ao sofrimento psicológico, fumantes atuais ou usuários de álcool de risco, com doenças crônicas e aqueles com autopercepção deficiente do seu estado de saúde.

Quadro 3 – Síntese dos estudos incluídos na revisão integrativa, com informações sobre o título da pesquisa, objetivo(s) e principais resultados (conclusão)

TÍTULO DO ESTUDO E AUTORIA	OBJETIVO(S)	PRINCIPAIS RESULTADOS
Experiências com cuidados, sobrevivência e necessidades de informação e apoio a pacientes com câncer oral e orofaríngeo (Manne <i>et al.</i> , 2016).	Descrever as experiências de cuidados no pós-tratamento, as necessidades de informação e de apoio dos sobreviventes de câncer oral e orofaríngeo. Examinar os antecedentes (idade, educação, gênero e tabagismo atual), correlatos médicos e psicossociais das necessidades de informação e apoio entre sobreviventes de câncer oral e orofaríngeo.	A falta de energia foi a necessidade de apoio significativo. Os abstinentes de álcool e com maior medo de recidiva desejaram mais informações sobre tratamento e efeitos a longo prazo. Fumantes e pacientes mais angustiados manifestaram maior necessidade de apoio.
Fatores associados ao uso continuado do tabaco após o tratamento do câncer de cavidade oral: um estudo pareado por idade e tempo de sobrevivência (Chang <i>et al.</i> , 2018).	Comparar em pessoas com câncer oral o apoio social, depressão, dependência de nicotina, função física e socioemocional em fumantes ativos e aqueles que pararam de fumar, combinando idade e tempo de sobrevivência. Identificar os preditores do uso continuado do tabaco durante o período de sobrevivência.	O grupo que parou de fumar teve significativamente mais apoio social, menos depressão e maior função socioemocional do que o grupo que continuou fumando. Pessoas solteiras, submetidas a cirurgia sem reconstrução, com fraco apoio social e com função socioemocional deficiente tinham maior probabilidade de continuar a fumar.
Estratégias de enfrentamento e ansiedade em jovens sobreviventes de câncer de mama (Krasne <i>et al.</i> , 2022)	Descrever as estratégias de enfrentamento relatadas por mulheres jovens diagnosticadas com câncer de mama aos 40 anos ou menos, nos primeiros dois anos após o diagnóstico e avaliar a relação entre estratégias de enfrentamento e ansiedade.	O apoio social foi a estratégia de enfrentamento mais relatadas, com predominância de relatos de uso moderado ou maior apoio emocional de um parceiro, país, outra família, bem como dependência de amigos.
Explorando o impacto percebido do apoio social nos comportamentos de saúde das pessoas que vivem com e após o câncer durante a pandemia de COVID-19: um estudo qualitativo (Miller <i>et al.</i> , 2022).	Compreender como o apoio social foi percebido e se impactou nos comportamentos de saúde das pessoas que vivem com e para além do câncer durante a pandemia de COVID-19.	Companheirismo e responsabilização como motivadores para a atividade física; Influências sociais no consumo de álcool; Apoio instrumental nas práticas alimentares; Apoio informativo como importante para a mudança de comportamento e Validação de comportamentos de saúde de redes sociais imediatas.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

No Quadro 4 está apresentada a segunda síntese dos estudos, incluindo autores, ano e país, desenho do estudo, instrumento de avaliação do suporte social e rede de apoio:

Quadro 4 – Síntese dos estudos incluídos na revisão integrativa que abordam o Suporte Social em pessoas com câncer em uso de álcool e/ou tabaco

(continua)

AUTORES, ANO E PAÍS	DESENHO DO ESTUDO	INSTRUMENTO AVALIAÇÃO DO SUPORTE SOCIAL	REDE DE APOIO CITADA
Andersen <i>et al.</i> , 2004 Estados Unidos	Ensaio Clínico randomizado	As Escalas de Apoio Social Percebido (PSS) para Amigos e Familiares avaliam a necessidade e a percepção de receber apoio de amigos ou familiares.	Filhos, família e cônjuge.
Walker <i>et al.</i> , 2004 Estados Unidos	Coorte retrospectivo	Inventário de Apoio Social (SSI); uma medida de apoio social de 17 itens desenvolvido na Universidade de Washington.	Não se aplica.
Berg <i>et al.</i> , 2013 Estados Unidos	Coorte retrospectivo de abordagem mista	Escala Multidimensional de Apoio Social Percebido (MSPSS); composto por 12 itens divididos em três subescalas: apoio de amigos, apoio da família e apoio de outros significativos.	Família e Amigos.
Chen; Huang; Lin, 2013 China	Estudo transversal correlacional	SSS-m de 32 itens divididos em duas subescalas, que avaliam o suporte percebido de membros da família e profissionais de saúde.	Família e profissionais de saúde.
Gonzalez <i>et al.</i> , 2013 Estados Unidos	Estudo transversal descritivo exploratório.	Instrumento de Apoio Social ENRICHED (ESSI): 5 itens que avaliam o apoio emocional: Há alguém disponível para lhe dar bons conselhos sobre um problema?" e "Existe alguém disponível para você que lhe demonstre amor e carinho?".	Não citada.
Graner, 2013 Brasil	Estudo descritivo longitudinal	Questões sobre apoio social: "Tem com quem dividir seus problemas? Com quem? Sente-se satisfeito com o apoio que recebe? Professa alguma religião?".	Familiares, religião e profissional.
Yang <i>et al.</i> , 2013 Coreia do Sul	Estudo multicêntrico de âmbito nacional	Questionário de Apoio Social Funcional (FSSQ) DUKE-UNC. Avaliar a percepção de um indivíduo sobre a quantidade e tipo de apoio social e pessoal (apoio afetivo e apoio confiante) com três itens únicos.	Cônjuge.
Poghosyan <i>et al.</i> , 2016 Estados Unidos	Estudo transversal de abordagem quantitativa	Questão: "Com que frequência você obtém o apoio socioemocional de que precisa?" As opções de resposta eram sempre", "geralmente", "às vezes", "raramente" e "nunca".	Não citada.
Black <i>et al.</i> , 2016 Estados Unidos	Estudo de coorte de base populacional	Questão: se há uma pessoa que auxilia na tomada de decisões médicas e em questões de saúde relacionadas ao diagnóstico de câncer.	Pais, cônjuges ou companheiros, filhos e amigos.
Choi; Park, 2016 Coreia do Sul	Estudo transversal	Não citado.	Cônjuge.

Quadro 4 – Síntese dos estudos incluídos na revisão integrativa que abordam o Suporte Social em pessoas com câncer em uso de álcool e/ou tabaco

			(conclusão)
AUTORES, ANO E PAÍS	DESENHO DO ESTUDO	INSTRUMENTO AVALIAÇÃO DO SUPORTE SOCIAL	REDE DE APOIO CITADA
Manne <i>et al.</i> , 2016 Estados Unidos	Estudo transversal, descritivo e exploratório	Supportive Care Needs Survey - versão abreviada. 25 itens, 5 domínios: físico, psicológico, sistemas e informação de cuidados de saúde, cuidados e apoio ao paciente e domínios da sexualidade.	Não citada.
Chang <i>et al.</i> , 2018 China	Estudo transversal, de abordagem quantitativa.	Escala de Apoio Social (SSS-m) com 20 itens; quatro subescalas: apoio emocional/informacional (oito itens), apoio tangível (quatro itens), apoio afetivo (três itens) e interação social positiva (três itens), e um item adicional.	Não citada.
Krasne <i>et al.</i> , 2022 Estados Unidos	Estudo de coorte longitudinal e multicêntrico	Instrumento não validado: 18 itens sobre apoio emocional.	Família, pais, amigos e cônjuge.
Miller <i>et al.</i> , 2022 Reino Unido	Estudo transversal descritivo, exploratório, qualitativo	Análise de estrutura seguindo as etapas usando os quatro tipos de apoio social propostos por Cohen e Wills: emocional, informativo, companheirismo social e apoio instrumental.	Filhos, amigos, cônjuge, vizinhos, familiares.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

Dos estudos, cinco não utilizaram instrumentos validados de avaliação do suporte social, contudo não deixaram de avaliar esse construto, mas o fizeram por meio de questionamentos sobre o suporte social, com questões sobre percepção do suporte emocional e a rede de apoio, como: “Tem com quem dividir seus problemas? Com quem? Sente-se satisfeito com o apoio que recebe?” com respostas dicotômicas, “sim ou não” (Choi; Park, 2016; Graner, 2013; Krasne *et al.*, 2022;). Também constam em estudos o uso de uma questão única: “Com que frequência você tem o apoio social e emocional de que precisa?” As opções de resposta eram: “sempre”, “geralmente”, “às vezes”, “raramente” e “nunca” (Poghosyan *et al.*, 2016). Além de um estudo que utilizou uma pergunta para o paciente citar se havia e qual a pessoa do apoio social que auxilia na tomada de decisões médicas e em questões de saúde relacionadas ao diagnóstico de câncer (Black *et al.*, 2016).

A variável depressão foi destacada em diversas pesquisas, sendo que em 10 (71%) estudos o transtorno depressivo em pacientes com câncer foi avaliado por meio de instrumentos validados, com questionamentos sobre o estado depressivo (Berg *et al.*, 2013; Black *et al.*, 2016; Chang *et al.*, 2018; Chen *et al.*, 2013; Choi; Park, 2016; Graner, 2013; González, 2013;

Krasne *et al.*, 2022; Poghosyan *et al.*, 2016; Walker *et al.*, 2004).

O uso de álcool e/ou tabaco foi identificado em 13 (93%) estudos, a mensuração ocorreu por meio, tanto da aplicação de instrumentos validados como de questionamentos sobre o estado e a quantidade de uso das substâncias. Desses, 4 (31%) utilizaram instrumentos validados, para a avaliação do uso de tabaco: Questionário de Desejo de Fumar (Questionnaire of Smoking Urges [QSU]) de 32 itens desenvolvido por Tiffany e Drobes (Walker *et al.*, 2004); dois estudos utilizaram o Teste de Dependência da Nicotina de Fagerström (Berg *et al.*, 2013; Chang *et al.*, 2018) e o Teste de Identificação dos problemas relacionados ao Uso de Álcool (AUDIT) (Graner, 2013).

Os estudos que não avaliaram o uso de álcool e/ou tabaco por meio de instrumentos validados, utilizaram uma avaliação do estado atual do uso, como: (i) bebedor atual, (ii) bebedor anterior e (iii) nunca bebeu. Assim como, categorizou o tabagismo em: (i) não fumante, (ii) ex-fumante e (iii) fumante atual, além dessa categorização, havia perguntas sobre o uso de álcool e tabaco com respostas do tipo dicotômicas (sim/não) (Andersen *et al.*, 2004; Chen; Huang; Lin, 2013) e uso no último mês (Gonzalez, 2013; Manne *et al.*, 2016). Evidenciou questionamento sobre a idade em que pararam de fumar, se pararam de fumar antes ou depois do diagnóstico de câncer e a quantidade de cigarros fumados antes de parar, para os fumantes atuais, foi perguntado sobre a idade de início do tabagismo e o número de cigarros fumados por dia atualmente (Yang *et al.*, 2013).

Um outro estudo avaliou os fumantes atuais, definindo os pelo uso de menos de 100 cigarros na vida e se fumam atualmente (todos os dias ou alguns dias). Ex-fumantes foram definidos como aqueles que fumaram pelo menos 100 cigarros na vida, mas não fumavam mais no momento da entrevista. Nunca fumaram foram definidos como aqueles que relataram que não fumaram (100 cigarros) na vida (Poghosyan *et al.*, 2016).

Outro estudo avaliou a frequência de uso do tabagismo atual (pelo menos um cigarro por dia, ou um charuto/cachimbo por mês, durante três meses ou mais) e o uso de álcool (pelo menos uma dose de bebida alcoólica uma vez por semana durante seis meses ou mais). Foram quantificados examinando as datas de início e da cessação de uso no período da pesquisa, além do que, se os usuários não informassem uma data de encerramento, eles seriam considerados como atuais (Black *et al.*, 2016). Um outro estudo avaliou além do consumo de álcool, o consumo de risco definido como o consumo de álcool superior a três doses padrão por dia (Choi; Park, 2016); além de um estudo que não mensurou o consumo das substâncias, mas trouxe resultados sobre às influências sociais relacionadas ao consumo de álcool (Miller *et al.*, 2022).

Dentre os tipos de suporte social percebido por pacientes com câncer em uso pregresso ou atual de álcool e/ou tabaco, destacaram a dimensão emocional (n=5), informacional (n=4), familiar (n=2), material e religioso, oriundo da parceria sexo-afetivo, o tangível, o afetivo, a interação social positiva, o instrumental e o companheirismo social, sendo um em cada. A nuvem de palavras sobre os tipos de suporte social evidenciados nos estudos está apresentada na Figura 2.

Figura 2 – Nuvem de palavras contendo os tipos de suporte social mais comuns dos 14 estudos que avaliaram o uso de álcool e/ou tabaco.



Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

4 DISCUSSÃO

Este estudo avaliou as publicações sobre suporte social em pessoas com câncer e uso de álcool e/ou tabaco em sete bases de dados. Nota-se que a maioria dos estudos avaliou o suporte social com instrumentos previamente validados, enquanto outros avaliaram com questionamentos de própria autoria, assim como investigaram a depressão, uso de álcool e tabaco antes e após o adoecimento por câncer.

Diversos fatores relacionados ao adoecimento, incluindo o desenvolvimento do câncer, são causados ou agravados por comportamentos relacionados aos estilos de vida não saudáveis, como sedentarismo, maus hábitos alimentares, tabagismo e consumo excessivo de álcool (Espinosa-Salas; Gonzalez-Arias, 2023). As estimativas globais mostram que 4,1% de todos os novos casos de câncer, no ano de 2020, foram atribuídos ao consumo de álcool, tendo o consumo excessivo como o maior responsável por esses índices (Rumgay *et al.*, 2021). Dessa

forma, consumir em excesso ou mesmo no padrão *binge*, isto é, até que os níveis de concentração de álcool no sangue alcancem 0,08g/dL, potencializa o risco para alguns tipos de adoecimento, como câncer, por exemplo (Bagnardi *et al.*, 2015; White *et al.*, 2017).

Um estudo desenvolvido na Alemanha identificou cinco fatores de risco para o desenvolvimento do câncer relacionados a estilo de vida que são modificáveis, tais como dieta, atividade física, gordura corporal, tabagismo e/ou o consumo de álcool (Carr *et al.*, 2020). Há um consenso de que o consumo de álcool aumenta potencialmente o risco para o desenvolvimento de vários tipos de câncer (Christensen *et al.*, 2019; Runggay *et al.*, 2021), mas a conscientização pública sobre esta substância como um fator de risco para a doença ainda é baixa (Christensen *et al.*, 2019), os resultados mostraram a importância da educação em saúde para a população a fazer escolhas positivas de saúde e mudanças em seus estilos de vida.

Em relação ao uso de tabaco, não apenas no Brasil, essa substância continua sendo responsável por um número expressivo de óbitos relacionados ao câncer, tanto em homens quanto em mulheres (India State-Level Disease Burden Initiative Cancer Collaborators, 2018; Malta *et al.*, 2020; Poirier *et al.*, 2019). Além disso, vale salientar que a combinação do uso do álcool e o/ou de tabaco pode potencializar os riscos de neoplasias (Scherübl, 2023).

Os efeitos e a manutenção do uso dessas substâncias como potencialmente cancerígenas em pessoas já com diagnóstico de câncer se tornam um agravante ainda maior, pois podem aumentar os riscos para um desfecho negativo do quadro da doença e comprometer as fases do tratamento, com piores prognósticos, comorbidades físicas e psiquiátricas, recidiva do tumor, segundo tumor, metástase (Asvat *et al.*, 2020; Howren; Christensen; Pagedar, 2022; Krewski, *et al.*, 2019; Marziliano; Teckie; Diefenbach, 2020).

Todo o estresse do processo ocasionado pelo adoecimento do câncer se torna um gatilho e/ou desafio para os pacientes usuários de álcool e/ou tabaco, todavia também depende da fase em que se encontra o processo da doença. Em estudo envolvendo sobreviventes de câncer, o uso de tabaco e/ou álcool foram avaliados como uma forma de acalmar, relaxar e desestressar, como uma forma bem conhecida para o enfrentamento dos sentimentos negativos, ansiedade e estresse (Mujcic *et al.*, 2021). Por outro lado, o álcool tende a ser utilizado por sobreviventes de câncer de forma analgésica, em virtude do maior risco de dor devido à doença e aos tratamentos oncológicos (Calvert *et al.*, 2023).

Para Walker *et al.* (2004), que pesquisou o estado atual do fumante ou de recaída do tabagismo em pacientes com câncer de pulmão em fase mais tardia (média de seis meses após a cirurgia), em seus resultados, as chances de recaída foram significativamente maiores nesse grupo, quando comparadas a aquele em fase inicial do diagnóstico e pré-operatório, onde as

orientações sobre a importância de cessar o consumo pelos profissionais de saúde podem ser incentivadas.

Frente ao exposto e considerando que o uso dessas substâncias são fatores potencialmente modificáveis (Scherübl, 2023), indivíduos em tratamento oncológico apresentam melhores resultados quando cessaram o uso do tabaco (Hutcheson *et al.*, 2023) e do álcool (Calvert *et al.*, 2023). A integração de medidas nos registros oncológicos emerge como uma estratégia promissora para monitorar de forma abrangente tanto o progresso do tratamento quanto os esforços relacionados à cessação do tabagismo no âmbito dos cuidados oncológicos. Esta integração de informações pode fornecer uma visão holística do cuidado ao paciente, permitindo uma abordagem mais personalizada e eficaz. Incluindo dados desde o rastreamento do uso do tabaco até a implementação de intervenções específicas para promover a cessação, contribuindo, assim, para uma gestão mais completa e integrada da saúde oncológica e as questões relacionadas ao uso de substâncias (Hutcheson *et al.*, 2023).

Nesse sentido, as abordagens para identificação e intervenção utilizando instrumentos padronizados podem servir como um meio de prevenção de danos para uns e a promoção de saúde para outros, tendo em vista a conscientização sobre os problemas ocasionados pelo uso desta substância (Chang *et al.*, 2018; Graner, 2013) e, ainda, fornecer orientações e suporte para a cessação do uso, em todas as etapas do processo de adoecimento por câncer (Neumann; Murphy; Seetharamu, 2021).

Promover o suporte social de forma adequada pode minimizar comportamentos de risco e as vulnerabilidades que os indivíduos podem estar expostos. Denota-se com isso, o poder da rede social (relações sociais reais e de conexão com pessoas) como protetiva no sustento de hábitos de vida, busca por melhorias, prognósticos satisfatórios e desejo de bem-estar (Brian *et al.*, 2024).

Nesta investigação, a maioria dos estudos foram desenvolvidos por autores da Área da Psicologia. Isso pode estar ocorrendo devido aos impactos que o adoecimento ocasiona nos aspectos psicológicos, os laços sociais e afetivos da pessoa, somados a outros fatores que influenciam o suporte social de pacientes oncológicos, impactando também no tratamento (Bou-Samra *et al.*, 2022; Corovic *et al.*, 2023). Nossos dados corroboram aos do estudo de Macedo *et al.*, 2018, que descreveram que há um incremento de pesquisas sobre o tema nos últimos anos na área da Saúde e Psicologia.

Há de ser considerado que, além de um estilo de vida saudável para prevenir o câncer, também é relevante o suporte social entre as pessoas, concedendo maior atenção, sobretudo, àquelas que possuem menor apoio (Chen *et al.*, 2022). Logo, o baixo suporte social está

associado ao pior prognóstico em pacientes com câncer. Desse modo, uma grande rede social pode denotar uma fonte de suporte social, todavia pode desencadear expectativas de apoio por terceiros, podendo reverberar em estresse (Idahl; Hermansson; Lalos, 2018).

No estudo de Rodríguez-González, Ramos-Monserrat e Arriba-Fernández (2023), o baixo suporte social foi relacionado ao uso e abuso de álcool e tabaco, além de outros comportamentos e estilos de vida que levam a precariedade do estado de saúde. O suporte social ensejado por família, amigos, religião, conhecidos e a própria rede de cuidados em saúde pode enriquecer e potencializar a experiência da melhora e manutenção deste estado de qualidade de vida.

Corroborando com os achados desta revisão, a pesquisa mostrou que o suporte social fornecido por cuidadores informais, familiares e amigos está relacionado a desdobramentos positivos no tratamento oncológico, reduzindo de maneira significativa o sofrimento mental e culminando na melhoria do bem-estar emocional (Aprilianto; Lumadi; Handian, 2021). Verificou-se, neste estudo, que as redes de apoio social foram descritas na maioria dos estudos analisados, sendo: família, cônjuges, amigos, filhos, profissionais de saúde, religião e vizinhança os mais importantes. Prevalecendo como referência, o apoio social da família de maneira mais geral.

Considerando o pressuposto de Sorensen (2000), de que o suporte social às pessoas com câncer deve superar as iniquidades em saúde, de forma que, utilizando a rede familiar e os recursos da saúde, promova um processo de reestruturação da vida e da própria estrutura social, envolvendo questões mais profundas e subjetivas que compõe o processo saúde e doença.

Nesse sentido, o suporte social familiar pode se apresentar em quatro modalidades: apoio por informação, recompensa, apoio emocional e instrumental. O primeiro, o apoio informativo, é oriundo dos familiares por meio de aconselhamento; e o apoio por recompensa, é manifestado por expressões positivas e respeito derivado da família. O apoio emocional é manifestado por meio de empatia e carinho e o instrumental se materializa na forma de assistência direta ao indivíduo (Friedman, Bowden, Jones, 2003).

Em relação ao suporte social do(a) parceiro(a), trata-se de um fator que pode impulsionar a percepção de mais apoio social, uma vez que a percepção/sensação de poder contar com o apoio emocional/moral do(a) parceiro(a) proporciona melhor enfrentamento da doença, juntamente com o apoio informacional de outros membros da família são os que mais contribuem para a redução dos sintomas e sofrimento psíquico dos pacientes com câncer (Chen *et al.*, 2021; Ruiz-Rodríguez *et al.*, 2022).

Estudo mostra a importância do suporte social na percepção de bem-estar físico e na qualidade de vida, com evidências de que os pacientes casados ou em união consensual percebiam mais apoio social e maior percepção de saúde, quando comparado a aqueles sem parceiro(a) sexo-afetiva (Lavdaniti *et al.*, 2017).

Por ser o diagnóstico de câncer uma situação complexa na vida do paciente, as redes sociais como família, amigos e grupos sociais, exercem uma influência considerável nos padrões de tabagismo, por exemplo. Logo, intervenções que incluem membros da rede social dos pacientes, especialmente os fumantes, podem aprimorar as taxas de abandono do tabagismo. Destaca-se que sobreviventes de câncer que possuem mais suporte social tendem menos a manter o comportamento do fumar (Neumann; Murphy; Seetharamu, 2021).

Ainda, salienta-se a ideia de Sampaio e Ramos (2023), que o acesso aos serviços de saúde e fatores de proteção, como rede integrada e familiares, pode fazer toda a diferença na resiliência da pessoa em relação ao estado de adoecimento, sua adaptação e reinserção nos contextos de sua nova vida. Este suporte social pode ser incluído na assistência à saúde e assistência social, além de estimular a convivência e a manutenção de uma rede de conexões sociais.

Uma pesquisa estadunidense mostrou que os sobreviventes de câncer que relatam ter menos apoio socioeconômico e psicossocial podem estar em maior risco de continuar fumando (Ehrenzeller; Mayer; Goldstein, 2018). A manutenção do tabagismo após o diagnóstico de câncer pode levar ao desenvolvimento de possíveis interações terapêuticas, cânceres secundários e comorbidades (Ehrenzeller; Mayer; Goldstein, 2018). Além disso, afeta negativamente os resultados, incluindo a recorrência do câncer primário e/ou o desenvolvimento de outros cânceres. Desse modo, a prevalência do tabagismo em sobreviventes de câncer é preocupante, principalmente entre aqueles cujos cânceres estão relacionados ao uso do tabaco (Neumann; Murphy; Seetharamu, 2021; Scherübl, 2023). Nesse aspecto, os fumantes devem ser motivados a mudanças de comportamento em relação ao uso, na busca da cessação do tabagismo e programas de rastreamento do câncer (Scherübl, 2023).

Nesta perspectiva, os pacientes com câncer que continuam fumando enfrentam piores resultados terapêuticos, incluindo redução na qualidade de vida e sobrevivência. Estudo envolvendo pacientes de centros de tratamento para câncer torácico foram encaminhados para um serviço de cessação de tabagismo via telefônica, gratuito, denominado “*Opt-Out*”. Os resultados mostraram que os pacientes tiveram interesse pelo serviço e baixas taxas de recusa. Além disso, 78% dos pacientes participaram pelo menos uma vez do serviço; para os fumantes ativos, a participação no programa e o fato de estar casado(a) foram associados a cessação do

tabagismo. Isso sugere a relevância e aceitação desse tipo de suporte entre os pacientes oncológicos (Amato *et al.*, 2018), bem como a importância de integração de programas de cessação de substâncias, como álcool e tabaco. Com ênfase para o suporte social oferecido pelo parceiro durante este processo.

Nota-se nos estudos, que além do suporte social, a depressão foi avaliada entre as pessoas com câncer. A depressão é o transtorno psiquiátrico que mais recebe atenção em pacientes com câncer, além de ser uma condição esperada em todos os estágios da doença que vai desde a investigação diagnóstica até o período de controle (Ghanem *et al.*, 2020; Guo *et al.*, 2023).

Estudo envolvendo 57 pacientes afro-americanos com câncer mostrou que os pacientes com depressão careciam de suporte familiar e sistema de apoio, eram sedentários, consumiam álcool ou outras drogas como estratégias de enfrentamento. Os autores apontaram a importância de identificar e abordar de maneira mais eficaz a depressão, sugerindo uma avaliação minuciosa das necessidades de apoio social e dos recursos de enfrentamento nessa população pelos profissionais de saúde (Gary *et al.*, 2016).

Ademais, a prevalência e a gravidade de transtornos depressivos variam dependendo do tipo de câncer, dos efeitos ao longo do tratamento, da natureza não conservadora da modalidade terapêutica escolhida (Ilie; Rutledge; Sweeney, 2021), de terapêuticas hormonais (Nowakowska *et al.*, 2021), além de fatores sociodemográficos como a idade e o sexo (Linden *et al.*, 2012). Assim, a associação do suporte social com o bem-estar psicológico e os baixos níveis de sofrimento emocional em pessoas com câncer podem favorecer no enfrentamento da doença (Gudina *et al.*, 2021; Kelley *et al.*, 2019; Ochoa *et al.*, 2018).

Sendo o suporte social um aspecto psicossocial que promove a saúde mental e o apoio em diversos outros aspectos da vida em sobreviventes do câncer na jornada de adoecimento, há que se otimizar intervenções para avaliar e oferecer apoio social como importante estratégia para melhorar a qualidade da saúde mental dessas pessoas (Pinto *et al.*, 2023). Por isso se faz relevante que o apoio informacional, advindo de profissionais prestadores de cuidados de saúde, enfatizem e estimulem a cessação do uso do álcool e do tabaco em todas as etapas do adoecimento por câncer, ou seja, desde a fase que perpassa o diagnóstico, o tratamento, a remissão da doença até o acompanhamento tardio para o controle de recidivas.

A discrepância entre as intenções e as ações de uma pessoa é denominada lacuna intenção-comportamento. A capacidade de uma pessoa concretizar suas intenções pode ser afetada por fatores internos, como crenças, habilidades e conhecimentos, assim como por fatores externos, como tempo, recursos financeiros e suporte social, sendo este último destacado

em nossa pesquisa. Nesse sentido, os profissionais da saúde devem fazer o máximo para motivar as mudanças de comportamentos, como o alcoolismo e o tabagismo nos pacientes, o que pode melhorar a saúde e a longevidade desses usuários, bem como dos seus familiares (Espinosa-Salas; Gonzalez-Arias, 2023).

Outro dado importante é a função que a rede de apoio familiar e social exerce nas mudanças de comportamento relacionadas ao uso de tabaco em pacientes com câncer, como avaliado também nesta revisão. Assim, tem-se a importância de desenvolver estratégias baseadas em evidências para envolver esses sistemas de apoio para a cessação de hábitos não saudáveis, incluindo o alcoolismo e o tabagismo. Além dos benefícios para a recuperação do paciente, parar de fumar promove ambientes livres de tabaco para cuidadores, reduzindo a exposição ao fumo passivo (Cancer Center Cessation Initiative Family and Social Support Systems Working Group, 2021).

O estudo de Choi, Park e Noh (2024) destaca que o suporte social possui atributos que podem melhorar a estrutura de vida e saúde da pessoa. Estes autores elencam que a estrutura e integração social, com rede de apoio são imprescindíveis para melhoria de condições de saúde física e mental; o atributo educacional, como apoio educacional e acadêmico tem sua importância para remodelar acessos à informação e empoderamento; psicossociais, como apoios familiares, avaliação e auto avaliação positivas e de autoestima se fazem importantes na manutenção da constância de busca pela saúde e melhoria de si mesmo.

Destaca-se o atributo instrumental de suportes materiais e informativos que podem auxiliar a pessoa nas redes e tomadas de decisões em relação à estruturação dos inúmeros capitais de vida. É possível ainda, inferir que, o suporte social precede momentos de dificuldade, como antecedentes de crise, estresse, necessidades pessoais, redes sociais mínimas e inoperantes, climas sociais e familiares hostis. As consequências de mudanças nos suportes sociais dados a pessoas com câncer ou pós-tratamento teve como consequência a melhoria da saúde mental, qualidade de vida e sensação subjetiva de bem-estar (Choi; Park; Noh, 2024).

Os resultados de um estudo holandês envolvendo 15 sobreviventes de câncer, mostraram que os participantes afirmaram que abandonariam o consumo de álcool facilmente se estivessem convencidos dos seus efeitos prejudiciais. O aconselhamento de um médico, em específico, seria altamente valorizado nesse contexto e a recomendação do profissional para interromper o consumo de álcool levaria os participantes a ponderar o uso. Surpreendentemente, neste estudo, os profissionais de saúde raramente discutiam sobre o consumo de álcool com os seus pacientes, ao contrário do tabagismo. Os sobreviventes de câncer esperavam e valorizavam as discussões sobre o álcool. Dado que apenas alguns participantes estavam convencidos sobre

os efeitos prejudiciais do álcool, ou consideravam seu consumo menos nocivo, a maioria o considerava como um aspecto importante do seu estilo de vida que não desejavam mudar (Mujcic *et al.*, 2021). Isso também sugere a importância do suporte oferecido pelos profissionais de saúde. Destaca-se ainda que outras estratégias de apoio incluem o aconselhamento de pares, os exercícios de terapia cognitivo-comportamental e o uso de modelos bem-sucedidos para orientar as intervenções de cessação desses hábitos modificáveis (Ehrenzeller; Mayer; Goldstein, 2018).

Hodiernamente, reconhece-se a importância do ambiente virtual na promoção da saúde, com pessoas buscando informações e apoio online. No entanto, a qualidade das informações pode ser um desafio. No Canadá, um estudo desenvolveu uma ferramenta virtual de saúde interativa denominada “*Fact or Fiction Tobacco*” com conteúdo personalizado e baseado em evidências para auxiliar na cessação do tabagismo. A ferramenta foi um sucesso ao atender um número maior que o esperado de tabagistas para recursos locais, e atualmente está em processo de disponibilização para o público (Jessiman-Perreault *et al.*, 2023).

Em termos de suporte com intervenções digitais, como *MyCourse – Quit Smoking e MyCourse – Moderate Drinking* foram desenvolvidas especificamente para apoiar sobreviventes de câncer na cessação do tabagismo e na moderação do consumo de álcool (Mujcic *et al.*, 2018). Essas ferramentas são consideradas valiosas, especialmente quando adotam uma abordagem positiva, sem julgamentos ou paternalismo, abordam preocupações específicas dos sobreviventes, oferecem opções de personalização e enfatizam a autonomia em todo o processo (Mujcic *et al.*, 2021).

Em última análise, o suporte a diversas políticas preventivas do câncer é crucial, servindo como base para cientistas e profissionais implementarem mudanças em suas comunidades. É essencial adaptar as políticas mais aceitas em uma escala local, trabalhar em parceria com as comunidades para compreender a baixa adesão a algumas políticas, ajustar essas políticas para melhor atender às necessidades locais e educar o público sobre as conexões entre os comportamentos de saúde e o risco de câncer (Glasgow *et al.*, 2022), especialmente quanto ao álcool e ao tabaco.

A adequação de políticas de assistências é prevista pelo Departamento de Determinantes Sociais da Saúde da OMS que se juntou aos Estados-membros apoiadores para divulgar e implementar iniciativas transversais para melhorar a saúde física e mental das pessoas e desenvolver estruturas estratégicas e políticas baseadas em evidências para contemplar diversos determinantes, através de programas que contemplam temas como por exemplo: fatores econômicos e comerciais da saúde; mudança demográfica e envelhecimento saudável; equidade

e saúde; promoção da saúde em todas as políticas e capacidades de ação intersetorial; saúde urbana; envelhecimento; populações marginalizadas; nutrição e segurança alimentar; atividade física; controle do tabaco; transporte e mobilidade ativa segura; programa para DCNTs e lesões, entre outras (WHO, 2023). Assim como a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA), também propõe por meio da Política para Melhorar a Saúde Mental priorizar o desenvolvimento sanitário, social e econômico na Região das Américas (OPAS, 2023).

Destaca-se a importância de reconhecer que as estratégias de *marketing*, por exemplo da indústria do álcool (Petticrew *et al.*, 2018, 2020) e do tabaco (Chan *et al.*, 2023), podem ser um entrave ao limitar a conscientização pública sobre a relação com o câncer, ao distorcer os danos associados ao consumo (Petticrew *et al.*, 2018, 2020). Dessa forma, intensificar a consciência dos riscos de substâncias prejudiciais pode fortalecer o apoio público a políticas eficazes na redução de danos (Buykx *et al.*, 2015), servindo, portanto, como fonte de apoio, oriundas de instâncias governamentais. E em relação ao tabaco, essas estratégias devem incluir informações nos pacotes, proibições de publicidade, promoção e patrocínio, proibições de fumar em público e serviços de cessação (Chan *et al.*, 2023).

Quanto às limitações deste estudo, destaca-se a busca em sete bases de dados, bem como a não inclusão de literatura cinzenta. No entanto, trata-se das principais bases de dados da área da saúde, além de não ter sido restringido o período de publicação dos estudos. Deve-se considerar ainda a limitação da avaliação da qualidade metodológica das pesquisas, o que não foi o intuito desta revisão.

5 CONCLUSÃO

A literatura mostra a relevância do suporte social em pacientes com câncer em uso pregresso e/ou atual de álcool e tabaco, pois pode proporcionar benefícios emocionais, incentivar mudanças de comportamento saudáveis e melhorar a qualidade de vida durante o tratamento e a recuperação. Nesse sentido, o suporte social emerge como um elemento imprescindível no contexto do enfrentamento do câncer, especialmente para pacientes que têm histórico de consumo de álcool e/ou tabaco.

Além de oferecer um canal para expressar emoções e compartilhar preocupações, o suporte social desempenha uma função necessária na promoção de mudanças comportamentais saudáveis neste aspecto. Ademais, o suporte social, por se apresentar como um sistema de apoio contínuo, não apenas melhora a adesão ao tratamento e previne recaídas, mas também contribui

para a redução do isolamento social, promovendo um ambiente de compreensão e aceitação. Destarte, ao educar, incentivar estratégias de enfrentamento eficazes e melhorar o bem-estar geral, o suporte social se revela como um componente integral no caminho para a recuperação completa e uma melhor qualidade de vida para pacientes com câncer que enfrentam desafios relacionados ao álcool e ao tabaco.

Por conseguinte, a construção de redes de apoio sólidas se torna uma prioridade significativa no processo de tratamento e recuperação desses pacientes. Apesar da relevância temática, verificou-se a existência limitada de estudos na literatura internacional, mas sobretudo no Brasil, reforçando a importância do desenvolvimento de pesquisas na área, bem como na criação de estratégias de engajamento para a cessação do álcool e/ou tabaco e fortalecimento do suporte social em suas variadas dimensões.

ESTUDO 2 - CONDIÇÕES DE SAÚDE, CONSUMO DE ÁLCOOL E TABACO EM PACIENTES EM TRATAMENTO PARA CÂNCER COM SUPORTE SOCIAL ALTO E BAIXO

RESUMO

Objetivo: Avaliar os aspectos sociodemográficos, condições de saúde (física e mental), uso de álcool e tabaco por pacientes em tratamento para câncer, com suporte social alto e baixo. **Método:** Estudo transversal, quantitativo, realizado com 765 pacientes diagnosticados por exame histopatológico de câncer e em tratamento no estado de Mato Grosso, Brasil, no período de 2019 a 2021. Foram utilizados dados sociodemográficos, informações sobre o diagnóstico de câncer, padrão de consumo de álcool e tabaco, suporte social e depressão. **Resultados:** Pacientes com suporte social alto apresentaram melhores condições de saúde física e mental, ao passo que aqueles que tinham uma rede social menor e sem religião apresentaram baixos níveis de suporte social e sintomas depressivos, pensamentos suicidas, doenças respiratórias e metástase. **Conclusão:** Investimento com intervenções na área da saúde mental para pessoas em tratamento para câncer com baixo suporte social é crucial, pois devem integrar esforços para minimizar o sofrimento mental através da identificação e compreensão de fatores sociais modificáveis, aplicáveis ao desenvolvimento de tecnologias de cuidado.

Palavras-chave: Câncer. Suporte social. Sintomas depressivos. Uso de substâncias.

1 INTRODUÇÃO

O câncer é uma patologia progressiva, incapacitante que afeta a qualidade de vida e o bem-estar do indivíduo, resultando anualmente em elevados índices de mortes prematuras (Bray *et al.*, 2018; INCA, 2020; WHO, 2022a), sendo uma questão importante para as políticas de saúde pública. Essa patologia é responsável por quatro quintos da carga global de doença, com maiores prevalências em países de baixa e média renda (Bray, 2014; Shah *et al.*, 2019). Tal fato afeta desproporcionalmente aqueles que vivem em condições de vulnerabilidade e pobreza, tendo em vista o baixo suporte social e acesso a serviços de saúde (Devarapalli *et al.*, 2018; PAHO, 2022).

Os fatores causais relacionados ao câncer são multifatoriais, muitas vezes relacionados a comportamentos e hábitos de saúde modificáveis (IARC, 2021). Dentre esses fatores, o uso

continuado de álcool e/ou tabaco está associado a vários desfechos negativos como a recidiva tumoral e segundo tumor primário, o que favorece resultados psicossociais precários, aumento do sofrimento mental, redução do bem-estar e da qualidade de vida (Ehrenzeller; Mayer; Goldstein, 2018; Howren; Christensen; Pagedar, 2022; Jiang *et al.*, 2018).

Nos Estados Unidos, mais de 40% de todos os novos casos de câncer diagnosticados em 2014 foram atribuíveis a comportamentos de saúde modificáveis (Islami *et al.*, 2018); cerca de 40.000 cânceres por ano no Canadá poderiam ser evitados até 2042, se a exposição a fatores de risco de câncer alteráveis fosse reduzida (Poirier *et al.*, 2019). Nesse sentido, conhecer esses fatores pode auxiliar no desenvolvimento de melhores comportamentos e hábitos de saúde, bem como mitigar agravamentos da doença e aumentar a percepção de risco e autocuidado, potencializando o diagnóstico precoce e reduzindo os números e agravos do câncer (PAHO, [s.d.]; WHO, 2022a).

Além disso, trata-se de uma doença cujo diagnóstico possui estigma e peso social incisivo (Stewart; Wild, 2014), o que culmina em sofrimento psicológico como situações de angústia, ansiedade, estresse, desesperança, insatisfação com a imagem corporal, sentimento de culpa, medo e incerteza quanto ao futuro (Ambrósio; Santos, 2015). Outrossim, pode ocorrer o aumento do uso e abuso de substâncias como álcool e/ou tabaco (Cancer Center Cessation Initiative Family and Social Support Systems Working Group, 2021); bem como quadros de depressão e aumento do risco para o suicídio (Naser *et al.*, 2021; Tsaras *et al.*, 2018; Zamanian *et al.*, 2021).

Sendo o diagnóstico e o tratamento do câncer considerados eventos extremamente estressantes e influenciados por fatores biopsicossociais, que causam impactos negativos em todos os aspectos da vida da pessoa adoecida e em seu entorno (Ernst *et al.*, 2019), o suporte social pode ser um recurso valioso para a promoção da saúde mental às pessoas que vivenciam essa condição (Ciria-Suarez *et al.*, 2021; Steel *et al.*, 2004).

Não há uma definição única e operacional para o suporte social por ser considerado um constructo multifacetado (Sherbourne; Stewart, 1991). Em termos de definição consideram-se cinco fundamentos importantes para sua avaliação: (1) suporte emocional que avalia a expressão de afeto positivo, compreensão empática e encorajamento da expressão de sentimentos, (2) suporte informacional envolve a orientação e a apreciação, facilitando a solução de problemas, (3) suporte tangível ou material que auxilia na ajuda material ou assistencial, (4) interação social positiva, ou seja, a existência de pessoas com quem se pode vivenciar momentos bons, que envolvem lazer e prazer e, por fim, (5) suporte afetivo que envolve a expressão de amor e afeto.

Considerando esses fundamentos, o suporte social vem ganhando ênfase de forma positiva nas diferentes áreas da saúde, qualidade de vida e bem-estar, em especial na população com câncer (Howren; Christensen; Pagedar, 2022; Jiang *et al.*, 2018; Park *et al.*, 2021). Destaca-se ainda as consequências da falta de suporte social em termos de morbidade e mortalidade associadas aos determinantes da saúde (Coughlin, 2020).

Os efeitos benéficos da alta percepção de suporte social foram evidenciados em estudos com a população em geral, em diversos contextos de enfermidade como: pandemia da COVID-19, diabetes, depressão, ideação suicida (Alsubaie *et al.*, 2019; Grey *et al.*, 2020; Poudel; Gurung; Khanal, 2020; Rubio *et al.*, 2020) e cenários de adoecimento pelo câncer (Faraci *et al.*, 2021). O suporte social pode ser representado pela prestação de auxílios por vários membros da rede social, por meio de laços sociais e trocas comunicativas, proporcionando bem-estar psicológico e físico, interação social e longevidade (Donovan; Greenwell, 2021). Nessa direção, tende a gerar impacto positivo no tratamento, incluindo no manejo de sintomas, melhor gerenciamento de cuidados para as atividades básicas e instrumentais de vida diária (Adam; Koranteng, 2020). Portanto, trata-se de um recurso social que varia entre os diferentes países, culturas e percepções individuais (IARC 2022).

Com o advento da evolução tecnológica e da saúde, os estudos que avaliaram os recursos e o papel do suporte social em pacientes com câncer avançaram; todavia, a maioria estão voltados para o enfoque biológico (Adam; Koranteng, 2020), qualidade de vida e bem-estar da pessoa com câncer (Ban *et al.*, 2021; Shen *et al.*, 2020; Zhang *et al.*, 2020). No entanto, estudos com enfoque nas dimensões do apoio social (amigos, família, entes queridos e escola) e uso de substâncias (álcool, tabaco e outras drogas ilícitas) por pacientes com câncer, ainda são escassos.

A associação entre consumo de álcool e tabaco, mortalidade e câncer é bem consolidada, sendo que quanto maior a quantidade de consumo dessas substâncias ao longo da vida, maior a chance de desenvolvimento de um câncer (Jiang *et al.*, 2018; Rumgay *et al.*, 2021). Contudo, o uso continuado dessas substâncias após o diagnóstico de câncer está associado a vários desfechos negativos na evolução da doença e no tratamento, agravando ainda mais a doença, resultados psicossociais empobrecidos, incluindo a depressão e redução do bem-estar e da qualidade de vida (Howren; Christensen; Pagedar, 2022).

Considerando a importância da temática e a escassez de estudos nessa área, esta pesquisa tem por objetivo avaliar os aspectos sociodemográficos, condições de saúde (física e mental), uso de tabaco e álcool por pacientes em tratamento para câncer, com suporte social alto e baixo.

2 MÉTODO

Os dados integram a pesquisa matricial “Câncer e seus fatores associados: análise de registro de base populacional e hospitalar em Mato Grosso” (Galvão *et al.*, 2022). O estudo foi realizado em dois grandes hospitais de referência para o tratamento de câncer no estado de Mato Grosso, Brasil (Galvão *et al.*, 2022).

Para o cálculo amostral foi considerado o número de internações e o registro hospitalar de ambos os serviços, entre os anos de 2015 a 2018, resultando em 2.146 atendimentos hospitalares no Hospital de Câncer (HCan-MT) e 245 no Hospital Universitário Júlio Muller (HUJM). A coleta de dados ocorreu no período de novembro de 2019 a junho de 2021; maiores detalhes estão disponíveis no estudo de Galvão *et al.* 2022.

A amostra estimada, a princípio, foi de 1.050 pacientes, considerando-se uma perda de 10% e uma distribuição proporcional dos pacientes conforme o número de internações por hospital. Destaca-se que para o presente estudo a amostra foi composta por 756 (72,0%) indivíduos com diagnóstico de câncer em tratamento dos dois hospitais classificados com níveis de suporte social extremos, alto e baixo.

Os critérios de inclusão foram: pacientes com diagnóstico citopatológico ou histopatológico de câncer com idade igual ou superior a 18 anos, estar em tratamento no ambulatório do HCan-MT e no HUJM. Os critérios de exclusão foram: não possuir matrícula nos referidos serviços; e registros de prontuários incompletos sobre o diagnóstico e o estadiamento do câncer.

A coleta de dados foi conduzida por meio da aplicação de um questionário face-a-face às pessoas com diagnóstico citopatológico ou histopatológico de câncer, com posterior consulta no registro de prontuário médico. A coleta de dados foi realizada por estudantes do curso de medicina, participantes de uma liga de estudos em oncologia, devidamente treinados em termos de conteúdo e método para aplicação do protocolo do estudo (Galvão *et al.*, 2022).

2.1 INSTRUMENTOS

Durante a coleta de dados foram aplicados os instrumentos contendo informações sociodemográficas, condições de saúde, diagnóstico de câncer, o *The Medical Outcomes Study Social Support Survey* (MOS-SSS) e o *Patient Health Questionnaire-2* (PHQ-2), finalizando com questões específicas sobre o uso de tabaco e uso de álcool.

- a) **Informações sociodemográficas:** área do domicílio (urbana; rural), idade (anos completos), sexo (feminino; masculino), raça (branca, parda, preta, amarela e indígena), estado civil (casado e não casado), escolaridade (sem escolaridade, fundamental, médio, superior, pós-graduação), se religioso (sim/não), número de pessoas que residem no domicílio (1, 2, 3, 4), renda familiar (em salário mínimo do Brasil, valor R\$ 998,00) correspondente à época da coleta de dados, região de proveniência (rural/urbana) e os Critérios de Classificação Econômica Brasil (Classes C1, C2, D-E; Classes A, B1, B2) (ABEP, 2019; IBGE, 2010; INCA, 2012).
- b) **Condições de Saúde:** autoavaliação da condição de saúde, com opções de respostas: muito boa-boa; regular-ruim. Presença de doenças pregressas, como doenças respiratórias e pensamento suicida, com respostas do tipo dicotômica (sim/não) (Galvão *et al.*, 2022; IBGE, 2021b).
- c) **Diagnóstico de câncer:** informações sobre o início do primeiro tratamento realizado, número de procedimentos realizados no tratamento (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia, paliativo neoadjuvante ou outro). Evolução da doença: classificação do estadiamento (I-IV), presença de recidiva ou metástase: com respostas dicotômicas (sim/não) (INCA, 2012).
- d) **Suporte Social - *The Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS)*:** a escala de MOS-SSS avalia as múltiplas dimensões do suporte social em relação ao apoio material, emocional, informacional, afetivo e a interação social positiva. É uma escala composta por 19 itens, mais utilizada internacionalmente, desenvolvida para ser aplicada em pessoas com doenças crônicas, mas se expandiu para diversos grupos da população e contextos por ser considerada de fácil entendimento e aplicação (Sherbourne; Stewart, 1991; Zanini; Peixoto; Nakano, 2018). As respostas são do tipo *Likert-scale* de cinco pontos: 1 (“nunca”); 2 (“raramente”); 3 (“às vezes”); 4 (“quase sempre”) e 5 (“sempre”) (Griep *et al.*, 2005). Foi traduzida e adaptada para a realidade brasileira (Griep *et al.*, 2005; Zanini; Peixoto, Nakano, 2018). A escala MOS-SSS apresenta boa qualidade psicométrica para a análise do suporte social percebido por apresentar bons índices de confiabilidade (Alfa de Cronbach = 0,91) e validade (Zanini; Peixoto; Nakano, 2018). Para sua leitura final, somam-se as respostas de todos os itens, perfazendo uma pontuação que varia entre zero a 80 pontos. Para o presente estudo, a pontuação da escala de MOS-SSS para o nível baixo de suporte social foi classificado com uma pontuação abaixo do percentil 25 e o suporte social alto com uma pontuação acima do percentil 75 da amostra total (Shin *et al.*, 2008).

- e) **Depressão - *Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2)***: instrumento usado para avaliar a frequência de sintomas depressivos, considerando as duas últimas semanas. Esse instrumento contém as duas primeiras questões do *Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)*, baseado nos critérios diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) IV. Nesta pesquisa foi utilizada a versão do PHQ-2 oriunda da versão em português do PHQ-9, traduzida e adaptada para a realidade brasileira (Osório *et al.*, 2009). O objetivo do PHQ-2 não é estabelecer um diagnóstico final ou monitorar a gravidade da depressão, mas para rastrear sintomas da depressão em uma abordagem de “primeiro passo”. A pontuação PHQ-2 varia de zero a seis pontos. A *cut-off* ideal do PHQ-2 é de três pontos para fins de triagem, sendo que um ponto de corte de dois aumenta a sensibilidade, à medida que um ponto de corte de quatro melhora a especificidade. Os escores elevados são indicadores de maior intensidade dos sintomas depressivos (Kroenke; Spitzer; Williams, 2003).
- f) **Uso de tabaco**: para avaliar o uso de tabaco, utilizou-se uma pergunta direta sobre o uso de tabaco na vida, com resposta dicotômica (sim/não) e idade de início do uso regular de cigarros (em anos) (Galvão *et al.*, 2022).
- g) **Uso de álcool**: para analisar o padrão do consumo de álcool foram utilizadas as questões: a) consumo de bebida alcoólica na vida, com resposta dicotômica (sim/não); b) idade de início do uso de bebidas alcoólicas (em anos); c) frequência de consumo de bebida alcoólica: (1) mensalmente, (2) raramente, (3) semanalmente, (4) quase todos os dias (5) diariamente; d) número de dose de bebida alcoólica consumida [uma dose de bebida alcoólica equivale a uma lata de cerveja (340 ml), uma taça de vinho (140 ml) ou uma dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada (40 ml)], com respostas em número de doses (WHO, 1990).
- h) **Uso de álcool no padrão *binge***: Para analisar o consumo de álcool em *binge* foi utilizado o seguinte padrão: para homens, o uso nos últimos 30 dias de cinco ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião. Para as mulheres, o consumo nos últimos 30 dias de quatro ou mais doses de álcool em uma única ocasião. Para ambas as questões, as opções de resposta foram do tipo Sim/Não (Brasil, 2020; WHO, 2018).

2.2 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para a análise dos dados foi elaborado um banco no *Statistical Program of Social Science (SPSS)* para o *Windows*, versão 20.0. A dupla digitação e a validação do banco foram

realizadas para detectar inconsistências da digitação e validação do banco de dados. Para este estudo, acessaram-se as informações banco de dados do projeto matricial e foram extraídas as variáveis de interesse. Na sequência, realizou-se uma análise descritiva de todas as variáveis, para melhor visualização e conhecimento dos dados coletados, além da caracterização geral da amostra, incluindo informações de média, mediana e Intervalo de Confiança (IC). O teste qui-quadrado e o teste para duas proporções (Costa Neto, 2005; Siqueira; Tibúrcio, 2011) foram utilizados para avaliar o suporte social (alto e baixo) da escala MOS-SSS, como variável dependente e covariáveis como as características sociodemográficas, clínico-patológicas, evolução do tratamento, sintomas de depressão, pensamento suicida, uso de álcool e tabaco dos indivíduos nos grupos. Para todos os testes foi considerado o valor de $p \leq 0,05$ como resultado estatisticamente significativo.

2.3 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do HUJM, Cuiabá, Brasil, sob parecer número: 3.048.183 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE): 98150718.1.0000.8124 de 20 de novembro de 2018, e do CEP SES-MT 3.263.744. Seguiu-se os princípios éticos preconizados na Resolução nº 462, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisa envolvendo seres humanos (Brasil, 2012).

3 RESULTADOS

Dentre as características sociodemográficas das 765 pessoas com diagnóstico de câncer em tratamento nos dois hospitais de referência no estado de Mato Grosso, a maioria era do sexo feminino 418 (55,2%), adultos (19-59 anos) 403 (53,3%), de raça/cor não branca 535 (70,7%), casados/união consensual 434 (57,4%), com baixo nível de escolaridade (<8 anos) 322 (42,6%), declararam-se religiosos 691 (91,4%), recebiam menos que um salário-mínimo 421 (55,7%), pertenciam à classe social C 383 (50,6%), conviviam com até duas pessoas no domicílio 242 (32,0%), e 443 (59,3%) provenientes da área urbana.

Os participantes foram classificados em dois grupos de acordo com o nível de suporte social, sendo: 422 (55,2%) suporte social alto e 343 (44,8%) suporte social baixo. Na análise bivariada – os participantes com câncer classificados com baixo suporte social eram do sexo feminino 207 (39,2%), adultos (19-59 anos) 197 (48,9%), viviam sem companheiro(a) 171

(51,6%), maior nível de escolaridade (>8 anos) 166 (51,5%), conviviam com menor número de pessoas no domicílio (uma) 72 (60,0%) e não se declararam religiosos 47 (64,4%), ($p < 0,05$). (Dados não disponíveis em tabela).

Nota-se diferenças de proporções da amostra, quando avaliado o nível de suporte social alto destaca-se o sexo masculino ($p < 0,001$); idosos (idade ≥ 60 anos) ($p < 0,001$); raça/cor branca ($p < 0,001$); casados/união consensual ($p < 0,001$); com baixo nível de escolaridade (< 8 anos) ($p < 0,001$), religiosos ($p < 0,001$); de baixa renda (recebiam entre 1-2 salários-mínimos) ($p < 0,001$), de todas as classes sociais ($p < 0,05$), que conviviam com maior número de pessoas no domicílio (duas ou mais) ($p < 0,05$).

Dentre os 343 (44,8%) participantes classificados com suporte social baixo, as diferenças de proporções foram entre aqueles que declararam não ser religiosos ($p < 0,001$) e conviviam com menor número de pessoas no domicílio (uma pessoa) ($p = 0,05$). As informações sociodemográficas estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 – Informações sociodemográficas e suporte social de pessoas com câncer em tratamento no estado de Mato Grosso, Brasil, 2021

(continua)

Variável	Categoria	Suporte Social		Total	Δ	IC95%	Valor de P
		Alto	Baixo				
Sexo [†]	Masculino	211 (60,8)	136 (39,2)	347 (100,0)	21,6	(14,3; 28,8)	<0,001*
	Feminino	211 (50,5)	207 (49,5)	418 (100,0)	0,96	(-5,8; 7,7)	0,782
Idade [‡]	19-59 anos	206 (51,1)	197 (48,8)	403 (100,0)	2,2	(-4,6; 9,1)	0,526
	> 60 anos	216 (59,7)	146 (40,3)	362 (100,0)	19,3	(12,9; 26,5)	<0,001*
Race [‡]	Branca	133 (60,2)	88 (39,82)	221 (100,0)	20,3	(11,2; 29,5)	<0,001*
	Não Branca	281 (52,5)	254 (47,5)	535 (100,0)	5,0	(-0,94; 11,0)	0,098
Estado civil [‡]	Sozinho	160 (48,3)	171 (51,6)	331 (100,0)	-3,3	(-10,9; 4,3)	0,392
	Parceiro	262 (60,4)	172 (39,6)	434 (100,0)	20,7	(14,2; 27,2)	<0,001*
Escolaridade [‡]	<8	265 (59,9)	177 (40,0)	442 (100,0)	19,9	(13,4; 26,4)	<0,001*
	>8	156 (48,4)	166 (51,5)	322 (100,0)	-3,1	(-10,8 ; 4,6)	0,430
Religioso [‡]	Sim	396 (57,3)	295 (42,7)	691 (100,0)	14,6	(9,4; 19,8)	<0,001*
	Não	26 (35,62)	47 (64,4)	73 (100,0)	-28,7	(-44,3; -13,2)	<0,001*

Tabela 1 – Informações sociodemográficas e suporte social de pessoas com câncer em tratamento no estado de Mato Grosso, Brasil, 2021

							(conclusão)
Variável	Categoria	Suporte Social		Total	Δ	IC95%	Valor de p
Renda (SM) [‡]	<1 SM	223 (52,9)	198 (47,0)	421 (100,0)	5,9	(-0,80; 12,7)	0,084
	>1 <2 SM	89 (60,1)	59 (39,8)	148 100,0)	20,3	(9,1; 31,4)	<0,001*
	≥ 2 SM	76 (54,7)	63 (45,3)	139 (100,0)	9,3	(-2,3; 21,0)	0,117
Classe ABEP [†]	A-B	91 (57,6)	67 (42,4)	158 (100,0)	15,2	(4,3; 26,1)	0,006*
	C	207 (54,0)	176 (45,9)	383 (100,0)	8,1	(1,0; 15,1)	0,025*
	D-E	124 (55,3)	100 (44,6)	224 (100,0)	10,7	(1,5; 19,9)	0,023*
Número de pessoas no domicílio [‡]	1	48 (40,0)	72 (60,0)	120 (100,0)	-20,0	(-32,4; -7,6)	0,002*
	2	132 (54,5)	110 (45,4)	242 (100,0)	9,10	(0,22; 17,9)	0,045*
	3	92 (57,5)	68 (42,5)	160 (100,0)	15,0	(4,2; 25,8)	0,007*
	4	81 (61,8)	50 (38,2)	131 (100,0)	23,6	(11,9; 35,4)	<0,001*
	5 ou +	66 (61,7)	41 (38,3)	107 100,0)	23,3	(10,3; 36,4)	<0,001*

Notas: [†]Teste qui-quadrado. Δ: Diferença das proporções; IC95%: Intervalo de 95% de confiança, para a diferença das proporções; *Valor de p <0,05. (n = 756)

SM – Salário-mínimo = valor em reais brasileiro (US\$ 1 = R\$ 4,00. Portanto, R\$ 998,00, equivale a US\$ 249,50).

Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

3.1 CONDIÇÕES DE SAÚDE E TRATAMENTO DO CÂNCER

Dentre os participantes, 403 (53,3%) avaliaram a qualidade de saúde como regular ou ruim, 117 (15,5%) foram classificados com sintomas positivos de depressão (PHQ-2), 54 (7,1%) apresentaram pensamentos suicida, 214 (28,3%) foram submetidos a pelo menos duas modalidades terapêuticas de tratamento, 585 (77,3%) estavam no início do tratamento, 72 (9,5%) tinham diagnóstico de doenças respiratórias e 180 (23,8%) apresentaram metástase (Tabela 2). Do total, 101 (13,2%) tiveram recidiva do tumor e quanto ao estágio clínico da doença (I-IV): 144 (18,8%) II, 201 (26,3%) III, XX (20,3%) IV e 180 (23,5%) na fase de diagnóstico (dados não apresentados em tabela).

Da análise bivariada, os participantes com suporte social alto apresentaram melhores condições de saúde (física e mental) e estavam inseridos no tratamento. Desses, 226 (62,4%) avaliaram a sua qualidade de saúde como boa/muito boa, 371 (57,4%) não apresentaram sintomas depressivos, 403 (57,2%) não relataram pensamentos suicidas, 86 (60,1%) foram

submetidos à quatro ou mais modalidades terapêuticas de tratamento. Já o suporte social baixo foi maior entre aqueles com sintomas positivos de depressão 68 (58,1%), pensamento suicida (72,2%), doenças respiratórias (68,0%) e metástase 123 (68,3%), com valores estatisticamente significativos ($p < 0,05$).

Quanto às condições de saúde, as diferenças das proporções da amostra foram entre os participantes classificados com suporte social alto, que avaliaram a qualidade de sua saúde como boa/muito boa ($p < 0,001$), não apresentaram sintomas de depressão ($p < 0,001$), ou pensamentos suicidas ($p < 0,001$), haviam iniciado o tratamento para câncer ($p < 0,001$), haviam passado por dois ou mais procedimentos no tratamento ($p < 0,05$) e não tinham diagnóstico de doenças respiratórias ($p < 0,001$).

Entre os participantes classificados com suporte social baixo, notam-se diferenças das proporções em relação a presença de sintomas positivos de depressão ($p = 0,012$), pensamento suicida ($p < 0,001$), diagnóstico de doença respiratória ($p < 0,001$) e a presença de metástase ($p < 0,001$). As características relacionadas às condições de saúde e suporte social estão apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2 – Condições de saúde e suporte social em pessoas com câncer em tratamento no estado de Mato Grosso, Brasil, 2021

(continua)

Variável		Suporte Social		Total	Δ	IC 95%	valor de P
		Alto	Baixo				
Avaliação da saúde [†]	Boa/Muito boa	226 (62,4)	136 (37,6)	362 (100,0)	24,8	(17,8; 31,9)	<0,001*
	Regular/ruim	196 (48,6)	207 (51,3)	403 (100,0)	-2,7	(-9,6; 4,2)	0,438
Depressão (PHQ-2) [‡]	Positivo	49 (41,8)	68 (58,1)	117 (100,0)	-16,2	(-28,8; -3,6)	0,012*
	Negativo	371 (57,4)	275 (42,5)	646 (100,0)	14,8	(9,5; 20,2)	<0,001*
Pensamento suicida [‡]	Sim	15 (27,8)	39 (72,2)	54 (100,0)	-44,4	(-61,3; -27,5)	<0,001*
	Não	403 (57,2)	301 (42,7)	704 (100,0)	13,5	(9,2; 19,6)	<0,001*
Número de procedimentos no tratamento [‡]	1	94 (46,5)	108 (53,5)	202 (100,0)	-6,9	(-16,6; 2,8)	0,163
	2	126 (58,8)	88 (41,1)	214 (100,0)	17,7	(8,4; 28,0)	<0,001*
	3	113 (57,6)	83 (42,3)	196 (100,0)	15,3	(5,5; 26,0)	0,002*
	4 ou +	86 (60,1)	57 (39,8)	143 (100,0)	20,3	(8,9; 31,6)	<0,001*

Tabela 2 – Condições de saúde e suporte social em pessoas com câncer em tratamento no estado de Mato Grosso, Brasil, 2021

Variável		Suporte Social		Total	Δ	IC 95%	valor de P
		Alto	Baixo				
Iniciado o primeiro tratamento [‡]	Sim	123 (68,3)	57 (31,7)	180 (100,0)	36,66	(27,0; 46,3)	<0,001*
	Não	299 (51,1)	286 (48,9)	585 (100,0)	2,2	(-3,5; 7,9)	0,447
Doença respiratória [‡]	Sim	23 (31,9)	49 (68,0)	72 (100,00)	-36,1	(-51,3; -20,8)	<0,001*
	Não	398 (57,5)	294 (42,5)	692 (100,0)	15,0	(9,8; 20,2)	<0,001*
Evolução da doença com Metástase [‡]	Sim	57 (31,7)	123 (68,3)	180 (100,0)	-36,7	(-46,3; -27,0)	<0,001*
	Não	286 (48,9)	299 (51,1)	585 (100,0)	-2,2	(-7,95; 3,51)	0,483

Notas: [‡]Teste qui-quadrado. Δ: Diferença das proporções; IC 95%: Intervalo de confiança de 95%, para a diferença das proporções; *Valor de p <0,05. (n = 756).

Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

3.2 USO DE TABACO E ÁLCOOL

Em relação ao uso de tabaco, indivíduos fumantes ativos em um quantitativo de 63 (7,9%), 294 (38,8%) já haviam fumado na vida e 408 (53,4%) nunca fumaram. Entre os fumantes regulares de tabaco (por um período de pelo menos cinco anos) a idade de início do uso ocorreu aos 15 anos (mediana). Não foram observadas diferenças nos níveis de suporte social entre os fumantes e não fumantes ou ex-fumantes ($p > 0,05$). Quanto às diferenças nas proporções da amostra, pode ser notado na Tabela 3 que os participantes classificados com suporte social alto já haviam fumado na vida ($p < 0,001$) e eram abstinente de álcool ($p < 0,001$). E, 367 (55,9%) classificados com baixo suporte social não consumiam bebidas alcoólicas no padrão *binge*. Destaca-se que esse grupo se diferenciou em relação à proporção da amostra, quando comparado aos usuários desse padrão de uso ($p < 0,001$).

Ainda na Tabela 3, 109 (14,4%) participantes fizeram uso de álcool na vida e a maioria estava em abstinência de álcool (86,6%). Desses, a idade de início do uso de álcool foi em média aos 20,7 anos (IC 95% 19,4; 22,0), com variação entre 12 e 50 anos. Quanto ao padrão de consumo, 55 (50,4%) consumiam bebidas alcoólicas mensalmente, 43 (39,4%) menos que mensalmente e 6 (1,4%) semanalmente.

Tabela 3 – Uso de álcool ou tabaco e suporte social em pessoas com câncer em tratamento no estado de Mato Grosso, Brasil, 2021

Variável		Suporte Social		Total	Δ	IC95%	p
		Alto	Baixo				
Uso de tabaco (na vida) [‡]	Sim	207 (57,9)	150 (42,0)	357 (100,0)	15,96	(8,7; 23,2)	<0,001*
	Não	215 (52,7)	193 (47,3)	408 (100,0)	5,40	(-1,4; 12,2)	0,123
Uso de álcool (na vida) [‡]	Sim	55 (50,46)	54 (49,5)	109 (100,0)	0,92	(-12,3; 14,2)	0,892
	Não	367 (56,0)	288 (43,9)	655 (100,0)	12,06	(6,7; 17,4)	<0,001*
Uso em binge [‡]	Sim	54 (49,5)	55 (50,4)	109 (100,0)	-0,92	(-14,2; 12,3)	0,892
	Não	289 (44,0)	367 (55,9)	656 (100,0)	-11,9	(-17,2; -6,5)	<0,001*

Notas: [‡]Teste qui-quadrado. Δ: Diferença das proporções; IC 95%: Intervalo de 95% de confiança, para a diferença das proporções; *Valor de p<0,05. EF: Teste exato de Fisher. (n = 756).

Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

4 DISCUSSÃO

Até o momento, este foi o primeiro estudo que investigou os extremos de suporte social em pacientes com câncer no estado de Mato Grosso, que teve por objetivo avaliar as características de pessoas com câncer em tratamento, comparando os níveis de suporte social (alto e baixo) em relação às condições de saúde (física e mental), ao uso de álcool e/ou tabaco.

Em relação ao nível de suporte social e condições de saúde, mais da metade dos participantes (55,2%) foram classificados com nível elevado de suporte social e apresentaram melhores condições de saúde mental e menor envolvimento com uso de álcool e tabaco. Todavia, na outra porção da amostra, nota-se maiores prevalências de pacientes com baixo suporte social entre aqueles com menor número de pessoas na família, que não se consideravam religiosos, com transtornos mentais (depressão, pensamento suicida) e condições físicas (doenças respiratórias e evolução da doença de forma mais grave, como a metástase).

Prieto *et al.* (2023) discorrem que o suporte social, ao explorar condições de risco e vulnerabilidades familiares, socioeconômicas, habitacionais e de redes de apoio, podem inferir na adesão aos tratamentos de doenças, níveis de resposta à terapêutica e elementos importantes sobre a adoção e mudança de hábitos de vida.

Estudos mostram que condições de pobreza, baixo nível de educação, imigração, falta de apoio social e o isolamento social exercem uma função importante no diagnóstico, estágios da doença e menor sobrevivência para diversos tipos de câncer (Coughlin, 2020). Além disso,

pacientes com câncer possuem níveis significativamente maiores de suporte social quando comparados à população em geral (Yoo *et al.*, 2017). Isso ocorre tendo em vista que há maior possibilidade de receber incentivo/apoio de pessoas próximas de seu convívio familiar, de amigos e colegas, além das relações afetivas estabelecidas durante os diferentes estágios do câncer no curso do tratamento (Aprilianto; Lumadi; Handian, 2021; Yoo *et al.*, 2017). Em contrapartida, o baixo apoio social às pessoas com câncer tem contribuído negativamente para a saúde mental, como a depressão e o suicídio (Du *et al.*, 2021; McFarland *et al.*, 2019; Niedzwiedz *et al.*, 2019).

Ao considerar as condições socioeconômicas em conjunto com dimensões individual/familiar/saúde, trabalhista/educacional e de capital socioeconômico, mais habitação/meio e redes de apoio, ressalta-se a ideia de que a resistência aos processos posteriores da doença e a emersão de aspectos de resiliência, conhecimento e estratégias de vida e saúde mental, são melhores em quem possuem alta rede de apoio e suporte social (Prieto *et al.*, 2023).

Este estudo destacou um perfil peculiar de pacientes com câncer com nível de suporte social alto, pois eram em sua maioria de homens brancos, idosos, casados, com baixo nível de escolaridade, religiosos, com renda entre um e dois salários-mínimos, de todas as classes sociais e que convivem com maior número de pessoas (três ou mais pessoas). Destaca-se também que os participantes classificados com nível de suporte social baixo, não eram religiosos e habitavam com menor número de pessoas (até duas pessoas).

Destacável a ideia de Fritzen *et al.* (2023) que revela que o *coping*, enquanto enfrentamento emocional, racional, espiritual e de resiliência, ocorre mais em quem busca ou detém suporte social nas diversas fases de adoecimento por câncer. O estudo realizado por estes autores demonstrou que, a busca por suporte social diminuiu o estresse da doença, melhorando respostas individuais e coletivas tanto à doença, tratamento, pós-tratamento e mecanismos de vivência social e familiar na continuidade e sobrevivência.

Há evidências sobre a influência da religiosidade/espiritualidade nos resultados de saúde mental e física de pacientes com câncer (Almaraz *et al.*, 2022; Chaar *et al.*, 2018; D'Souza; Astrow, 2020; Ferrell *et al.*, 2020; Garssen; Umland-Sikkema; Visser, 2015; Kamijo; Miyamura, 2020; Zare *et al.*, 2019). Um estudo internacional identificou que o sistema de crenças religiosas/espirituais exerce um papel importante no processo de adoecimento dos pacientes com diagnóstico de câncer (Merath *et al.*, 2020), uma vez que as crenças, práticas religiosas e apoio social são processos entrelaçados no curso do adoecimento (Bany Hamdan *et al.*, 2020).

As práticas religiosas, expressas pelas crenças em oração e poder superior, são aspectos relevantes em melhora e sobrevida, haja visto que conseguem trazer esperança subjetiva e respostas comportamentais e sociais positivas ante às dificuldades da doença e da vida (Fritzen *et al.*, 2023).

Assim, a pesquisa brasileira reforça que as crenças religiosas podem influenciar o sistema de apoio de um paciente, bem como a própria resposta emocional, comportamental e na tomada de decisão (Silva *et al.*, 2019). Isso significa que ter uma crença em um ser superior pode ser um recurso importante de apoio que auxiliará o paciente com câncer em todas as etapas do processo de adoecimento, ou seja, desde o diagnóstico até o controle e sobrevivência (Silva *et al.*, 2019).

Além do aspecto religioso, pode se dizer ainda que, há fatores socioeconômicos que se correlacionam e tendem a se associar certas características biopsicossociais às condições de saúde, o que contribui para melhores níveis de cuidado e sobrevivência entre pessoas com câncer (Coughlin, 2020). No presente estudo, conviver com poucas pessoas na residência (até duas pessoas) e sem parceiro(a) afetivo(a), foram associadas ao baixo nível de suporte social.

Uma pesquisa de metanálise sobre rede social e mortalidade pelo câncer, destacou que o menor risco de mortalidade pode estar relacionado a diversos mecanismos, como ser casado ou em união estável e conviver em ambientes com uma rede maior de pessoas, o que proporciona o aumento do nível de suporte social (Kroenke *et al.*, 2017). Outro aspecto importante é que os pacientes deste estudo com maior suporte social apresentaram melhores condições de saúde (física e mental). Assim, já estavam realizando o tratamento, consideraram sua qualidade de saúde como boa/muito boa, não apresentavam sintomas depressivos, não tinham pensamentos suicidas e tinham realizado maior número de procedimentos no tratamento.

Em contrapartida, há evidência na associação entre baixo nível de suporte social e piores condições de saúde mental, como a presença de sintomas depressivos e sensação de solidão, capaz de alterar a função cerebral e aumentar o risco para o uso de álcool, doenças cardiovasculares e suicídio (American Psychological Association, 2023).

O apoio emocional constitui um fator de proteção importante para o enfrentamento das adversidades da vida, como o caso de adoecimento por câncer (American Psychological Association, 2023; Cancer Center Cessation Initiative Family and Social Support Systems Working Group, 2021). Estudos conduzidos com sobreviventes de câncer mostraram efeito mediador do suporte social nas percepções gerais de saúde (Kim *et al.*, 2010; Ochoa *et al.*, 2018; Thompson *et al.*, 2017). De modo que, uma pessoa adoecida que percebe maior suporte

de pessoas de seu convívio, ou rede social pode ter melhores percepções e otimismo quanto ao seu estado de saúde.

Neste estudo foi destacada a maior proporção de pessoas com suporte social baixo entre aqueles com sintomas depressivos, pensamento suicida, doenças respiratórias e metástase. Além disso, 15,5% da amostra total e mais da metade dos pacientes com suporte social baixo apresentaram sintomas de depressão.

A depressão tem sido a comorbidade mais comum e grave entre pacientes com câncer (Yoo *et al.*, 2017) com prevalência variada (8% a 38,2%), pois depende de fatores associados ao tipo de câncer, localização anatômica, estadiamento do tumor e tipo de tratamento (Caruso *et al.*, 2017; Karawekpanyawong *et al.*, 2021; Naser *et al.*, 2021; Tsaras *et al.*, 2018; Wondimagegnehu *et al.*, 2019). Assim, interfere negativamente nas condições de saúde, compromete o desfecho do tratamento, tornando-o mais desafiador em termos do seu manejo e controle, aceitação do curso de tratamento, duração da internação hospitalar, taxa de sobrevivência e ainda aumenta o risco de suicídio (Krebber *et al.*, 2014; McFarland *et al.*, 2019; Naser *et al.*, 2021). Soma-se ainda, as precárias condições de saúde física, as quais podem influenciar a mortalidade por câncer, sofrimento mental e qualidade de saúde que se entrelaçam, culminando em baixo nível de apoio social (Eom *et al.*, 2013; Pitman *et al.*, 2018; Yoo *et al.*, 2017).

Estudo experimental avaliou a relação entre comportamento suicida, depressão e nível de suporte social em pacientes com câncer comparados a pessoas saudáveis com características sociodemográficas muito semelhantes, mostrou piores desfechos como comportamento e ideação suicida, ansiedade e depressão, além do baixo suporte social percebido de familiares e amigos ser menor em pacientes com câncer (Balci Şengül *et al.*, 2014).

Em um estudo peruano, envolvendo 254 mulheres recém diagnosticadas com câncer de mama, as associações foram entre transtorno depressivo e aspectos do suporte social advindo da rede de apoio no momento do diagnóstico para câncer, a prevalência de depressão de 25,6%. Além disso, ter um parceiro afetivo ou estar empregada diminuiu significativamente as chances dessas mulheres apresentarem sintomas depressivos e suicídio (Casavilca-Zambrano *et al.*, 2020).

Uma comparação entre o impacto e as diferenças do nível de suporte social percebido e os sintomas depressivos de sobreviventes de câncer, e de indivíduos sem câncer da população geral foi conduzido na China. Os pacientes com câncer relataram maior suporte social percebido do que a população geral, no entanto, os pacientes oncológicos eram mais suscetíveis a quadros de depressão e possuíam maior suporte social percebido (Yoo *et al.*, 2017).

Em pesquisa que avaliou homens chineses, em tratamento de câncer na próstata, o suporte social percebido surtiu efeito positivo direto na depressão; com destaque para o suporte da família e conseqüentemente maior probabilidade de aumentar a esperança e a resiliência, o que, por sua vez, reduziu os sintomas depressivos (Zhao; Sun; Yang, 2021).

Contudo, há que se pensar que nem todos os pacientes com baixo suporte social, necessariamente desejam mais apoio. Uma pesquisa que avaliou o sofrimento emocional em pacientes recém-diagnosticados com câncer, comparando baixo e alto suporte percebido em relação ao baixo e alto suporte desejado, revelou que os pacientes com câncer e com baixo desejo de apoio social no momento do diagnóstico, não tiveram ansiedade e sintomas depressivos clinicamente relevantes, independentemente de perceberem ou não ter apoio social. Pacientes com câncer com alto desejo de apoio social, mas que não receberam muito apoio, experimentaram o mais alto nível de sofrimento emocional atingindo níveis clínicos de ansiedade e/ou transtorno depressivo. E como conclusão, os autores apontaram a necessidade de o profissional de saúde verificar sistematicamente a demanda e o desejo do paciente com câncer em relação ao suporte social percebido e desejado, de modo a não haver potencial desperdício de recursos, além de detrimento para o bem-estar (Linden; Vodermaier, 2012; Vodermaier; Linden, 2019).

O suporte social aos pacientes com câncer é um recurso fundamental dentre as estratégias de enfrentamento para lidar e aliviar o sofrimento mental por meio de enfrentamento ativo, reenquadramento positivo e aceitação (Zamanian *et al.*, 2021). Portanto, deve ser mensurado e bem avaliado para que possa ser utilizado como estratégia fundamental no apoio ao tratamento dos pacientes oncológicos.

Choi, Park e Noh (2024) afirmam que o suporte social, quando bem estruturado, tem efeitos positivos para saúde mental e física, diminuindo chances de comportamentos inconscientemente destrutivos ou que podem trazer piora ao prognóstico da doença. A força de intervenções positivas da rede de apoio e suporte podem modificar perspectivas e esperanças no que tange ao processo de viver e melhor viver.

4.1 USO DE ÁLCOOL, USO EM *BINGE* E USO DO TABACO

Vale destacar que havia expectativa de que as prevalências de uso de álcool e/ou tabaco fossem maiores em pacientes com baixo apoio social. No entanto, entre os mato-grossenses aqui estudados, houve baixas prevalências do uso de álcool na vida e de tabaco, bem como o consumo no padrão *binge* de álcool, entre os indivíduos com suporte social alto, quando

comparadas às de outros estudos, onde a prevalência foi maior. Em um estudo norte-americano feito com 307 pacientes com câncer de cabeça e pescoço, que objetivou determinar a prevalência e coocorrência de tabagismo e consumo de álcool, revelou percentuais mais elevados que a nossa pesquisa, onde cerca de um terço (34%) da amostra eram fumantes atuais e um terço (31%) bebia perigosamente (McCarter *et al.*, 2018). Outra pesquisa estadunidense, envolvendo 1327 pacientes com câncer, buscou identificar a prevalência do uso de álcool e tabaco no primeiro ano de diagnóstico, e mostrou índices importantes de uso de álcool (24,5%), tabagismo recente (28,4%) e entre os bebedores que também eram fumantes (53,2%) (Howren; Christensen; Pagedar, 2022).

Álcool e tabaco são substâncias lícitas e, contudo, as mais consumidas em nossa sociedade, além de serem consideradas fatores de risco importantes para o desenvolvimento de mais de 200 tipos de doenças, incluindo o câncer (PAHO, 2021; WHO, 2021b). Quando somado ao uso de álcool, as chances de uma pessoa desenvolver câncer por tabagismo se tornam aumentadas em até cinco vezes (Brasil, 2016; Brasil, 2021b; PAHO, 2021; WHO, 2021a). O uso continuado dessas substâncias após diagnóstico de câncer remete a vários eventos negativos no prognóstico da doença, como: recidiva tumoral, metástase e resultados psicossociais empobrecidos que reduzem o bem-estar e a qualidade de vida dos pacientes com câncer (Howren; Christensen; Pagedar, 2022; Jiang *et al.*, 2018; Rungay *et al.*, 2021).

Ademais, o consumo de álcool e tabaco em regiões em que o poder aquisitivo é menor e as condições de vida são mais precárias, a carga futura de cânceres tende a aumentar, com estimativa de 69,9% nos casos de câncer relacionados ao tabaco e em 68% nos cânceres relacionados ao álcool, tornando-se um fator multiplicado quando combinados (Lee; Hashibe, 2014).

O tratamento para a dependência da nicotina tem sido um desafio na população oncológica, tanto pela cronicidade do uso da substância, como pelos fatores associados às comorbidades, como ansiedade e depressão (Ehrenzeller; Mayer; Goldstein, 2018; Hyung-Kook *et al.*, 2013; Naser *et al.*, 2021). Internacionalmente foram destacadas prevalências elevadas de recaída e descontinuidade nos programas para a cessação do tabagismo entre pessoas com câncer, como demonstrou estudo ao avaliar 493 pessoas em tratamento do câncer, onde 26,6% continuaram fumando após o início desses programas implementados. Entretanto, aqueles indivíduos com suporte social mais elevado descontinuaram o uso do tabaco, comprovando que o suporte social foi um fator importante para a cessação e a abstinência do tabagismo. Além disso, o estudo reafirmou que os sobreviventes de câncer com baixo suporte social eram mais propensos a continuar fumando (Hyung-Kook *et al.*, 2013).

Uma revisão sistemática avaliou a prevalência do tabagismo após o diagnóstico de câncer, identificou variáveis entre os sobreviventes que continuaram fumando tabaco *versus* aqueles que pararam de fumar com sucesso, revelou que, pacientes mais jovens, do sexo feminino, sem parceria sexo-afetiva, com menor apoio socioeconômico e psicossocial apresentou maior chances de continuar fumando depois do diagnóstico de câncer (Ehrenzeller; Mayer; Goldstein, 2018).

Para além das relações causais entre uso de álcool e/ou tabaco e considerando os potenciais riscos para adoecimento, que são 30 vezes maiores entre esses usuários (INCA, 2019; Rock *et al.*, 2020), nem sempre o adoecimento por câncer serve como um forte motivador para mudanças de comportamentos e a cessação do uso dessas substâncias (Streck *et al.*, 2021). Mesmo com os baixos índices de consumo observados na amostra deste estudo, sabe-se que comportamentos não saudáveis tendem a persistir após um diagnóstico de câncer, a depender de aspectos sociodemográficos, clínicos, psicológicos e relacionados ao tipo de tratamento. Por isso, auxiliar o paciente a mudar tais comportamentos e se manter em abstinência é uma função importante do enfermeiro e demais profissionais de saúde, em todas as fases do tratamento do câncer (Di Meglio *et al.*, 2021).

Fritzen *et al.* (2023) descreveram que comportamentos de uso nocivo de substâncias como álcool e/ou tabaco são inconscientemente autodestrutivos, podem advir de desesperança e ausência de redes de apoio e suporte social, que remetem o indivíduo à busca solitária por preenchimento de lacunas e situações não resolvidas da vida. Neste contexto de enfrentamento, enfatiza-se a importância de uma rede de apoio para auxiliar esses pacientes na mudança de comportamentos, especialmente relacionados ao álcool e ao tabaco, durante o adoecimento por câncer. Simultaneamente, é crucial legitimar as decisões individuais do paciente em relação à cessação do uso dessas substâncias, embora possuir uma rede de suporte colabore e incentive consideravelmente neste processo de cessação do uso dessas substâncias (Choi; Park; Noh, 2024).

Conhecer a prevalência e as características socioeconômicas de sobreviventes de câncer que continuam com fumando ou usando álcool, mesmo após o diagnóstico da doença, é de suma importância para que medidas de apoio a cessação do tabagismo sejam implementadas. Adicionalmente, é primordial conhecer as intervenções para a cessação do tabagismo e do alcoolismo na população com câncer, que ainda são escassas, e na maioria das vezes, seguem os mesmos padrões de estratégias para a população em geral.

Dentre as experiências bem sucedidas em sobreviventes de câncer para a cessação do fumo, destaca-se: aconselhamento para o paciente e seus pares para avaliar as barreiras do

paciente, assim como a motivação para parar de fumar; além da farmacoterapia para reposição de nicotina, acompanhamento e avaliação das dificuldades enfrentadas de forma individualizada e integral (Ehrenzeller; Mayer; Goldstein, 2018).

Nesse sentido, envolver as pessoas da rede de apoio se torna fundamental para alcançar os objetivos do tratamento do câncer entre aqueles que fazem uso de álcool e tabaco. Sobre o papel do suporte familiar para pessoas com câncer em programa de cessação do álcool e tabaco, comumente essa rede de apoio nem sempre é contemplada, o que interfere no sucesso do tratamento. Ademais, há descrição das experiências exitosas de familiares fumantes que ao participarem do programa de cessação do tabagismo do ente adoecido pelo câncer, também foram beneficiados a parar de fumar. Nessa perspectiva, intervenções breves e motivacionais, além da inserção de familiares e/ou cuidadores são fundamentais para o alcance dos objetivos esperados na cessação do uso de substâncias (Cancer Center Cessation Initiative Family and Social Support Systems Working Group, 2021).

É de suma importância que enfermeiros e profissionais da equipe de saúde da área de oncologia estejam aptos em suas habilidades cognitivas e relacionais, cientes dos recursos disponíveis para ajudar esses indivíduos a mudarem seus comportamentos de uso, seja na redução ou cessação do uso de álcool e/ou tabaco, por meio de estratégias interventivas, aconselhamentos para o indivíduo sobrevivente de câncer, de acordo com o tipo de câncer e estágio da doença, tratamento, efeitos colaterais e interações medicamentosas, fatores de risco para recidiva ou novos cânceres primários e condições comórbidas (Lucchiari *et al.*, 2016).

4.2 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O presente estudo apresenta algumas limitações que precisam ser pontuadas, como o desenho metodológico de corte transversal, que impossibilita determinar associações de causa e efeito quanto ao suporte social e fatores identificados que podem causar confusão no que remete à reversibilidade na interpretação causal dos resultados.

Ademais, os dados foram obtidos principalmente por meio de perguntas do questionário, de modo que havia possibilidade de viés de recordação e relato dos pacientes. Ainda deve-se pontuar que a prevalência de uso de álcool e tabaco pode estar subestimada, em função do medo do julgamento de valores que os pacientes temem sofrer por conta do uso e abuso de álcool e tabaco, somados ao fato de estarem em tratamento de uma doença grave, e serem questionados por profissionais de saúde.

O viés de amostra pode limitar a validade externa e a generalização desses achados. Pode-se supor que os pacientes entrevistados possam ter ocultado dados reais quanto à percepção do suporte social recebido, quanto ao uso de álcool e tabaco na vida e durante o tratamento do câncer.

No entanto, não se pode deixar de ressaltar um ponto forte advindo desta pesquisa, que corresponde ao seu pioneirismo na avaliação dos níveis extremos de suporte social em pacientes com câncer no estado de Mato Grosso, Brasil.

5 CONCLUSÃO

O câncer, sendo um problema de saúde coletiva, com aumento expressivo em países com menos acesso aos recursos de saúde, como em países de baixa e média renda, necessita de maior atenção para que os programas de controle do câncer sejam efetivos: modificação e prevenção de fatores de risco, diagnóstico precoce, tratamento e de cuidados paliativos. No entanto, é necessário não apenas envidar esforços para que haja diagnóstico de forma precoce da doença em países em que a infraestrutura ainda é precária, mas também subsídios para a manutenção e seguimento no tratamento.

Portanto, busca-se fundamentar essas orientações com abordagens baseadas em evidências, utilizadas de forma empática por parte dos profissionais de saúde e serviços oncológicos, frente ao cuidado às pessoas com câncer que podem estar em sofrimento mental, uma vez que trazem em suas histórias de vida atual ou pregressa o uso de substâncias, ou mesmo intensificar o uso como alívio para esse sofrimento.

Nesse contexto, é crucial que os profissionais estejam capacitados para a assistência de qualidade que abranja a tríade de saúde mental, uso de substâncias e suporte social. Essa abordagem holística visa aprimorar o bem-estar global dessa população vulnerável diante da aflição causada pela doença do câncer (Di Meglio *et al.*, 2021; Ehrenzeller; Mayer; Goldstein, 2018; Hutcheson *et al.*, 2023).

Compreender as disparidades na saúde advindas do adoecimento pelo câncer é desafiador para a saúde pública e exigirá que uma abordagem de cooperação multidisciplinar seja conduzida, para alcançar melhor entendimento da especialidade e assim propor melhores intervenções tanto na prevenção, detecção precoce e promoção do cuidado. Portanto, é indiscutível que mais estudos possam abranger diferentes tipos de câncer, populações e culturas e com isso expor cada vez mais o importante papel do suporte social, e que intervenções adequadas, incluindo apoios em nível coletivo e da comunidade, sejam implementadas para

prevenir esses fatores e mitigar seus efeitos para o desenvolvimento do câncer, causando mais disparidades de saúde. Ademais, compreender que o paciente com câncer que faz ou fez uso de substâncias como álcool e tabaco merece receber tratamento de igualdade da mesma maneira que aqueles que não fizeram uso de tais substâncias.

ESTUDO 3 – COMPORTAMENTOS DE SAÚDE E FATORES ASSOCIADOS EM PACIENTES ONCOLÓGICOS COM MAIS DE 50 ANOS

RESUMO

Objetivo: Avaliar a relação entre sexo, envelhecimento, suporte social, condições de saúde e fatores associados em pacientes oncológicos com mais de 50 anos. **Método:** Estudo transversal da abordagem quantitativa. Foram avaliados 711 pacientes divididos entre o sexo, com diagnóstico de câncer em tratamento em hospitais de referência para o tratamento de câncer no estado de Mato Grosso, Brasil. Cuiabá, Mato Grosso. **Resultados:** Os pacientes do sexo masculino com câncer se diferenciaram em termos de idade (> 60 anos), de raça/cor não branca, estado civil (casado/união consensual), escolaridade baixa (<8 anos), renda média, religião, qualidade de saúde (regular ou ruim), recidiva e metástase tumoral, ter sido submetido a até dois tipos de tratamento, sem sintomas de depressão e uso de álcool e/ou tabaco, sendo que, mais que a metade era fumante ativo atual e ex-fumante, enquanto as mulheres nunca fumaram. O uso de bebidas alcoólicas e no padrão *binge* foi prevacente entre o sexo masculino, no tocante às mulheres eram abstinente e não bebiam nesse padrão de consumo. Os homens apresentaram melhores níveis de suporte social em todas as suas dimensões, diferentemente do sexo feminino. **Conclusão:** A população acima dos 50 anos está em pleno crescimento, tem sido pouco considerada em estudos e possuem necessidade de maior atenção às questões de saúde mental, uso de substâncias, apoio social e envelhecimento em pessoas com câncer.

Palavras-chave: Sexo. Tabaco. Suporte Social. Envelhecimento. Oncologia.

1 INTRODUÇÃO

Estima-se que a expectativa de vida aumentará em 4,4 anos para homens e mulheres até 2040 em nível mundial, a depender de melhores e piores cenários de saúde. No Brasil, a expectativa de vida tem sido crescente, passando de 71,5 anos em 2000, para 75,9 em 2019, para ambos os sexos (WHO, 2021a). Enquanto que em alguns países mais desenvolvidos, estima-se chegar aos 85 anos em ambos os sexos, e em países de baixa e média renda essa projeção é de expectativa de vida abaixo dos 65 anos em 2040 (Foreman *et al.*, 2018).

Esses números indicam que as disparidades globais na sobrevivência existem e irão refletir em anos de vida perdidos por morte prematura - principalmente pelo aumento de

DCNTs. Em parte, isso se deve ao crescimento e envelhecimento da população (Foreman *et al.*, 2018), mas também a escolhas por estilos de vida não saudáveis como sedentarismo, alimentação precária, uso de álcool, tabaco e outras substâncias que geram graves problemas de saúde e contribuem para o aumento da incidência e mortalidade por DCNTs (WHO, 2023).

Atualmente as DCNTs são responsáveis por 74% de todas as mortes no mundo, com maior abrangência em países de baixa e média renda (WHO, 2023), grandes projeções relacionadas ao consumo de álcool e/ou tabaco, com maior prevalência entre os homens (Bray *et al.*, 2021; Foreman *et al.*, 2018; Sung *et al.*, 2021), o que constitui um grande problema de saúde pública em termos de incapacidades geradas (Safiri *et al.*, 2022a).

Comportamentos saudáveis podem mudar o estado de saúde das pessoas e ter implicações em melhores condições de saúde, bem estar e qualidade de vida, além de reduzir gastos com doenças. No entanto, a adoção dessas práticas tem se mostrado desafiadora no âmbito individual e coletivo, tanto que números de doenças como o câncer, que estão atrelados ao consumo de tabaco e/ou álcool e as prevalências são crescentes a cada ano (IARC, 2023b; Bray *et al.*, 2021).

Dentre as estimativas da carga global de câncer atribuível a fatores de risco modificáveis destaca-se o uso do tabaco e álcool, representando 50,6% de todas as mortes por câncer em homens e 36,3% em mulheres no ano de 2019 (GBD 2019 Cancer Risk Factors Collaborators, 2022). Cerca de 30-50% de todos os casos de câncer no mundo poderiam ser evitados, com mudanças de estilos de vida e escolhas positivas em saúde (O'Sullivan *et al.*, 2022).

O aumento evidenciado da carga global de câncer, está relacionado à grande disparidade na incidência e mortalidade da doença; influenciado também por fatores como sexo, envelhecimento e comportamentos de saúde. O que impacta negativamente na vida da pessoa adoecida e todo o seu entorno, o que torna o câncer além de uma das principais causas de mortalidade, uma séria ameaça à saúde mental e o bem-estar (Ernst *et al.*, 2019).

Uma outra questão importante, refere-se ao suporte social, que é considerado um fator influente que impacta a vida das pessoas com câncer, pois se trata de uma ferramenta psicossocial que advém de uma rede organizada de pessoas e organizações, como familiares, amigos, vizinhos, profissionais, igreja, além de outros membros da comunidade, que apoiam e fornecem assistência psicológica, física e financeira aos pacientes com câncer quando há necessidade (Website National Cancer Institute, 2009). Esse apoio pode influenciar positivamente na saúde física, melhorando os comportamentos de saúde (Cancer Center Cessation Initiative Family and Social Support Systems Working Group (2021), alavancar na recuperação e reabilitação dos pacientes (Bibi; Khalid, 2020), além de prevenir e aliviar o sofrimento mental, como depressão

e ansiedade em pacientes com câncer em diversos contextos de adoecimento e tratamento. Tais fatores tornam o suporte social elemento essencial para minimizar os estressores presentes na experiência do adoecimento (Corovic *et al.*, 2023).

Estudos sobre as disparidades do câncer em relação a fatores sociais como o sexo, envelhecimento e comportamentos de saúde além de serem incipientes, foram desenvolvidos de forma mais isolada, investigando fatores modificáveis como uso de álcool e tabaco com ênfase no padrão de consumo (quantidade e frequência), idade de início do uso, tempo de uso e comparação de prevalência entre os sexos (Matzopoulos *et al.*, 2022).

Assim, há lacunas no conhecimento sobre os aspectos psicossociais, contemplando diferenças relacionadas ao sexo e a idade, concomitantemente ao uso de substâncias (uso atual e prévio), as condições de saúde geral, condições socioeconômicas, comportamentos de saúde (antes e após) o diagnóstico da doença e o tipo de suporte social existente. Pesquisas dessa natureza podem ser úteis como ferramentas para entender as disparidades em saúde em pessoas com câncer e subsidiar intervenções contextualmente relevantes e de modo sistematizado (ARG, 2023).

Identificar os fatores de risco modificáveis é essencial para auxiliar as pessoas a repensar mudanças de comportamento em relação ao uso de substâncias e fazer escolhas por comportamentos de saúde de forma positiva. Pressupõe-se que os comportamentos de saúde precários e manutenção de estilo de vida adotados de pessoas com câncer contribuem negativamente no desfecho da doença e no desenvolvimento de outras doenças. E, embora pesquisas com câncer relacionadas a fatores sociodemográficos, de autoavaliação de saúde, hábitos de vida, suporte social e fatores associados tenham sido avaliadas anteriormente, até o momento não foram encontradas publicações que contemplam o contexto do adoecimento por câncer, relacionando sexo, envelhecimento, condições de saúde e suporte social (Solar; Irwin, 2010).

Compreender tais peculiaridades é uma questão importante para o manejo da doença, e estudos que avaliam essas relações ainda são escassos. Frente ao exposto, este estudo teve por objetivo avaliar a relação entre sexo, envelhecimento, suporte social, condições de saúde e fatores associados em pacientes oncológicos com mais de 50 anos

2 MÉTODO

Trata-se de um estudo do tipo transversal de abordagem quantitativa.

O presente estudo faz parte de uma pesquisa matricial intitulada “Câncer e seus fatores associados: análise de registro de base populacional e hospitalar de Cuiabá-MT”, desenvolvida pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) em parceria com o Ministério Público do Trabalho e com a Secretaria de Estado de Saúde, Brasil. Maiores informações sobre a amostra da pesquisa matricial, encontram-se no estudo de Galvão *et al.* 2022.

O estudo foi realizado entre o período de novembro de 2019 a abril de 2021, envolvendo 1.012 pacientes de dois hospitais públicos de referência no tratamento do câncer no estado de Mato Grosso (Galvão *et al.*, 2022).

No presente estudo foram avaliados 711 pacientes com idade igual ou maior que 50 anos, divididos entre o gênero masculino e feminino.

Os critérios de inclusão dos participantes para este estudo foram: pessoas com 50 anos de idade ou mais, com diagnóstico de câncer em tratamento no Hospital de Câncer de Mato Grosso (HCan-MT) e no Hospital Universitário Júlio Muller (HUIJM), ambos localizados na capital do Estado, Cuiabá, referência no atendimento do câncer no Estado.

Os critérios de exclusão foram: pacientes cujo registro do prontuário estava incompleto em relação aos aspectos clínicos e patológicos do câncer (Galvão *et al.*, 2022).

A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de um questionário estruturado face-a-face às pessoas com diagnóstico citopatológico ou histopatológico de câncer, com posterior consulta no registro de prontuário médico. A coleta de dados foi realizada por equipe de pesquisadores devidamente treinados (Galvão *et al.*, 2022).

2.1 MEDIDAS

A variável desfecho usada foi sexo masculino e feminino. As variáveis independentes foram as características sociodemográficas, informações de saúde, uso de substâncias psicoativas (álcool e tabaco) e do suporte social.

2.2 INSTRUMENTOS

Um questionário foi elaborado contendo as seguintes informações:

- a) **Informações sociodemográficas:** idade, estado civil, raça/cor, escolaridade, ser religioso (a), renda por salário-mínimo, classificação econômica pelo Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP, 2019) e área de nascimento (zona rural ou urbana).

- b) **Informações de saúde:** autoavaliação da saúde; consumo de álcool na vida (sim/não), uso em *binge* na vida (sim/não) e tabagismo (fumante, ex-fumante e nunca fumou) (Brasil, 2019). Também foram incluídas variáveis clínico-patológicas: recidiva e metástase do tumor e tipo de tratamento, que foram obtidas do prontuário dos pacientes (Galvão *et al.*, 2022).
- c) **Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2):** instrumento usado para avaliar a frequência de sintomas depressivos, considerando as duas últimas semanas. Esse instrumento contém as duas primeiras questões do *Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)*, baseado nos critérios diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) IV. Nesta pesquisa, foi utilizada a versão do PHQ-2 oriunda da versão em português do PHQ-9, traduzida e adaptada para a realidade brasileira (Osório *et al.*, 2009). O objetivo do PHQ-2 não é estabelecer um diagnóstico final ou monitorar a gravidade da depressão, mas para rastrear sintomas da depressão em uma abordagem de “primeiro passo”. A pontuação PHQ-2 varia de zero a seis pontos. A nota de corte ideal do PHQ-2 é de três pontos para fins de triagem, sendo que o ponto de corte de dois aumenta a sensibilidade, enquanto um ponto de corte de quatro melhora a especificidade. Os escores elevados são indicadores de maior intensidade dos sintomas depressivos (Kroenke; Spitzer; Williams, 2003).
- d) **The Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS):** essa escala avalia as múltiplas dimensões do suporte social em relação a quatro domínios, a saber: (i) apoio material, (ii) apoio emocional/informacional, (iii) apoio de interação social positiva e (iv) apoio social afetivo (Zanini; Peixoto; Nakano, 2018). A princípio essa escala foi desenvolvida para ser aplicada em pessoas com doenças crônicas (Sherbourne; Stewart, 1991), mas se expandiu para diversos grupos da população e contextos por ser considerada de fácil entendimento e aplicação (Zanini; Peixoto; Nakano, 2018). Foi traduzida e adaptada para a realidade brasileira (Griep *et al.*, 2005). Estudo de validação da escala MOS-SSS mostrou bons índices de adequação da medida para a população estudada no Brasil, com os índices alfa variando entre 0,76 e 0,95, e boa qualidade psicométrica para a análise do suporte social percebido. O instrumento é composto por 19 questões para o participante responder a partir de uma pergunta: "Se você precisar, com que frequência conta com alguém?", assinalando uma das cinco respostas possíveis de acordo com uma escala *Likert*: 0 ("nunca"); 1 ("raramente"); 2 ("às vezes"); 3 ("quase sempre") e 4 ("sempre"). Os dados da escala foram utilizados de forma categórica, utilizando a avaliação simples para classificar da seguinte forma: apoio

emocional/informacional — baixo nível (0 a 12 pontos) , nível médio (13 a 28 pontos) e nível alto (29 a 32 pontos); apoio interação social positiva — baixo nível (0 a 6 pontos), médio nível (7 a 13 pontos) e alto nível (14 a 16 pontos); apoio material — baixo nível (0 a 6 pontos), médio nível (7 a 13 pontos) e alto nível (14 a 16 pontos); apoio afetivo — baixo nível (0 a 4 pontos), médio nível (5 a 10 pontos) e alto nível (11 a 12 pontos) (Zanini; Peixoto; Nakano, 2018).

2.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Todas as análises dos dados foram realizadas no programa Stata®, versão 16.1. A dupla digitação e a validação do banco foram realizadas para detectar inconsistências da digitação e validação do banco de dados. Para este estudo, acessou-se as informações do banco de dados do projeto matricial e foram extraídas as variáveis de interesse. Na análise descritiva dos dados, estimaram-se distribuições de frequências, médias e desvios padrão para as variáveis contínuas do estudo. Para as variáveis categóricas, estimaram-se as proporções. Neste estudo foi realizada a análise de diferenças de proporções entre a amostra.

O teste qui-quadrado de Pearson e o Teste de diferença de proporção (Costa Neto, 2005; Siqueira; Tibúrcio, 2011) foram utilizados para avaliar o sexo (masculino e feminino) como variável dependente e as covariáveis: características sociodemográficas, condições de saúde e tratamento do câncer, sintomas de depressão, uso de álcool e tabaco e suporte social dos indivíduos nos grupos. Para todos os testes foi considerado o valor de $p \leq 0,05$ como resultado estatisticamente significativo

2.4 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do – HUJM, Cuiabá, Brasil, sob parecer número: 3.048.183 e, e pelo CEP SES-MT 3.263.744, seguindo os princípios éticos preconizados na Resolução nº 462, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisa envolvendo seres humanos (Brasil, 2012).

3 RESULTADOS

A amostra foi composta por 711 pacientes em tratamento para câncer, com idade igual ou maior que 50 anos (média de idade de 64,2 anos e desvio padrão de 9,2 anos), com variação entre 50 e 100 anos, que foram divididos em dois grupos, sexo masculino e feminino.

Houve predominância do sexo masculino 382 (53,7%), idosos (> 60 anos) 462 (65%), de raça/cor não branca 475 (66,8%), casados/união consensual 400 (56,3%), com baixo nível de escolaridade (<8 anos) 486 (68,4%), que se declararam religiosos 648 (91,1%), com renda menor que um salário-mínimo 395 (55,6%), pertenciam à classe social C 347 (48,8%) e provenientes da área urbana 367 (51,6%).

Na análise bivariada, ser idoso com mais de 80 anos, 28 (70%), de raça/cor não branca 267 (56,2%), ser casado ou em união consensual 243 (60,8%), com baixo nível de escolaridade (<8 anos) 294 (60,5%), não ser religioso 43 (69,4%), ter renda mensal de >2 salários mínimos 89 (61,4%), ter sido classificado socialmente pela ABEP em Classe D-E 140 (60,3%) e ser proveniente da zona rural 186 (57,6%) foram as características associadas entre as pessoas com câncer do sexo masculino, com valores estatisticamente significativos ($p < 0,05$).

Nota-se ainda, que as diferenças de proporções entre os sexos foram as seguintes: homens com idade entre 60 a 80 anos, quando comparados às mulheres (50-59 anos), homens de raça/cor de pele não branca comparado às mulheres de raça/cor de pele branca; homens casados/união consensual e mulheres que viviam sem um companheiro(a); homens com menor nível de escolaridade (< 8 anos) enquanto as mulheres eram mais escolarizadas (> 8 anos), homens que não se consideravam religiosos; de média renda (> 2 Salários Mínimo), classe social D-E; homens provenientes da zona rural, com valores estatisticamente significativos ($p < 0,05$). Na Tabela 1 estão apresentadas as características sociodemográficas dos participantes.

Tabela 1 – Informações sociodemográficas comparadas de acordo com o sexo, segundo as pessoas com câncer em tratamento, no estado de Mato Grosso, Brasil, 2021

(continua)

Variável	Categoria	Sexo		Total	Δ	IC95%	Valor de p
		Masculino	Feminino				
Faixa etária (anos) †	50 – 59	96 (38,6)	153 (61,4)	249 (100,0)	-22,8	(-31,44; -14,34)	<0,001*
	60 – 69	150 (57,7)	110 (42,3)	260 (100,0)	15,4	(6,89; 23,88)	<0,001*
	70 – 79	108 (66,7)	54 (33,3)	162 (100,0)	33,4	(23,07; 43,60)	<0,001*
	≥ 80	28 (70,0)	12 (30,0)	40 (100,0)	40,0	(19,9; 60,1)	<0,001*
Estado civil †	Sozinho	139 (44,7)	172 (55,3)	311 (100,0)	-10,6	(-18,42; -0,03)	0,008*
	Companheiro	243 (60,8)	157 (39,2)	400 (100,0)	21,6	(14,73; 28,27)	<0,001*
Raça †	Branca	107 (48,4)	114 (51,6)	221 (100,0)	-3,2	(-12,49; 6,15)	0,505
	Não Branca	267 (56,2)	208 (43,8)	475 (100,0)	12,4	(6,11; 18,73)	<0,001*
Escolaridade †	<8	294 (60,5)	192 (39,5)	486 (100,0)	21,0	(14,84 27,13)	<0,001*
	>8	88 (39,5)	135 (60,5)	223 (100,0)	-21,0	(-30,15; -12,00)	<0,001*
Religioso †	Sim	337 (52,0)	311 (48,0)	648 (100,0)	4,0	(-1,42; 9,45)	0,148
	Não	43 (69,4)	19 (30,6)	62 (100,0)	38,8	(22,48; 54,94)	<0,001*

Tabela 1 – Informações sociodemográficas comparadas de acordo com o sexo, segundo as pessoas com câncer em tratamento, no estado de Mato Grosso, Brasil, 2021

(conclusão)

Variável	Categoria	Sexo		Total	Δ	IC95%	Valor de p
		Masculino	Feminino				
Renda (SM) [†]	<1 SM	207 (52,4)	188 (47,6)	395 (100,0)	4,8	(-2,16; 11,78)	0,176
	>1 <2 SM	73 (53,7)	63 (46,3)	136 (100,0)	7,4	(-4,50; 19,20)	0,224
	≥ 2 SM	89 (61,4)	56 (38,6)	145 (100,0)	22,8	(11,55; 33,97)	<0,001*
Classificação ABEP [‡]	A-B	66 (50,0)	66 (50,0)	132 (100,0)	0,0	(-12,06; 12,06)	1,000
	C	176 (50,7)	171 (49,3)	347 (100,0)	1,4	(-6,00; 8,88)	0,704
	D-E	140 (60,3)	92 (39,7)	232 (100,0)	20,6	(11,79; 29,59)	<0,001*
Área de nascimento [‡]	Urbana	189 (51,5)	178 (48,5)	367 (100,0)	3,0	(-4,23; 10,23)	0,417
	Rural	186 (57,6)	137 (42,4)	323 (100,0)	15,2	(7,55; 22,79)	<0,001*

Notas: [†]Teste qui-quadrado. Δ: Diferença das proporções; IC95%: Intervalo de 95% de confiança, para a diferença das proporções; Valor de p*significante ao nível de 5%. (n = 711). SM – Salário-Mínimo = valor em reais brasileiro (1 US\$ = 4,0, R\$ 998,00, equivalent to \$ 249,5).

Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

3.1 CONDIÇÕES DE SAÚDE E TRATAMENTO DO CÂNCER

Do total, 370 (52%) consideraram a sua qualidade de saúde como regular ou ruim, 94 (13,2%) foram classificados com sintomas positivos de depressão (PHQ-2). Nota-se ainda que, 215 (30,2%) foram submetidos a pelo menos duas modalidades terapêuticas de tratamento para o câncer, 166 (23,3%) apresentaram metástase e 95 (13,4%) recidiva do tumor.

Sobre a autopercepção geral de saúde, na análise bivariada, os homens 56 (58,9%) avaliaram a sua qualidade de saúde como ruim/muito ruim, 335 (54,6%) não apresentaram sintomas depressivos, 86 (60,1%) foram submetidos a duas modalidades terapêuticas de tratamento, 59 (62,1%) tiveram recidiva tumoral e 102 (61,4%) apresentaram metástase. Quanto às mulheres, 78 (65%) foram submetidas a um número maior de modalidades terapêuticas para o tratamento oncológico (n=4) com valores estatisticamente significativos (p <0,001).

Das diferenças das proporções, nota-se entre os participantes do sexo masculino avaliaram a qualidade de sua saúde como ruim/muito ruim (p=0,012), não apresentaram sintomas de depressão (p<0,001), passaram por menor número de procedimentos terapêuticos no tratamento (p<0,001), apresentaram metástase (p<0,001) e recidiva do tumor (p=0,001), diferenciadamente do sexo feminino.

3.2 USO DE TABACO E/OU ÁLCOOL

Com relação ao tabagismo, 390 (54,9%) fumaram na vida, 65 (9,1%) eram fumantes ativos, 325 (45,7%) ex-fumantes e 321 (45,1%) nunca fumaram. Dados disponíveis na Tabela 2.

Quanto ao consumo de álcool, observa-se que 102 (14,3%) consumiram álcool na vida e 102 (14,3%) consumiram no padrão *binge*. Em ambas as análises (bivariada e de proporção da amostra) foi observada associações entre o sexo masculino e o uso de álcool e tabaco, sendo que, mais que a metade era fumante ativo 40 (61,5%) e ex-fumante 226 (69,5%), enquanto as mulheres nunca fumaram 205 (63,9%), ($p < 0,001$). Ainda, os homens faziam consumo de bebidas alcoólicas 69 (67,6%) ($p < 0,001$) e no padrão *binge* 69 (67,6%), ao passo que as mulheres eram abstinentes e não bebiam nesse padrão de consumo (48,7% e 48,6%, respectivamente) ($p < 0,001$). Na Tabela 2 estão apresentadas as informações sobre as condições de saúde e o tratamento do câncer.

Tabela 2 – Comparação por sexo segundo informações de saúde e tratamento de pessoas com câncer em tratamento, no estado de Mato Grosso, Brasil, 2021

Variável	Categoria	Sexo		Total	Δ	IC95%	Valor de p
		Masculino	Feminino				
Avaliação da saúde [†]	Muito boa	29 (58,0)	21 (42,0)	50 (100,0)	16,0	(-3,35; 35,35)	0,1055
	Boa	152 (52,2)	139 (47,8)	291 (100,0)	4,4	(-3,65; 12,59)	0,281
	Regular	145 (52,7)	130 (47,3)	275 (100,0)	5,4	(-2,89; 13,80)	0,200
	Ruim/muito ruim	56 (58,9)	39 (41,1)	95 (100,0)	17,8	(3,90; 31,88)	0,012*
Tratamento [†]	1	108 (58,4)	77 (41,6)	185 (100,0)	16,8	(6,71; 26,80)	0,001*
	2	128 (59,5)	87 (40,5)	215 (100,0)	19,0	(9,79; 28,35)	<0,001*
	3	94 (52,8)	84 (47,2)	178 (100,0)	5,6	(-4,75; 15,99)	0,288
	4	42 (35,0)	78 (65,0)	120 (100,0)	-30,0	(-42,07; -17,93)	<0,001*
Recidiva [†]	Não	323 (52,4)	293 (47,6)	616 (100,0)	4,8	(-0,71; 10,45)	0,087
	Sim	59 (62,1)	36 (37,9)	95 (100,0)	24,2	(10,41; 38,01)	0,001*
Metastase [†]	Não	280 (51,4)	265 (48,6)	545 (100,0)	2,8	(-3,18; 8,69)	0,363
	Sim	102 (61,4)	64 (38,6)	166 (100,0)	22,8	(12,42; 33,36)	<0,001*
Depressão (PHQ-2) [†]	Negativo	335 (54,6)	279 (45,4)	614 (100,0)	9,2	(3,55; 14,69)	0,001*
	Positivo	45 (47,9)	49 (52,1)	94 (100,0)	-4,2	(-18,54; 10,03)	0,559
Fumante [†]	Fumante	40 (61,5)	25 (38,5)	65 (100,0)	23,0	(6,35; 39,80)	0,007
	Ex-Fumante	226 (69,5)	99 (30,5)	325 (100,0)	39,0	(32,00; 46,15)	<0,001*
	Nunca fumou	116 (36,1)	205 (63,9)	321 (100,0)	-27,8	(-35,16; -20,29)	<0,001*
Consumo bebida alcoólica [†]	Sim	69 (67,6)	33 (32,4)	102 (100,0)	35,2	(22,45; 48,13)	<0,001*
	Não	312 (51,3)	296 (48,7)	608 (100,0)	2,6	(-2,99; 8,25)	0,359
Binge [†]	Não	313 (51,4)	296 (48,6)	609 (100,0)	2,8	(-2,82; 8,40)	0,330
	Sim	69 (67,6)	33 (32,4)	102 (100,0)	35,2	(22,45; 48,13)	<0,001*

Notas: [†]Teste qui-quadrado. Δ : Diferença das proporções; IC95%: Intervalo de 95% de confiança, para a diferença das proporções; Valor de p*significante ao nível de 5%. (n = 711).

Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

3.3 SUPORTE SOCIAL

Do total da amostra, a maioria foi classificada com nível de suporte social elevado em termos de Apoio Material 576 (81,0%), Apoio Emocional/Informacional 473 (66,5%), Apoio Interação Social Positiva 526 (74,0%) e Apoio Afetivo 600 (84,4%).

Tanto na análise bivariada como na proporção da amostra, os participantes do sexo masculino foram classificados com níveis mais elevados de suporte social quando comparados às mulheres, em termos de Apoio Material 323 (56,1%), Apoio Emocional/Informacional 267 (56,4%), Apoio de Interação Social Positiva 289 (54,9%) e Apoio Afetivo em níveis extremos, alto 324 (54,0%) e baixo 23 (71,9%), ($p = 0,05$). Enquanto o sexo feminino se diferenciou apenas em relação ao Apoio Emocional/Informacional com nível baixo e valores estatisticamente significativos 30 (63,3%) ($p = 0,05$). Os dados sobre o tipo de suporte social estão apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 – Comparação entre tipo de suporte social e o sexo, segundo os pacientes com câncer em tratamento, no estado de Mato Grosso, Brasil, 2021

Variável	Categoria	Sexo		Total	Δ	IC95%	Valor de p
		Masculino	Feminino				
1. Apoio Material [†]	Baixo	16 (43,2)	21 (56,8)	37 (100,0)	-13,6	(-36,09; 9,06)	0,241
	Médio	38 (43,2)	50 (56,8)	88 (100,0)	-13,6	(-28,27; 1,00)	0,068
	Alto	323 (56,1)	253 (43,9)	576 (100,0)	12,2	(6,42; 17,89)	<0,001*
2. Apoio Emocional/ Informacional [†]	Baixo	17 (36,2)	30 (63,8)	47 (100,0)	-27,6	(-47,09; -8,23)	0,005*
	Médio	89 (52,4)	81 (47,7)	170 (100,0)	4,7	(-5,91; 15,32)	0,385
	Alto	267 (56,4)	206 (43,6)	473 (100,0)	12,8	(6,58; 19,22)	<0,001*
3. Apoio Interação social positiva [†]	Baixo	33 (50,7)	32 (49,2)	65 (100,0)	1,5	(-15,65; 18,73)	0,861
	Médio	53 (50,0)	53 (50,0)	106 (100,0)	0	(-13,46; 13,46)	1,000
	Alto	289 (54,9)	237 (45,1)	526 (100,0)	9,8	(3,87; 15,90)	0,001*
4. Apoio Afetivo	Baixo	23 (71,9)	9 (28,1)	32 (100,0)	43,8	(21,72; 65,78)	<0,001*
	Médio	31 (43,1)	41 (56,9)	72 (100,0)	-13,8	(-30,06; 2,29)	0,092
	Alto	324 (54,0)	276 (46,0)	600 (100,0)	8,00	(2,36; 13,64)	0,005*

Notas: [†]Teste qui-quadrado. Δ : Diferença das proporções; IC95%: Intervalo de 95% de confiança, para a diferença das proporções; Valor de p*significante ao nível de 5%. (n = 711).

Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

4 DISCUSSÃO

Este estudo avaliou as relações entre sexo, envelhecimento, uso de álcool e tabaco, condições de saúde e suporte social em pessoas acima de 50 anos em tratamento oncológico. Nota-se dois grupos peculiares em relação ao sexo, sendo que os homens eram predominantemente mais velhos (≥ 60 anos ou mais), de raça/cor de pele não branca, casados/união consensual, com menor nível de escolaridade, não religiosos; pertencentes a famílias de renda média e classe social D-E; provenientes de regiões rurais quando comparados

às mulheres. Em termos de sexo e idade, há que ser considerado, que de acordo com os dados censitários da população brasileira (IBGE, 2023), mostram que a população com idade acima de 65 anos está em franco crescimento. No censo foi observado ainda predominância de mulheres na população (51,5%), explicada pelos maiores índices de mortalidade entre os homens em todas as faixas etárias. Todavia é nas idades mais adultas, que estão os índices de sobremortalidade são mais intensos, contribuindo para o aumento da proporção de mulheres que sobrevivem mais em relação aos homens (IBGE, 2023).

Por outro lado, há estudo sobre a influência de aspectos raciais, étnicos e culturais na saúde e a qualidade de vida de sobreviventes ao câncer revelaram que características como fatores socioecológicos, de saúde, psicológicos e do sistema são fatores preditores significativos relacionados à saúde, bem-estar e qualidade de vida (Kagawa-Singer; Padilla; Ashing-Giwa, 2010).

Assim, diferenças socioeconômicas afetam as pessoas com câncer, uma vez que possuem diferentes estilos de vida, exposição ambiental e acesso desigual aos serviços de saúde, sendo estes considerados fatores de risco para adoecimento, além de ser um dos principais determinantes do câncer (Ilie; Rutledge; Sweeney, 2021; Lortet-Tieulent *et al.*, 2020). Nesse sentido, uma pesquisa que avaliou fatores sociais e econômicos em grupos raciais/étnicos mostrando as disparidades raciais que influenciaram a incidência e mortalidade por câncer (Baquet; Commiskey, 2000).

Em um estudo realizado no período de pico da pandemia da COVID-19 e tratamento de pacientes com câncer, mostrou que os cuidados e estratégias de saúde podem ser exclusivistas e acentuar iniquidades em saúde, de forma que, as diferenças sociais e de capitais ficam evidentes em quaisquer contextos de doenças e condições de saúde afetadas (Rodríguez *et al.*, 2022).

Evidência mostra que a avaliação entre câncer, sexo masculino e envelhecimento, o sexo masculino se mostra mais propenso a escolhas por comportamentos de riscos ou prejudiciais, como sedentarismo, uso de álcool e tabaco de longa data, somado à busca tardia por serviços de saúde, o que potencializa os riscos para o adoecimento por DCNT, como o câncer (Low *et al.*, 2020).

Dentre as representações sociais sobre o câncer, as questões vinculadas ao sexo, escolaridade, conhecimento prévio sobre a doença e acesso à serviços de saúde foram associadas a sentimentos de tristeza, sensação de morte e desesperança. Esses sentimentos, por sua vez, estão comumente associados na percepção da doença como elementos e sensações negativas. Entretanto, esse quadro se modifica frente ao contexto de apoio e suporte,

especialmente aqueles provenientes de fontes religiosas e familiares, bem como mudanças nas práticas de vida e na abordagem à saúde para o enfrentamento da doença (Dib *et al.*, 2022).

Quanto à religião, nota-se predominância de homens com câncer que se declararam não religiosos no presente estudo. Sabe-se que a religiosidade/espiritualidade está relacionada às condições de saúde, de forma que pacientes com câncer confiam em crenças e práticas espirituais ou religiosas para ajudá-los no enfrentamento de sua doença (Duque-Ortiz; Tirado-Otalvaro; Guarín-Cardona, 2023). Todavia, experiências como o câncer podem suscitar dúvidas nos pacientes sobre suas crenças ou valores religiosos, causando angústias espirituais. Após receberem o diagnóstico, podem diminuir ou perder sua fé e, ainda, interpretar como uma forma de punição divina (Bany Hamdan *et al.*, 2020).

Por outro lado, a valorização da religiosidade e a prática espiritual de pessoas com câncer em ambientes de saúde pode gerar um impacto positivo na saúde, contribuindo para o bem-estar espiritual, aliviando o sofrimento. Isso porque pessoas religiosas tendem a confiar e se relacionar de maneira positiva com um poder superior, além de possuírem maior bem-estar emocional (Almaraz *et al.*, 2022) e ter melhores percepções de saúde geral (Ochoa *et al.*, 2018). A religião pode permear o acesso a uma rede social que favorece a formação de grupos de apoio financeiro e terapêutico, o que contribui para o bem-estar físico e emocional dos pacientes com câncer (Mkuu *et al.*, 2022). Sendo assim, a dimensão espiritual pode ser uma potente fonte de suporte em todas as etapas da doença, ajudando encontrar um novo propósito de vida (Leão *et al.*, 2021).

Além do mais, os homens se diferenciaram na amostra por apresentar maior gravidade do câncer (recidiva e metástases), todavia passaram por um menor número de procedimentos no tratamento e não apresentaram sintomas de depressão, diferentemente das mulheres. A esse respeito, a depressão é a síndrome psiquiátrica que mais recebe atenção em pacientes com câncer, além de ser um problema esperado em todos os estágios da doença (Guo *et al.*, 2023; Ghanem *et al.*, 2020). Ademais, é influenciada por fatores que impactam a prevalência e a gravidade desse transtorno, tais como: tipos de cânceres, efeitos a longo prazo e natureza não conservadora do tratamento (Ilie; Rutledge; Sweeney, 2021), terapêuticas hormonais (Nowakowska *et al.*, 2021), idade e sexo (Linden *et al.*, 2012).

Em pessoas com câncer, a prevalência de depressão é maior em mulheres quando comparadas aos homens. Isso pode ser justificado em termos de maior acesso aos serviços de saúde por esse grupo, com tendências a receber diagnóstico de forma mais precoce de depressão e outros transtornos e sofrimento emocional, mesmo antes do evento câncer (Okati-Aliabad *et al.*, 2022). Além disso, as mulheres são orientadas para o enfrentamento de emoções, o que

facilita a avaliação e o diagnóstico de depressão; enquanto que os homens são direcionados para a solução dos problemas (Li *et al.*, 2019).

Uma pesquisa canadense mostrou que em homens com câncer, os índices de depressão foram predominantes em pessoas mais idosas (> 60 anos), todavia aqueles que possuíam melhores rendas e casados não apresentarem sintomas de depressão (Ilie; Rutledge; Sweeney, 2021). Outros estudos compararam a gravidade da depressão em pessoas com câncer, mostrou nível mais elevado de gravidade desta comorbidade entre as mulheres (Ferrari *et al.*, 2019; Hinz *et al.*, 2019).

Além disso, a idade mais avançada e o sexo feminino foram características predominantes em pessoas com depressão positiva em pessoas tratamento ambulatorial para o câncer (Erdoğan Yüce *et al.*, 2021). Também há evidências de que entre os pacientes oncológicos, as mulheres são mais diagnosticadas com sintomas de depressão do que os homens, sendo que as mais jovens (<40 anos) são as mais afetadas (Ghanem *et al.*, 2020).

Apesar de que os homens do nosso estudo, não apresentarem sintomas de depressão, há que considerar o nível de gravidade do câncer na vida dos pacientes e seu entorno, além do complexo processo de tratamento e sofrimento psicológico causado pela doença, independentemente do sexo. É de suma importância que atenção especial seja dada aos homens com câncer, uma vez que esses podem ocultar sentimentos e subestimar sinais e sintomas do transtorno depressivo. E, ainda, considerando as particularidades de ser homem e ter câncer, é relevante o uso de escalas padronizadas que avaliem o risco de depressão masculina (Rice *et al.*, 2018), para detecção e intervenção precoce em homens com câncer que apresentam risco ou que se encontram em estado depressivo.

4.1 USO DE ÁLCOOL E TABACO E CÂNCER

O uso de álcool e o beber no padrão *binge* foi predominante no sexo masculino. Se os homens consomem mais bebidas alcoólicas que as mulheres, é evidente que se expõem mais para o desenvolvimento de diversos problemas de saúde, incluindo o câncer (Shi *et al.*, 2023). Tem sido notório as associações entre o consumo de bebidas alcoólicas e vários tipos de câncer, assim não há nível seguro de consumo, além de ser evidente a relação dose-resposta entre ingestão de álcool e o risco de desenvolver câncer (INCA, 2023). O consumo da substância ainda tem sido maior entre os homens, quando comparado às mulheres, o que consequentemente colabora para os elevados registros de incapacidades e morte por câncer

relacionadas ao álcool entre os homens, sendo que os idosos são os mais afetados (Edwards *et al.*, 2022; Safiri *et al.*, 2022a).

As estimativas globais mostram que 4,1% de todos os novos casos de câncer no ano de 2020 foram atribuídos ao consumo de álcool, com maior proporção em homens, em que o consumo excessivo representa a maior carga de câncer atribuíveis ao álcool (Rumgay *et al.*, 2021). Consumir em excesso ou no padrão em *binge* potencializa o risco para alguns tipos de câncer (Bagnardi *et al.*, 2015; White *et al.*, 2017). Edwards *et al.* (2022) identificaram em uma amostra robusta de pacientes com câncer, que a grande maioria fazia uso atual ou anterior de álcool, com predominância do sexo masculino

Sobre o tabagismo, mais da metade dos homens já havia fumado ou eram fumantes ativos, quando comparados às mulheres que nunca fumaram. As taxas de câncer, incapacidades e morte por câncer atribuível ao tabagismo têm reduzido ao longo dos anos, apesar das prevalências serem consideráveis. O tabagismo é um fenômeno global e continua sendo responsável por um número expressivo de mortes por câncer principalmente entre os homens (India State-Level Disease Burden Initiative Cancer Collaborators, 2018; Malta *et al.*, 2020; Poirier *et al.*, 2019) e entre os homens mais velhos (65 a 69 anos) (Safiri *et al.*, 2022b).

Todo estresse do processo de adoecimento do câncer se torna um gatilho e/ou desafio para os pacientes fumantes ou já fizeram uso do tabaco. Para Walker *et al.* (2004) que avaliou o tabagismo (atual e pregresso) e as recaídas em pacientes com câncer de pulmão em fase mais tardia (média de 6 meses após a cirurgia), mostrou que as chances de recaídas foram significativamente maiores nesse grupo, quando comparados aos fumantes em fase inicial de diagnóstico e pré-operatória, locais em que os profissionais de saúde, podem motivar e orientar quanto aos riscos para o agravamento e as formas de tratamento.

Torna-se relevante que os profissionais de saúde estejam capacitados para motivar o abandono do uso do álcool e do tabaco em todas as etapas do adoecimento por câncer, desde a fase de diagnóstico, o tratamento, a remissão da doença até o acompanhamento tardio para o controle de recidivas. Uma vez que a manutenção do uso destas substâncias se torna um agravante, contribuindo para risco adicional às sequelas como: piores prognósticos doenças comorbidas, agravamento da doença, além dos efeitos no desfecho do tratamento (Asvat *et al.*, 2020; Krewski *et al.*, 2019).

Nossos resultados corroboram aos do estudo de Avast *et al.*, 2020, que mostraram que os homens apresentam maiores níveis de prevalência de uso de álcool (atual e pregresso), no padrão *binge* e do uso de tabaco somados à precárias condições de saúde declaradas e o nível de gravidade do câncer, se diferenciando das mulheres.

Nesse contexto, é fundamental considerar as estratégias de rastreamento e a aplicação de intervenções breves que permitem avaliar o consumo e/ou abuso de substâncias psicoativas em todos os pacientes com câncer, com o uso de instrumentos validados, com intuito de aumentar a conscientização sobre o uso e os problemas ocasionados pelas substâncias em todas as fases do processo de adoecimento (Chang *et al.*, 2018; Graner, 2013).

Outro resultado observado foi que os homens possuíam baixo nível de escolaridade (Tabela 1). O baixo nível de escolaridade pode ser um resultado das ocasionados pelas condições sociais e econômicas, e ainda colaborar para a manutenção do comportamento do fumar. No entanto, deve-se considerar que um contingente significativo da atual população idosa vivenciou a sua juventude na década de 1960, uma época marcada pela predominância do de atividades rurais e limitado acesso à educação, que era restrita a apenas uma elite privilegiada. Somente no final desta década que se iniciaram investimentos educacionais no Brasil. Assim, pode ser notado os baixos níveis educacionais entre indivíduos de faixas etárias mais avançadas (Ribeiro, 2006).

Essa relação pode limitar o acesso a informações das pessoas sobre os riscos relacionados ao tabagismo e a recursos para a cessação do uso (Kjeld *et al.*, 2024). Esse grupo, pode enfrentar desafios socioeconômicos que podem contribuir para o tabagismo como mecanismo de enfrentamento (Hooper *et al.*, 2024). É importante contextualizar essa associação, considerando fatores sociais e econômicos mais amplos, reconhecer a necessidade de políticas públicas específicas para abordar essas disparidades (Momosaka *et al.*, 2024). As implicações para a saúde pública destacam a importância de estratégias de prevenção e cessação adaptadas a grupos com menor nível de escolaridade. Campanhas de conscientização direcionadas e facilitação do acesso a recursos de cessação são medidas essenciais (Kjeld *et al.*, 2024).

4.2 SUPORTE SOCIAL E CÂNCER

Um outro resultado interessante refere maior suporte social entre os homens quando comparados às mulheres. Esses dados corroboram aos resultados de outros estudos Brito *et al.* 2021 e Corovic *et al.* 2023. Esses autores justificaram que as complexas interações de fatores sociais, culturais e histórico atreladas as expectativas tradicionais de gênero, estruturas sociais e profissionais historicamente dominadas por homens, diferenças na comunicação entre os gêneros e a construção social da masculinidade podem influenciar essa dinâmica. Em algumas culturas, as normas sociais contribuem para a ideia de que os homens necessitam de mais apoio,

especialmente quando expressam suas necessidades de maneira mais direta, enquanto as mulheres adotam estratégias de busca de apoio mais sociais e colaborativas. É essencial abordar essa questão com sensibilidade, reconhecendo a diversidade de experiências e peculiaridades entre o gênero, e reconhecer que a percepção de apoio social é altamente subjetiva e culturalmente influenciada (Brito *et al.*, 2021; Corovic *et al.*, 2023).

Laços sociais e afetivos, somados a outros fatores podem influenciar o suporte social de pacientes oncológicos, assim como aspectos sociodemográficos, de condições de saúde e do tratamento e os aspectos psicológicos (Bou-Samra *et al.*, 2022; Corovic *et al.*, 2023).

A presença de um parceiro(a) é um fator que pode impulsionar a percepção de mais apoio social, uma vez que a percepção/sensação de poder contar com o apoio emocional/moral do(a) parceiro(a) proporciona melhor enfrentamento da doença, e juntamente com o apoio informacional de outros membros da família, são os que mais contribuem para a redução dos sintomas e sofrimento psíquico dos pacientes com câncer (Chen *et al.*, 2021; Ruiz-Rodríguez *et al.*, 2022). Uma pesquisa realizada na Grécia, revelou a importância do suporte social na percepção de bem-estar físico e na qualidade de vida geral. Desvelou-se, que os homens mais velhos, casados ou em união consensual percebiam mais apoio social e maior percepção de saúde, quando comparados com aqueles que não tinham parceria sexo afetiva (Lavdaniti *et al.*, 2017).

As diferenças entre os sexos foram que os homens apresentaram elevados níveis de suporte social e não tinham depressão, enquanto as mulheres foram classificadas com baixo nível de suporte social e sintomas positivos de depressão. Contrapondo a esses dados, uma pesquisa estadunidense com pacientes oncológicos, mostraram associação significativa de percepção de suporte social emocional em níveis altos apenas no sexo feminino (Gudina *et al.*, 2021), assim, há variações uma vez que depende do contexto.

Sendo o suporte social um aspecto psicossocial que promove a saúde mental e apoio em diversos outros aspectos da vida em sobreviventes do câncer no processo de adoecimento, há que se otimizar intervenções para avaliar e oferecer suporte social como importante estratégia para melhorar a qualidade da saúde mental de pacientes com câncer (Pinto *et al.*, 2023).

4.3 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Este estudo tem algumas limitações e devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Em primeiro lugar, o desenho transversal do estudo não permite que causalidade das associações entre câncer, envelhecimento, suporte social e fatores associados ao sexo seja

inferida. Futuros estudos, com outros tipos de metodologia, como por exemplo, do tipo longitudinal permitiria realizar outras inferências de causalidades entre sexo, envelhecimento e fatores associados em pessoas com câncer.

Em segundo lugar, os dados coletados por meio do questionário podem conter vieses devido ao relato e memória dos participantes em lembrar das informações.

Em terceiro lugar, a pesquisa abrangeu vários tipos de câncer e, como já é sabido, diferentes tipos de câncer têm diferentes impactos psicossociais, as quais não puderam ser exploradas. O fato de não ter sido realizada uma comparação mais peculiar em relação aos tipos de câncer na interpretação dos dados investigados também pode ser considerado um aspecto limitador da pesquisa.

Em quarto lugar, a investigação foi realizada na fase inicial do tratamento, sendo que a avaliação em fases distintas do processo de adoecimento possibilitaria comparação dos resultados. Futuramente, estudos mais específicos devem ser realizados com base em diferentes tipos de câncer, em diversas fases do processo de adoecimento. E finalmente, os dados foram obtidos de um grupo populacional específico de uma região do Brasil que tem suas configurações culturais, econômicas e sociais peculiares, que não possuem as mesmas características e potencialidades iguais as outras regiões do país.

5 CONCLUSÃO

Pode se concluir que existem diferenças em relação ao sexo entre as pessoas com câncer em termos de envelhecimento, às condições de saúde e saúde mental, do tratamento, assim como no padrão de consumo de substâncias (álcool e tabaco), o que torna necessário olhar cuidadoso voltado à saúde dos pacientes nesse contexto.

Para isso é fundamental que os profissionais da área de oncologia estejam treinados e capacitados para a utilização de instrumento de rastreamento e as intervenções breves e sua utilização de forma precoce nos problemas relacionados ao uso de álcool, tabaco e de saúde mental entre serviços oncológicos, principalmente entre as pessoas com idade acima de 50 anos. Por conseguinte, há de reforçar a importância da atenção integral e de ações de manutenção e recuperação, promovendo melhor qualidade de vida, ações de prevenção e cessação do uso de álcool e tabaco e a redução do risco de desfechos adversos em âmbito biopsicossocial.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE

O câncer é um problema de saúde pública, os números são crescentes, essa doença está relacionada a diversos impactos na saúde físicos, aspectos emocionais e sociais dos diferentes grupos populacionais e independentemente da idade, cor, raça e classe social. No contexto do enfrentamento do câncer, o suporte social é uma ferramenta importante e necessária. As relações interpessoais, seja com familiares, amigos, colegas de trabalho ou membros da comunidade, desempenham uma função significativa no apoio emocional, prático e informativo a ser oferecido aos pacientes. Além de contribuir para aliviar o impacto emocional associado ao diagnóstico e tratamento do câncer, o suporte social tem sua relevância na promoção de comportamentos saudáveis, sobretudo para pacientes em uso pregresso ou atual de álcool e/ou tabaco.

A presença de uma rede de apoio tem sido associada a uma melhor adesão ao tratamento, maior resiliência emocional e até mesmo melhor prognóstico. As interações sociais positivas proporcionam um ambiente propício para compartilhar informações, experiências e recursos práticos que podem ser fundamentais no enfrentamento da doença. Tal evidência foi observada no estudo 1, o estudo de revisão de literatura, que destaca a importância do suporte social para pacientes com câncer que usam álcool e tabaco, proporcionando benefícios emocionais, incentivando mudanças de comportamento e melhorando a qualidade de vida durante o tratamento. O suporte social, além de ser um meio para expressar emoções, também tem o potencial de promover comportamentos saudáveis e na prevenção de recaídas. Essa rede de apoio se revela essencial na recuperação e melhoria da qualidade de vida para pacientes enfrentando desafios relacionados ao câncer, ao álcool e ao tabaco.

O estudo 2 mostra os níveis extremos de suporte social entre os pacientes com câncer, uma vez que pessoas com alto suporte social com características peculiares e melhores condições de saúde quando comparados a aqueles com baixo suporte social. Indivíduos com níveis mais elevados apresentaram melhores condições de saúde, enquanto a falta de suporte social esteve associada a piores quadros de saúde física, mental e gravidade do câncer. Esses resultados indicam a necessidade de investimentos e integração de intervenções de saúde mental voltadas para pacientes com câncer, sublinhando a importância de entender e abordar fatores sociais modificáveis para desenvolver estratégias de cuidado eficazes.

E com o estudo 3, conclui-se que as diferenças entre homens e mulheres com câncer, destacando a necessidade de cuidado considerando fatores como envelhecimento, condições de saúde, saúde mental e padrões de consumo de substâncias. Reforça-se a importância da atenção

integral e ações de manutenção, sobretudo na saúde do homem, com foco na promoção de saúde, prevenção e cessação do uso de álcool e tabaco para reduzir desfechos adversos em aspectos biopsicossociais.

Nessa perspectiva, os DSS também se relacionam com esta temática, em virtude do acesso aos recursos de suporte social e na influência sobre os padrões de comportamento relacionados à saúde. Isso também destaca a complexidade dessas interações e a necessidade de abordagens amplas para promover a saúde e bem-estar, evitando agravos, sobretudo quando associados ao uso de álcool e/ou tabaco. Políticas públicas que visam reduzir desigualdades socioeconômicas, melhorar o acesso a cuidados de saúde e promover educação em saúde podem, por conseguinte, impactar positivamente a experiência de indivíduos com câncer, fortalecendo suas redes de suporte social e influenciando comportamentos saudáveis. Nessa perspectiva, a abordagem dos determinantes sociais da saúde torna-se crucial para criar ambientes que favoreçam a saúde e apoiem efetivamente aqueles em processo de adoecimento que enfrentam o desafio do câncer.

Ao abordar a relação entre suporte social, saúde e o uso de álcool e/ou tabaco, uma vez que o suporte social desempenha um papel ativo na conscientização e mudança de comportamento. Em um cenário em que o consumo combinado de álcool e tabaco está associado a riscos significativos, a presença de uma rede de apoio pode influenciar positivamente as escolhas de estilo de vida.

Além disso, a conscientização sobre os impactos prejudiciais do álcool e tabaco no câncer se torna uma parte integral do suporte social. A promoção do suporte social aliada à conscientização sobre comportamentos saudáveis e riscos específicos associados ao câncer, contribui para uma gestão mais eficaz da doença e para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos afetados.

Por fim, torna-se necessária a modificação nos padrões assistenciais, de educação em saúde, na formação de profissionais e na promoção da saúde, para que sejam revistas as formas de alcance e empoderamento de pacientes com câncer. Isso possibilita encorajar a adoção de escolhas positivas de saúde e estilos de vida saudável, em uma perspectiva clínica já debilitada pelo câncer, favorecendo a conexão com redes de suporte social, imprescindíveis neste processo.

REFERÊNCIAS

- ABEP. Associação Brasileira de Empresas De Pesquisa. **Alterações na aplicação do critério Brasil, válidas a partir de 01/09/2020**. Critério de Classificação Econômica Brasil. ABEP, São Paulo, 2019. Disponível em: https://www.abep.org/criterioBr/01_cceb_2020.pdf. Acesso em: 18 jan. 2024.
- ADAM, A.; KORANTENG, F. Availability, accessibility, and impact of social support on breast cancer treatment among breast cancer patients in Kumasi, Ghana: a qualitative study. **PLoS ONE**, San Francisco, v. 15, n. 4, e0231691, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231691>. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0231691>. Acesso em: 12 jan. 2024.
- AHN, J.; CHEN, C. Y.; HAYES, R. B. Oral microbiome and oral and gastrointestinal cancer risk. **Cancer Causes & Control**, Oxford, v. 23, n. 3, p. 399-404, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10552-011-9892-7>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10552-011-9892-7>. Acesso em: 13 jan. 2024.
- ALCARAZ, K. I. *et al.* Understanding and addressing social determinants to advance cancer health equity in the United States: a blueprint for practice, research, and policy. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, New York, v. 70, n. 1, p. 31–46, 2020. DOI: <https://doi.org/10.3322/caac.21586>. Disponível em: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.21586>. Acesso em: 13 jan. 2024.
- ALKHALAWI, E.; ZNAOR, A.; AL-ZAHRANI, A. S. Quality of data from cancer registries in the Eastern Mediterranean region. **The Lancet. Oncology**, London, v. 23, n. 4, p. 449-451, 2022. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(22\)00072-9](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(22)00072-9). Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045\(22\)00072-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045(22)00072-9/fulltext). Acesso em: 13 jan. 2024.
- ALMARAZ, D. *et al.* Religiosity, emotions and health: the role of trust/mistrust in god in people affected by cancer. **Healthcare**, Basel, v. 10, n. 6, 1138, 2022. DOI: <https://doi.org/10.3390/healthcare10061138>. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2227-9032/10/6/1138>. Acesso em: 24 jan. 2024.
- ALSUBAIE, M. M. *et al.* The role of sources of social support on depression and quality of life for university students. **International Journal of Adolescence and Youth**, Berkhamsted, v. 24, n. 4, p. 484-496, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1080/02673843.2019.1568887>. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02673843.2019.1568887>. Acesso em: 14 jan. 2024.
- AMATO, K. A. *et al.* Evaluation of a dedicated tobacco cessation support service for thoracic cancer center patients. **Journal of Public Health Management and Practice**, Frederick, v. 24, n. 5, p. E12–E19, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000000674>. Disponível em: https://journals.lww.com/jphmp/abstract/2018/09000/evaluation_of_a_dedicated_tobacco_cessation.18.aspx. Acesso em: 13 jan. 2024.

AMBRÓSIO, D. C. M.; SANTOS, M. A. Apoio social à mulher mastectomizada: um estudo de revisão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 851-864, 2015. DOI: 10.1590/1413-81232015203.13482014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/PLfpp5LhQwcd9McNKLcrmqb/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 13 jan. 2024.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. **Manage stress**: strengthen your support network. 2023. Disponível em: <https://www.apa.org/topics/stress/manage-social-support>. Acesso em: 14 jan. 2024.

ANDERSEN, B. L. *et al.* Psychological, behavioral, and immune changes after a psychological intervention: a clinical trial. **Journal of Clinical Oncology**, New York, v. 22, n. 17, p. 3570-80, 2004. DOI: 10.1200/JCO.2004.06.030. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2168591/>. Acesso em: 18 jan. 2024.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada**. RDC nº 46, de 28 de agosto de 2009, proíbe a comercialização, a importação e a propaganda de quaisquer dispositivos eletrônicos para fumar, conhecidos como cigarro eletrônico. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2009/res0046_28_08_2009.html. Acesso em: 11 jan. 2024.

APRILIANO, E.; LUMADI, S. A.; HANDIAN, F. I. Family social support and the self-esteem of breast cancer patients undergoing neoadjuvant chemotherapy. **Journal of Public Health Research**, [S. l.], v. 10, n. 2, 2234, 2021. DOI: <https://doi.org/10.4081/jphr.2021.2234>. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.4081/jphr.2021.2234>. Acesso em: 13 jan. 2024.

ARAÚJO, A. T. M.; RECHMANN, I. L. Panorama da vulnerabilidade dos pacientes oncológicos nas demandas por tratamentos de alto custo: o Sistema Único de Saúde à Luz da Bioética. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 10, n. 4, p. 99-124, 2021. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br>. DOI: <https://doi.org/10.17566/ciads.v10i4.654>. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/654/853>. Acesso em: 13 jan. 2024.

ARG. Alcohol Research Group. **Health disparities in alcohol use and other risk behaviors after the onset of cancers and cardiovascular disease-related conditions**. Public Health Institute. ARG, 2023. Disponível em: <https://arg.org/project/health-disparities-in-alcohol-use-and-other-risk-behaviors-after-the-onset-of-cancers-and-cardiovascular-disease-related-conditions/>. Acesso em: 14 jan. 2024.

ASVAT, Y. *et al.* Substance use behaviors in adolescent and young adult cancer patients: Associations with mental and physical health. **Psycho-oncology**, New York, v. 29, n. 6, p. 1068–1076, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1002/pon.5378>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.5378>. Acesso em: 14 jan. 2024.

BAGNARDI, V. *et al.* Alcohol consumption and site-specific cancer risk: a comprehensive dose-response meta-analysis. **British Journal of Cancer**, London, v. 112, n. 3, p. 580–593,

2015. DOI: <https://doi.org/10.1038/bjc.2014.579>. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/bjc2014579>. Acesso em: 14 jan. 2024.

BALCI ŞENGÜL, M. C. *et al.* Association between suicidal ideation and behavior, and depression, anxiety, and perceived social support in cancer patients. **Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research**, Warsaw, v. 20, p. 329–336, 2014. DOI: <https://doi.org/10.12659/MSM.889989>. Disponível em: <https://medscimonit.com/abstract/index/idArt/889989>. Acesso em: 14 jan. 2024.

BAN, Y. *et al.* The effect of fear of progression on quality of life among breast cancer patients: the mediating role of social support. **Health and Quality of Life Outcomes**, London, v. 19, n. 1, 178, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01816-7>. Disponível em: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-021-01816-7>. Acesso em: 14 jan. 2024.

BANY HAMDAN, A. *et al.* Religious belief and social support among cancer patients in Saudi Arabia. **Cureus**, Palo Alto, v. 12, n. 2, e7012, 2020. DOI: <https://doi.org/10.7759/cureus.7012>. Disponível em: <https://www.cureus.com/articles/25899-religious-belief-and-social-support-among-cancer-patients-in-saudi-arabia#!/>. Acesso em: 14 jan. 2024.

BAQUET, C. R.; COMMISKEY, P. Socioeconomic factors and breast carcinoma in multicultural women. **Cancer**, Kennesaw, v. 88, n. S5 Suppl, p. 1256–1264, 2000. DOI: [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1097-0142\(20000301\)88:5+<1256::aid-cnrc13>3.0.co;2-3](https://doi.org/10.1002/(sici)1097-0142(20000301)88:5+<1256::aid-cnrc13>3.0.co;2-3). Disponível em: [https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/\(SICI\)1097-0142\(20000301\)88:5+%3C1256::AID-CNCR13%3E3.0.CO;2-3](https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/(SICI)1097-0142(20000301)88:5+%3C1256::AID-CNCR13%3E3.0.CO;2-3). Acesso em: 14 jan. 2024.

BARROS, F. B. *et al.* Agrotóxicos comercializados no Brasil com potencial carcinogênico para humanos: pesquisa documental. **Revista Saúde**, Santa Maria, v. 47, P. 1-13, 2021. DOI: [10.5902/223658363297](https://doi.org/10.5902/223658363297). Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/63927/pdf>. Acesso em: 13 jan. 2024

BASTOS, F. I. P. M. *et al.* (org.). **III Levantamento nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira**. Rio de Janeiro: ICICT: FIOCRUZ, 2017. 528 p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34614>. Acesso em: 18 jan. 2024.

BEATTY, K.; WHITE, M. The social determinants of health. **Appalachian Health: Culture, Challenges, and Capacity**, Lexington, p. 67-87. University Press of Kentucky, 2022. DOI: [10.5810/kentucky/9780813155579.003.0004](https://doi.org/10.5810/kentucky/9780813155579.003.0004). Disponível em: <https://dc.etsu.edu/etsu-works/19283/>. Acesso em: 13 jan. 2024.

BERG, C. J. *et al.* Correlates of continued smoking versus cessation among survivors of smoking-related cancers. **Psychooncology**, Chinchester, v. 22, n. 4, p. 799-806, 2013. DOI: [10.1002/pon.3077](https://doi.org/10.1002/pon.3077). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3425712/>. Acesso em: 13 jan. 2024.

BLACK, D. S. *et al.* Shared health characteristics in Hispanic colorectal cancer patients and their primary social support person following primary diagnosis. **Psychooncology**, New York, v. 25, n. 9, p. 1028-35, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1002/pon.3938>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4925318/>. Acesso em: 13 jan. 2024.

BORDE, E.; HERNANDEZ-ALVAREZ, M.; PORTO, M. F. S. Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da medicina social e coletiva latino-americana. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 841-854, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201510600030023>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Kdf3kjjB73Ym6n7QFJgxWQD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 jan. 2024.

BOTTERI, E. *et al.* Lifestyle changes in middle age and risk of cancer: evidence from the European prospective investigation into cancer and nutrition. **European Journal of Epidemiology**, Rome, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10654-023-01059-4>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10654-023-01059-4>. Acesso em: 15 jan, 2024.

BOTTINO, S. M. B.; FRÁGUAS, R.; GATTAZ, W. F. Depressão e câncer. **Revista Psiquiatria Clínica**, Santiago, v. 36, n. 3, p. 109-115, 2009. DOI: 10.1590/S0101-60832009000900007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/WxFGJRbsLscsJ8bxB4vjwtNc/>. Acesso em: 13 jan. 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html Acesso em 16 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis do Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (CGDANT/DASNT/SVS) e Coordenação-Geral de Prevenção de Doenças Crônicas e Controle do Tabagismo do Departamento de Promoção da Saúde (CGCTAB/Depros/Saps). **Boletim Epidemiológico**: Panorama do uso atual de produtos derivados do tabaco, Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. Brasília: Ministério da Saúde, v. 52, n. 20, 2021a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2019**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco.pdf. Acesso em: 14 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Dia Mundial sem Tabaco**: Brasil tem redução no número de fumantes. Brasília, DF: MS. 2021b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021/junho/dia-mundial-sem-tabaco-brasil-tem-reducao-no-numero-de-fumantes>. Acesso em: 14 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 458, publicada em fevereiro de 2017**. Mantém as habilitações de estabelecimentos de saúde na Alta Complexidade e exclui prazo estabelecido na Portaria nº 140/SAS/MS, de 27 de fevereiro de 2017. Diário Oficial da União, Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2017/prt0458_07_03_2017.html. Acesso em: 27 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. **Portaria SAES/MS Nº 1399, de 17 de Dezembro de 2019**. Redefine os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS. Edição 245, seção 1, página 173. Diário Oficial da União, Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-1.399-de-17-de-dezembro-de-2019-234338206>. Acesso em: 10 de out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Glossário temático: fatores de proteção e de risco de câncer**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 60 p. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/glossario-tematico-fatores-protecao-cancer.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2024.

BRIAN, F. C. *et al.* Incorporation of social determinants of health into health care practice: a strategy to address health disparities. Reference Module in Biomedical Sciences. *In: Comprehensive Precision Medicine*, [S. l.], v. 1, p. 363-382, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-824010-6.00016-2>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/social-determinants-of-health>. Acesso em: 13 jan. 2024.

BUYKX, P. *et al.* Public support for alcohol policies associated with knowledge of cancer risk. **The International Journal on Drug Policy**, [S. l.], v. 26, n. 4, p. 371–379, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2014.08.006>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0955395914002205?via%3Dihub>. Acesso em: 13 jan. 2024.

BIBI, A.; KHALID, M. A. Death anxiety, perceived social support, and demographic correlates of patients with breast cancer in Pakistan. **Death Studies**, Washington, v. 44, n. 12, p. 787–792, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1614108>. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07481187.2019.1614108>. Acesso em: 14 jan. 2024.

BOU-SAMRA, P. *et al.* Social support is associated with survival in patients diagnosed with gastrointestinal cancer. **Journal of Gastrointestinal Cancer**, New York, v. 53, p. 854–861, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12029-021-00741-8>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12029-021-00741-8>. Acesso em: 14 jan. 2024.

BRAY, F. *et al.* Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, New York, v. 68, n. 6, p. 394–424, 2018. DOI: <https://doi.org/10.3322/caac.21492>. Disponível em: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.21492>. Acesso em: 14 jan. 2024.

BRAY, F. *et al.* The ever-increasing importance of cancer as a leading cause of premature death worldwide. **Cancer**, Kennesaw, v. 127, n. 16, p. 3029–3030, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1002/cncr.33587>. Disponível em: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.33587>. Acesso em: 14 jan. 2024.

BRAY, F. Transitions in human development and the global cancer burden. *In*: STEWART, B. W.; WILD, C. P. (Editors.). **World Cancer Report**. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2014.

BRITO, T. R. P. *et al.* Fatores associados ao apoio social percebido em idosos com câncer. **Geriatrics Gerontologia e Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 15, e0210004, 2021. DOI: 10.5327/Z2447-212320212000104. Disponível em: <https://ggaging.com/details/1667/en-US/fatores-associados-ao-apoio-social-percebido-pelo-idoso-com-cancer>. Acesso em: 14 jan. 2024.

CALVERT, C. M. *et al.* Cancer pain and alcohol self-medication. **Journal of Cancer Survivorship: Research and Practice**, New York, v. 17, n. 6, p. 1561–1570, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11764-022-01215-x>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11764-022-01215-x>. Acesso em: 13 jan. 2024.

CANCER CENTER CESSATION INITIATIVE FAMILY AND SOCIAL SUPPORT SYSTEMS WORKING GROUP. Involving family and social support systems in tobacco cessation treatment for patients with Cancer. **Journal of the National Comprehensive Cancer Network**, Sudbury, v. 19, (Suppl_1), p. S8–S11, 2021. DOI: <https://doi.org/10.6004/jnccn.2021.7090>. Disponível em: https://jnccn.org/view/journals/jnccn/19/Suppl_1/article-pS8.xml. Acesso em: 13 jan. 2024.

CARDOSO, A. **Não há erros nos planos de Deus**. Ministry Word of Wisdom: Embu das Artes, 2023.

CARR, P. R. *et al.* Estimation of absolute risk of colorectal cancer based on healthy lifestyle, genetic risk, and colonoscopy status in a population-based study. **Gastroenterology**, Baltimore, v. 159, n. 1, p. 129–138.e9, 2020. DOI: 10.1053/j.gastro.2020.03.016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7387145/>. Acesso em: 13 jan. 2024.

CARUSO, R. *et al.* Depressive spectrum disorders in cancer: prevalence, risk factors and screening for depression: a critical review. **Acta Oncologica**, Oslo, v. 56, n. 2, p. 146–155, 2017. DOI: 10.1080/0284186x.2016.1266090. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0284186X.2016.1266090>. Acesso em: 14 jan. 2024.

CASAVILCA-ZAMBRANO, S. *et al.* Depression in women with a diagnosis of breast cancer. Prevalence of symptoms of depression in Peruvian women with early breast cancer and related sociodemographic factors. **Seminars in Oncology**, New York, v. 47, n. 5, p. 293–301, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1053/j.seminoncol.2020.08.003>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0093775420300907?via%3Dihub>. Acesso em: 14 jan. 2024.

CHAAR, E. *et al.* Evaluating the impact of spirituality on the quality of life, anxiety, and depression among patients with cancer: an observational transversal study. **Supportive Care in Cancer**, Berlin, v. 26, p. 2581–2590, 2018. DOI: 10.1007/s00520-018-4089-1. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00520-018-4089-1>. Acesso em: 14 jan. 2024.

CHANG, S. L. *et al.* Factors associated with continued smoking after treatment of oral cavity cancer: an age and survival time-matched study. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v.

74, n. 4, p. 926-34, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1111/jan.13506>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.13506>. Acesso em: 13 jan. 2024.

CHEN, J. J. *et al.* Family resilience, perceived social support, and individual resilience in cancer couples: analysis using the actor-partner interdependence mediation model. **European Journal of Oncology Nursing**, Edinburgh, v. 52, 101932, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2021.101932>. Disponível em: [https://www.ejoncologynursing.com/article/S1462-3889\(21\)00038-7/fulltext](https://www.ejoncologynursing.com/article/S1462-3889(21)00038-7/fulltext). Acesso em: 14 jan. 2024.

CHEN, N. *et al.* Exposome approach for identifying modifiable factors for the prevention of colorectal cancer. **Scientific reports**, London, v. 12, n. 1, 21615, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-022-25832-9>. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41598-022-25832-9>. Acesso em: 13 jan. 2024.

CHEN, S. C.; HUANG, B. S.; LIN, C. Y. Depression and predictors in Taiwanese survivors with oral cancer. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, Bangkok, v. 14, n. 8, p. 4571-6, 2013. DOI: 10.7314/apjcp.2013.14.8.4571. Disponível em: <https://journal.waocp.org/?sid=Entrez:PubMed&id=pmid:24083704&key=2013.14.8.4571>. Acesso em: 13 jan. 2024.

CHRISTENSEN, A. S. P. *et al.* Can a mass media campaign raise awareness of alcohol as a risk factor for cancer and public support for alcohol related policies?. **Preventive Medicine**, New York, v. 126, 105722, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2019.05.010>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743519301847?via%3Dihub>. Acesso em: 13 jan. 2024.

CHOI, K. H.; PARK, S. M. Psychological status and associated factors among Korean cancer survivors: a cross-sectional analysis of the fourth & fifth Korea national health and nutrition examination surveys. **Journal of Korean Medical Science**, Seoul, v. 31, n. 7, p. 1105-1113, 2016. DOI: <https://doi.org/10.3346/jkms.2016.31.7.1105>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4901004/>. Acesso em: 13 jan. 2024.

CHOI, M. Y.; PARK, S.; NOH, G. O. Social support for nursing students: a concept analysis study. **Nurse Education Today**, Edinburgh, v. 132, 106038, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2023.106038>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0260691723003325?via%3Dihub>. Acesso em: 13 jan. 2024.

CIRIA-SUAREZ, L. *et al.* Optimism and social support as contributing factors to spirituality in Cancer patients. **Supportive Care in Cancer**, Berlin, v. 29, n. 6, p. 3367-373, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05954-4>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00520-020-05954-4>. Acesso em: 13 jan. 2024.

COBB, S. Social support as a moderator of life stress. **Psychosomatic Medicine**, New York, v. 38, n. 5, p. 300-314, 1976. DOI: <https://doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003>. Disponível em: https://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/abstract/1976/09000/social_support_as_a_moderator_of_life_stress.3.aspx. Acesso em: 13 jan. 2024.

COMPTON, M. T.; SHIM, R. S. The social determinants of mental health. **Focus**, Washington, v. 13, n. 04, p. 419-425, 2015. DOI: 10.1176/appi.focus.20150017. Disponível em: <https://focus.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.focus.20150017>. Acesso em: 13 jan. 2024.

CONNOR, J. Alcohol consumption as a cause of cancer. **Addiction**, London, v. 112, n. 2, p. 222-228, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1111/add.13477>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/add.13477>. Acesso em: 13 jan. 2024.

COROVIC, S. *et al.* Social support score in patients with malignant diseases-with sociodemographic and medical characteristics. **Frontiers in Psychology**, Pully, v. 14, 1160020, 2023. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1160020>. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2023.1160020/full>. Acesso em: 14 jan. 2024.

COSTA NETO, P. L. **Estatística**. 2. ed. São Paulo: Blucher, 2005.

COUGHLIN, S. S. A review of social determinants of prostate cancer risk, stage, and survival. **Prostate International**, Seoul, v. 8, n. 2, p. 49–54, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.prn.2019.08.001>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2287888219300649?via%3Dihub>. Acesso em: 14 jan. 2024.

DETONI, M. B. *et al.* Temporal and spatial distribution of American tegumentary leishmaniasis in north Paraná: 2010-2015. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Brasília, v. 52, e20180119, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0119-2018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/Sp3CyLhLWChzxyPx6k43gMn/?lang=en>. Acesso em: 13 jan. 2024.

DEVARAPALLI, P. *et al.* Barriers affecting uptake of cervical cancer screening in low and middle income countries: a systematic review. **Indian Journal of Cancer**, Bombay, v. 55, n. 4, p. 318–326, 2018. DOI: https://doi.org/10.4103/ijc.IJC_253_18. Disponível em: <https://journals.lww.com/indiancancer/pages/default.aspx>. Acesso em: 14 jan. 2024.

DIB, R.V. *et al.* Pacientes com câncer e suas representações sociais sobre a doença: impactos e enfrentamento do diagnóstico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 68, n. 3, e-061935, 2022. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2022v68n3.1935>. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/10/1398723/art6_68-3.pdf. Acesso em: 13 jan. 2024.

DI MEGLIO, A. *et al.* Unhealthy behaviors after breast cancer: capitalizing on a teachable moment to promote lifestyle improvements. **Cancer**, Kennesaw, v. 127, n. 15, p. 2774–2787, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1002/cncr.33565>. Disponível em: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.33565>. Acesso em: 14 jan. 2024.

DINIZ, A. *et al.* Uso de substâncias psicoativas em idosos: uma revisão integrativa. **Revista de Psicologia: Teoria e Prática (Online)**, São Paulo, v. 19, p. 23-41, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v19n2p23-41>. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1516-36872017000200002. Acesso em: 01 fev. 2024.

DONOVAN, E. E.; GREENWELL, M. R. Social support in nursing: a review of the literature. **Nursing Communication**, San Francisco, v. 1 n. 1, 2021. Disponível em: <https://repository.usfca.edu/nursingcommunication/contact.html>. Acesso em: 14 jan. 2024.

D'SOUZA, K.; ASTROW, A. B. Patient spirituality as a component of supportive care: assessment and intervention. **Current Treatment Options in Oncology**, Philadelphia, v. 21, n. 11, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11864-020-0701-y>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11864-020-0701-y>. Acesso em: 14 jan. 2024.

DU, X. *et al.* Penetration of N-nitrosornicotine (NNN) across oral mucosa in the presence of ethanol and nicotine. **Journal of Oral Pathology & Medicine**, Copenhagen, v. 29, n. 2, p. 80-85, 2000. DOI: <https://doi.org/10.1034/j.1600-0714.2000.290205.x>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1034/j.1600-0714.2000.290205.x>. Acesso em: 13 jan. 2024.

DUQUE-ORTIZ, C.; TIRADO-OTALVARO, A. F.; GUARÍN-CARDONA, L. F. Vivencia de la espiritualidad en el paciente con cáncer en quimioterapia ambulatoria. **Revista Ciencia Y Cuidado**, Cúcuta, v. 20, n. 1, p. 45–58, 2023. DOI: <https://doi.org/10.22463/17949831.3360>. Disponível em: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/3360>. Acesso em: 14 jan. 2024.

DURKHEIM, É. **De la division du travail social**. Paris:PUF, 1893. Quadrige, 2007.

EDWARDS, C. V. *et al.* The impact of substance use on health care utilization, treatment, and outcomes in patients with non-small cell lung cancer. **Journal of Thoracic Disease**, Hong Kong, v. 14, n. 10, p. 3865–3875, 2022. DOI: <https://doi.org/10.21037/jtd-21-1992>. Disponível em: <https://jtd.amegroups.org/article/view/68788/html>. Acesso em: 14 jan. 2024.

EHRENZELLER, M. F.; MAYER, D. K.; GOLDSTEIN, A. Smoking prevalence and management among cancer survivors. **Oncology Nursing Forum**, New York, v. 45, n. 1, p. 55–68, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1188/18.ONF.55-68>. Disponível em: <https://onf.ons.org/onf/45/1/smoking-prevalence-and-management-among-cancer-survivors>. Acesso em: 13 jan. 2024.

EOM, C. S. *et al.* Impact of perceived social support on the mental health and health-related quality of life in cancer patients: results from a nationwide, multicenter survey in South Korea. **Psycho-oncology**, New York, v. 22, n. 6, p. 1283–1290, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1002/pon.3133>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.3133>. Acesso em: 14 jan. 2024.

ERDOĞAN YÜCE, G.; DÖNER, A.; MUZ, G. Psychological distress and its association with unmet needs and symptom burden in outpatient cancer patients: a cross-sectional study. **Seminars in Oncology Nursing**, Orlando, v. 37, n. 5, 151214, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2021.151214>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0749208121001212?via%3Dihub>. Acesso em: 13 jan. 2024.

ERNST, M. *et al.* Linking cancer and mental health in men and women in a representative community sample. **Journal of Psychosomatic Research**, Oxford, v. 124, 109760, 2019. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2019.109760. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399918309929?via%3Dihub>. Acesso em: 13 jan. 2024.

ESPINA, C., *et al.* Population-based cancer prevention education intervention through mHealth: a Randomized Controlled Trial. **Journal of Medical Systems**, New York, v. 48, n. 1, 9, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10916-023-02026-y>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10654-023-01059-4>. Acesso em: 15 jan. 2024.

ESPINOSA-SALAS, S.; GONZALEZ-ARIAS, M. Behavior Modification for Lifestyle Improvement. *In: StatPearls*. StatPearls Publishing. 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK592418/>. Acesso em: 13 jan. 2024.

FARACI, P.; BOTTARO, R.; CRAPARO, G. Coping strategies and perceived social support among cancer patients: a cross-sectional analysis. **Mediterranean Journal of Clinical Psychology**, v. 9, n. 1, p. 1-16, 2021. DOI: <https://doi.org/10.6092/2282-1619/mjcp-2892>. Disponível em: <https://cab.unime.it/journals/index.php/MJCP/article/view/2892>. Acesso em: 13 jan. 2024.

FERLAY, J. *et al.* **Global cancer observatory: cancer today**. Lyon, França: Internacional Agency for Research on Cancer, World Health Organization, 2020. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/today>. Acesso em: 13 jan. 2024.

FERRARI, M. *et al.* Relationships among unmet needs, depression, and anxiety in non-advanced cancer patients. **Tumori**, Milano, v. 105, n. 2, p. 144–150, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1177/0300891618765546>. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0300891618765546>. Acesso em: 13 jan. 2024.

FERRELL, B. *et al.* Spirituality in cancer patients on phase 1 clinical trials. **Psycho-Oncology**, New York, v. 29, n. 6, p. 1077–1083, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1002/pon.5380>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.5380>. Acesso em: 14 jan. 2024.

FOREMAN, K. J. *et al.* Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death: reference and alternative scenarios for 2016–40 for 195 countries and territories. **Lancet**, London, v. 392, n. 10159, p. 2052–2090, 2018. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31694-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31694-5). Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31694-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31694-5/fulltext). Acesso em: 13 jan. 2024.

FOROUZANFAR, M. H. *et al.* Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the global burden of disease study 2015. **Lancet**, London, v. 388, n. 10053, p. 1659–1724, 2016. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31679-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31679-8). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5388856/>. Acesso em: 13 jan. 2024.

FOSTER, E. D.; DEARDORFF, A. Open Science Framework (OSF). **Journal of the Medical Library Association**, Chicago, v. 105, n. 2, p. 203-206, 2017. DOI: <https://doi.org/10.5195/jmla.2017.88>. Disponível em: <https://jmla.pitt.edu/ojs/jmla/article/view/88>. Acesso em: 14 jan. 2024.

FRIEDMAN, M. M.; BOWDEN, Y. R.; JONES, E. G. **Family nursing: research, theory and practice**. 5th ed. New Jersey: PrenticeHall, 2003.

FRITZEN, F. T. P. *et al.* Aspectos do coping em pacientes adultos e idosos com câncer. **Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 16, n. 1, e-11278, 2023. DOI: 10.17765/2176-9206.2023v16n1.e11278. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/07/1438059/11278-publicacao-65499-2-10-20230526.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2024.

GALVÃO, N. D. *et al.* Cancer surveillance in Mato Grosso, Brazil: methodological and operational aspects of a university extension/research project. **Revista Brasileira De Epidemiologia**, São Paulo, v. 25, n. (suppl 1), e220002, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720220002.supl.1>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/ZKNKYkDXyczzRNLD4dkc9gy/?lang=en>. Acesso em: 13 jan. 2024.

GARAYCOECHEA, J. I. *et al.* Alcohol and endogenous aldehydes damage chromosomes and mutate stem cells. **Nature**, London, v. 553, n. 7687, p. 171–177. DOI: <https://doi.org/10.1038/nature25154>. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/nature25154>. Acesso em: 13 jan. 2024.

GARSSEN, B.; UWLAND-SIKKEMA, N. F.; VISSER, A. How spirituality helps cancer patients with the adjustment to their disease. **Journal of Religion and Health**, New York, v. 54, n. 4, p. 1249–1265, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10943-014-9864-9>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10943-014-9864-9>. Acesso em: 14 jan. 2024.

GARY, F. *et al.* Social support and self-coping of depressed African-American cancer patients. **Journal of National Black Nurses' Association**, Boston, v. 27, n. 2, p. 11–19, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8100995/>. Acesso em: 13 jan. 2024.

GBD 2019 CANCER RISK FACTORS COLLABORATORS. The global burden of cancer attributable to risk factors, 2010-19: a systematic analysis for the global burden of disease study 2019. **Lancet**, London, v. 400, n. 10352, p. 563–591, 2022. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01438-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01438-6). Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)01438-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)01438-6/fulltext). Acesso em: 13 jan. 2024.

GHANEM, I. *et al.* Coping strategies and depressive symptoms in cancer patients. **Clinical & Translational Oncology**, Barcelona, v. 22, n. 3, p. 330–336, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12094-019-02123-w>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12094-019-02123-w>. Acesso em: 13 jan. 2024.

GISLON, L. C. *et al.* Risk factors associated with head and neck cancer in former smokers: A Brazilian multicentric study. **Cancer Epidemiology**, Amsterdam, v. 78, n. 102143, Advance online publication, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.canep.2022.102143>. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877782122000480?via%3Dihub>. Acesso em: 13 jan. 2024.

GLASGOW, T. E. *et al.* Support for cancer prevention public health policies: results from a nationally representative sample of residents in the United States. **Translational Behavioral Medicine**, New York, v. 12, n. 12, p. 1124–1132, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1093/tbm/ibac056>. Disponível em: <https://academic.oup.com/tbm/article-abstract/12/12/1124/6668264?redirectedFrom=fulltext>. Acesso em: 14 jan. 2024.

GONZALEZ, B. D. **Prevalence, predictors, and correlates of patient concealment of a lung cancer diagnosis**. 2013. Dissertation (Doctor of Philosophy) - Department of Psychology College of Arts & Sciences University of South Florida, Tampa, Florida, 2013. 81 p. Disponível em: <https://www.proquest.com/docview/1428165225/99DD57F10F574BFEPQ/1?%20Theses&acountid=14643&sourcetype=Dissertations%20>. Acesso em: 18 jan. 2024.

GOVERNO DE MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução CIB/MT Ad referendum nº 001 de 20 de fevereiro de 2017**. Dispõe sobre a Aprovação do Plano de Ação da Atenção Oncológica no Estado de Mato Grosso de 2017 a 2019. 2017. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/legislacao?origem=19&p=ad+referendum&num=01&mes=&ano=2017>. Acesso em: 13 jan. 2024.

GRANER, K. M. **Pacientes em processo diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço: aspectos psicológicos, percepções e expectativas**. 2013. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Botucatu, 2013. Disponível em: <https://acervodigital.unesp.br/handle/11449/108529>. Acesso em: 13 jan. 2024.

GREY, I. *et al.* The role of perceived social support on depression and sleep during the COVID-19 pandemic. **Psychiatry Research**, Amsterdam, v. 293, 113452, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113452>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178120331139?via%3Dihub>. Acesso em: 13 jan. 2024.

GRIEP, R. H. *et al.* Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português do Estudo Pró-Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 703-714, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/pQqjrzXMjL7ptDFf86mVgMQ/?lang=pt>. Acesso em: 13 jan. 2024.

GUDINA, A. T. *et al.* Health related quality of life in adult cancer survivors: Importance of social and emotional support. **Cancer Epidemiology**, Amsterdam, v. 74, 101996, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.canep.2021.101996>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877782121001132?via%3Dihub>. Acesso em: 13 jan. 2024.

GUO, Y. Q. *et al.* Depression, anxiety and stress among metastatic breast cancer patients on chemotherapy in China. **BMC Nursing**, London, v. 22, n. 33, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01184-1>. Disponível em:

<https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-023-01184-1>. Acesso em: 13 jan. 2024.

GUTLAY, C. *et al.* Effects of social determinants of health on health outcomes among patients with major depressive disorder. **Value in Health**, Malden, v. 26, n. 6, p. S223, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jval.2023.03.1216>. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1098301523013165>. Acesso em: 14 jan. 2024.

HANDA, S. *et al.* Effectiveness of a smartphone application as a support tool for patients undergoing breast cancer chemotherapy: a randomized controlled trial. **Clinical Breast Cancer**, Dallas, v. 20, n. 3, p. 201–208, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.clbc.2020.01.004>. Disponível em: [https://www.clinical-breast-cancer.com/article/S1526-8209\(20\)30020-3/fulltext](https://www.clinical-breast-cancer.com/article/S1526-8209(20)30020-3/fulltext). Acesso em: 13 jan. 2024.

HASHIM, D. *et al.* Head and neck cancer prevention: from primary prevention to impact of clinicians on reducing burden. **Annals of oncology**, Dordrecht, v. 30, n. 5, p. 744-756, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1093/annonc/mdz084>. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0923753419311706>. Acesso em: 13 jan. 2024.

HCANMT. Hospital de Câncer de Cuiabá. **Atendimento SUS**: Pacientes que residem fora de Cuiabá e Várzea Grande. Cuiabá, 2019. Disponível em: <https://www.hcancer.com.br/app/atendimento-sus.html>. Acesso em: 29 out. 2021.

HECHT, S. S.; HATSUKAMI, D. K. Smokeless tobacco and cigarette smoking: chemical mechanisms and cancer prevention. **Nature Reviews. Cancer**, London, v. 22, n. 3, p. 143-155, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41568-021-00423-4>. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41568-021-00423-4>. Acesso em: 13 jan. 2024.

HERMANS, K. E. P. E. *et al.* Alcohol consumption, cigarette smoking and cancer of unknown primary risk: results from the Netherlands cohort study. **International Journal of Cancer**, New York, v. 148, n. 7, p. 1586-1597. DOI: <https://doi.org/10.1002/ijc.33328>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijc.33328>. Acesso em: 13 jan. 2024.

HINZ, A. *et al.* Age and gender differences in anxiety and depression in cancer patients compared with the general population. **European Journal of Cancer Care**, Oxford, v. 28, n. 5, e13129, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1111/ecc.13129>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ecc.13129>. Acesso em: 13 jan. 2024.

HOOPER, M. W. *et al.* Cognitive behavioral therapy versus general health education for smoking cessation: A randomized controlled trial among diverse treatment seekers. **Psychology of Addictive Behaviors**, Washington, v. 38, n. 1, p. 124–133, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1037/adb0000928>. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fadb0000928>. Acesso em: 24 jan. 2024.

HOWREN, M. B.; CHRISTENSEN, A. J.; PAGEDAR, N. A. Problem alcohol and tobacco use in head and neck cancer patients at diagnosis: associations with health-related quality of life. **Supportive Care in Cancer**, Berlin, v. 30, n. 10, p. 8111–8118, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00520-022-07248-3>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00520-022-07248-3>. Acesso em: 13 jan. 2024.

HSCIC. Health and Social Care Information Centre. **Statistics on Smoking**. England, 2020. Disponível em: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/healthandlifeexpectancies/bulletins/adultsmokinghabitsingreatbritain/2016#:~:text=1.,and%20Northern%20Ireland%2C%2018.1%25>. Acesso em: 13 jan. 2024.

HUTCHESON, T. D. *et al.* Development and demonstration of tobacco treatment measures for cancer registries: novel metrics for quality improvement. **Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention**: Philadelphia, v. 32, n. 8, p. 1114–1119, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-22-1026>. Disponível em: <https://aacrjournals.org/cebp/article-abstract/32/8/1114/727929/Development-and-Demonstration-of-Tobacco-Treatment?redirectedFrom=fulltext>. Acesso em: 13 jan. 2024.

HYDES, T. J. *et al.* A comparison of gender-linked population cancer risks between alcohol and tobacco: how many cigarettes are there in a bottle of wine?. **BMC Public Health**, London, v. 19, n. 316, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6576-9>. Disponível em: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-6576-9>. Acesso em: 13 jan. 2024.

HYUNG-KOOK, Y. *et al.* The association between perceived social support and continuous smoking in cancer survivors. **Japanese Journal of Clinical Oncology**, Tokyo, v. 43, n. 1, p. 45-54, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1093/jjco/hys182>. Disponível em: <https://academic.oup.com/jjco/article/43/1/45/884849>. Acesso em: 13 jan. 2024.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Manual do Recenseador CD 1.09**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/instrumentos_de_coleta/doc2601.pdf. Acesso em: 13 jan. 2024.

IARC. International Agency for Research on Cancer. **IARC's mission: cancer research for cancer prevention**, 2021. Disponível em: <https://www.iarc.who.int/about-iarc-mission>. Acesso em: 13 jan. 2024.

IARC. International Agency for Research on Cancer. **Agentes classificados pelas monografias da IARC, volumes 1–135**. 2023b. Disponível em: <https://monographs.iarc.fr/agents-classified-by-the-iarc/>. Acesso em: 14 jan. 2024.

IARC. International Agency for Research on Cancer. **Cancer tomorrow: a tool that predicts the future cancer incidence and mortality burden world wide from the current estimates in 2020 up until 2040**. 2023a. Disponível em: https://gco.iarc.fr/tomorrow/en/dataviz/isotype?sexes=1&single_unit=500000&types=0. Acesso em: 14 jan. 2024.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. **Manual de Entrevista de Saúde**. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2021b. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/instrumentos_de_coleta/doc5591.pdf. Acesso em: 13 jan. 2024.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. **Pesquisa nacional de saúde**: 2019. Rio de Janeiro: IBGE, 2020a. 85p. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/02/Questionario-PNS-2019.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2024.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Mato Grosso: Cuiabá. IBGE, 2021a. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mt/cuiaba/panorama>. Acesso em: 13 jan. 2024.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde: 2019. **Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal**: Brasil e grandes regiões. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2020b. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2024.

IBRAHIM, R. *et al.* Social vulnerability and lung malignancy mortality. **Journal of Cancer Policy**, London, v. 38, 100453, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jcipo.2023.100453>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S221353832300070X?via%3Dihub>. Acesso em: 14 jan. 2024.

IDAHL, A.; HERMANSSON, A.; LALOS, A. Social support and ovarian cancer incidence – a Swedish prospective population-based study. **Gynecologic Oncology**, New York, v. 149, n. 2, p. 324–328, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2018.03.042>. Disponível em: [https://www.gynecologiconcology-online.net/article/S0090-8258\(18\)30214-2/fulltext](https://www.gynecologiconcology-online.net/article/S0090-8258(18)30214-2/fulltext). Acesso em: 13 jan. 2024.

ILIE, G.; RUTLEDGE, R.; SWEENEY, E. An Examination of the role of socioeconomic status in the relationship between depression and prostate cancer survivorship in a population-based sample of men from Atlantic Canada. **Oncology**, Basel, v. 99, n. 4, p. 260–270, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1159/000512444>. Disponível em: <https://karger.com/ocf/article/99/4/260/239401/An-Examination-of-the-Role-of-Socioeconomic-Status>. Acesso em: 13 jan. 2024.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde. **Causas e prevenção do câncer: Bebidas Alcoólicas**. Rio de Janeiro: INCA, 2021b. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/causas-e-prevencao/prevencao-e-fatores-de-risco/bebidas-alcoolicas>. Acesso em: 13 jan. 2024.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde. **Como surge o câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/como-surge-o-cancer>. Acesso em: 14 jan. 2024.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral de Prevenção e Vigilância. Divisão de Vigilância e Análise da Situação. **Manual de Rotinas e procedimentos para registros de câncer de base populacional**. 2 ed. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/manuais/manual-de-rotinas-e-procedimentos-para-registros-de-cancer-de-base-populacional>. Acesso em: 14 jan. 2024.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde. **Deteção precoce do câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/deteccao-precoce-do-cancer>. Acesso em: 13 jan. 2024.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a vigilância do câncer relacionado ao trabalho**. RIBEIRO, F. S. N.; OTERO, U. B. (Org.). 2. ed. revista e atualizada. Rio de Janeiro: INCA, 2013. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/diretrizes-vigilancia-cancer-relacionado-2ed.compressed.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2024.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde. **Estimativa 2020**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2023.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2024.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde. **Estimativa**: INCA estima 704 mil casos de câncer por ano no Brasil até 2025. Rio de Janeiro: INCA, 2022a. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/noticias/2022/inca-estima-704-mil-casos-de-cancer-por-ano-no-brasil-ate-2025#:~:text=S%C3%A3o%20esperados%20704%20mil%20casos,cerca%20de%2070%25%20da%20incid%C3%Aancia>. Acesso em: 13 jan. 2024.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **INCA aponta redução de mais de 60% no número de tabagistas em tratamento no SUS durante a pandemia (2020)**. Rio de Janeiro: INCA, 2021a. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/imprensa/inca-aponta-reducao-de-mais-de-60-no-numero-de-tabagistas-em-tratamento-no-sus-durante>. Acesso em: 14 jan. 2024.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **O que é câncer**. Rio de Janeiro, RJ: INCA, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/o-que-e-cancer>. Acesso em: 14 jan. 2024.

INDIA STATE-LEVEL DISEASE BURDEN INITIATIVE CANCER COLLABORATORS. The burden of cancers and their variations across the states of India: the global burden of disease study 1990-2016. **The Lancet. Oncology**, London, v. 19, n. 10, p. 1289–1306, 2018. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(18\)30447-9](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(18)30447-9). Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045\(18\)30447-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045(18)30447-9/fulltext). Acesso em: 13 jan. 2024.

INSTITUTO DE EFETIVIDADE CLÍNICA E SANITÁRIA. **A importância de aumentar os impostos do tabaco no Brasil**. PALACIOS, A. *et al.* 2020, Buenos Aires, Argentina. Disponível em: www.iecs.org.ar/tabaco. Acesso em: 14 jan. 2024.

INSTITUTO MATOGROSSENSE DE ECONOMIA AGROPECUÁRIA. IMEA. **Mapa das macrorregiões do IMEA**. 2017b. Disponível em: <https://www.imea.com.br/imea-site/view/uploads/metodologia/justificativamapa.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2024.

ISLAMI, F. *et al.* Proportion and number of cancer cases and deaths attributable to potentially modifiable risk factors in the United States. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, New

York, v. 68, n. 1, p. 31–54, 2018. DOI: <https://doi.org/10.3322/caac.21440>. Disponível em: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.21440>. Acesso em: 13 jan. 2024.

JESSIMAN-PERREAU, G. *et al.* Fact or Fiction? The Development and Evaluation of a Tobacco Virtual Health Tool. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 20, n. 2, 1397, 2023. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph20021397>. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/20/2/1397>. Acesso em: 13 jan. 2024.

JIANG, H. *et al.* Temporal associations of alcohol and tobacco consumption with cancer mortality. **JAMA Network Open**, Chicago, v. 1, n. 3, e180713, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.0713>. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2687388>. Acesso em: 13 jan. 2024.

JURBERG, C. *et al.* Álcool e câncer: análise da percepção de uma amostra da população por meio da ferramenta SurveyMonkey®. **RECIIS - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 1-13, 2015. DOI: <https://doi.org/10.29397/reciis.v9i3.982>. Disponível em: <https://www.reciiis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/982/1975>. Acesso em: 13 jan. 2024.

KAGAWA-SINGER, M.; PADILLA, G. V.; ASHING-GIWA, K. Health-related quality of life and culture. **Seminars in Oncology Nursing**, Orlando, v. 26, n. 1, p. 59–67, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2009.11.008>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0749208109001156?via%3Dihub>. Acesso em: 13 jan. 2024.

KAILEMIA, P. N.; LEE, E. C.; RENFREW, M. J. Intersection of social determinantes of symptomatic breast cancer presentation in a rural setting: a critical ethnographic study. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 79, n. 5, p. 1882-1897, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1111/jan.15645>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.15645>. Acesso em: 14 jan. 2024.

KAMIJO, Y.; MIYAMURA, T. Spirituality and associated factors among cancer patients undergoing chemotherapy. **Japan Journal of Nursing Science**, Tōkyō, v. 17, n. 1, e12276, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1111/jjns.12276>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jjns.12276>. Acesso em: 14 jan. 2024.

KARAWEKPANYAWONG, N. *et al.* The prevalence of depressive disorder and its association in Thai cervical cancer patients. **PloS One**, San Francisco, v. 16, n. 6, e0252779, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252779>. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0252779>. Acesso em: 14 jan. 2024.

KELLEY, D. E. *et al.* Dyadic associations between perceived social support and cancer patient and caregiver health: An actor-partner interdependence modeling approach. **Psychoncology**, New York, v. 28, n. 7, p. 1453–1460, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1002/pon.5096>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.5096>. Acesso em: 13 jan. 2024.

KIM, J. *et al.* The roles of social support and coping strategies in predicting breast cancer patients' emotional well-being: testing mediation and moderation models. **Journal of Health Psychology**, London, v. 15, n. 4, p. 543–552, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1177/1359105309355338>. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1359105309355338>. Acesso em: 14 jan. 2024.

KIM, S. C. *et al.* Understanding how e-health interventions meet psychosocial needs of breast cancer patients: the pathways of influence on quality of life and cancer concerns. **Psycho-oncology**, New York, v. 29, n. 10, p. 1704–1712, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1002/pon.5512>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.5512>. Acesso em: 13 jan. 2024.

KING, B. *et al.* Associations between smokers' knowledge of causes of smoking harm and related beliefs and behaviors: findings from the International Tobacco Control (ITC) four country smoking and vaping survey. **PLoS One**, San Francisco, v. 18, n. 10, e0292856, 2023. DOI: 10.1371/journal.pone.0292856. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10597481/>. Disponível em: Acesso em: 13 jan. 2024.

KJELD, S. G. *et al.* Do school-based smoking preventive interventions have unintended effects? Post hoc analysis of the Focus cluster randomised controlled trial. **BMJ Open**, London, v. 14, n. 1, e070176, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-070176>. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/14/1/e070176>. Acesso em: 24 jan. 2024.

KRASNE, M. *et al.* Coping strategies and anxiety in young breast cancer survivors. **Supportive Care in Cancer**, Berlin, v. 30, n. 11, p. 9109-16, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00520-022-07325-7>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10236528/>. Acesso em: 13 jan. 2024.

KREBBER, A. M. H. *et al.* Prevalence of depression in cancer patients: a meta-analysis of diagnostic interviews and self-report instruments. **Psycho-oncology**, New York, v. 23, n. 2, p. 121–130, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1002/pon.3409>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.3409>. Acesso em: 14 jan. 2024.

KREWSKI, D. M. B. *et al.* Key characteristics of 86 agents known to cause cancer in humans, **Journal of Toxicology and Environmental Health, Part B**, Washington, v. 22, n. 7-8, p. 244-263, 2019. DOI: 10.1080/10937404.2019.1643536. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10937404.2019.1643536>. Acesso em: 13 jan. 2024.

KROENKE, K.; SPITZER, R. L.; WILLIAMS, J. B. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. **Medical Care**, Philadelphia, v. 41, n. 11, p. 1284–1292, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.MLR.0000093487.78664.3C>. Disponível em: https://journals.lww.com/lwwmedicalcare/abstract/2003/11000/the_patient_health_questionnaire_2__validity_of_a.8.aspx. Acesso em: 13 jan. 2024.

KROENKE, C. H. *et al.* Postdiagnosis social networks and breast cancer mortality in the after breast cancer pooling project. **Cancer**, Kennesaw, v. 123, n. 7, p. 1228–1237, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1002/cncr.30440>. Disponível em: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.30440>. Acesso em: 13 jan. 2024.

LARSSON, S. C. *et al.* Smoking, alcohol consumption, and cancer: a mendelian randomisation study in UK Biobank and international genetic consortia participants. **PLoS Medicine**, San Francisco, v. 17, n. 7, e1003178, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003178>. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1003178>. Acesso em: 13 jan. 2024.

LAVDANITI, M. *et al.* Quality of life in elderly cancer patients undergoing chemotherapy. In: Vlamos, P. (eds) GeNeDis 2016. **Advances in Experimental Medicine and Biology**, New York, v. 989, 2017. Springer, Cham. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-319-57348-9_27. Disponível em: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-57348-9_27. Acesso em: 13 jan. 2024.

LEÃO, D. C. M. R. *et al.* The importance of spirituality for women facing breast cancer diagnosis: a qualitative study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 18, n. 12, 6415, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18126415>. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/12/6415>. Acesso em: 13 jan. 2024.

LEE, Y. C. A.; HASHIBE, M. Tobacco, alcohol, and cancer in low and high income countries. **Annals of Global Health**, Philadelphia, v. 80, n. 5, p. 378–383, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aogh.2014.09.010>. Disponível em: <https://annalsofglobalhealth.org/articles/10.1016/j.aogh.2014.09.010>. Acesso em: 13 jan. 2024.

LEOW, K.; LYNCH, M. F.; LEE, J. Social support, basic psychological needs, and social well-being among older cancer survivors. **International Journal of Aging & Human Development**, Farmingdale, v. 92, n. 1, p. 100-114, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1177/0091415019887688>. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0091415019887688>. Acesso em: 13 jan. 2024.

LI, Y. *et al.* Family resilience and psychological well-being among Chinese breast cancer survivors and their caregivers. **European Journal of Cancer Care**, Oxford, v. 28, n. 2, e12984, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1111/ecc.12984>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ecc.12984>. Acesso em: 13 jan. 2024.

LIN, F. H. *et al.* Effect of social support and health education on depression scale scores of chronic stroke patients. **Medicine**, Philadelphia, v. 98, n. 44, p. e17667, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000017667>. Disponível em: https://journals.lww.com/md-journal/fulltext/2019/11010/effect_of_social_support_and_health_education_on.40.aspx. Acesso em: 13 jan. 2024.

LINDEN, W. *et al.* Anxiety and depression after cancer diagnosis: prevalence rates by cancer type, gender, and age. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 141, n. 2-3, p. 343–351, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.03.025>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032712002212?via%3Dihub>. Acesso em: 13 jan. 2024.

LINDEN, W.; VODERMAIER, A. Mismatch of desired versus perceived social support and associated levels of anxiety and depression in newly diagnosed cancer patients. **Supportive Care in Cancer**, Berlin, v. 20, n. 7, p. 1449–1456, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00520-011-1228-3>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00520-011-1228-3>. Acesso em: 13 jan. 2024.

LIU, H. *et al.* Global, regional, and national mortality trends of female breast cancer by risk factor, 1990-2017. **BMC Cancer**, London, v. 21, n. 1, p. 459, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12885-021-08217-5>. Disponível em: <https://bmccancer.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12885-021-08217-5>. Acesso em: 13 jan. 2024.

LÓPEZ, N.; GADSDEN, V. L. Iniquidades em saúde, determinantes sociais e interseccionalidade. **National Academy of Medicina**, 2016. Disponível em: <https://nam.edu/health-inequities-social-determinants-and-intersectionality/>. Acesso em: 14 jan. 2024.

LOEHRER, A. P.; GREEN, S. R.; WINKFIELD, K. M. Inequity in cancer and cancer care delivery in the United States. **Hematology/oncology clinics of North America**, Philadelphia, v. 38, n. 1, p. 1–12, 2024. <https://doi.org/10.1016/j.hoc.2023.08.001>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0889858823001211?via%3Dihub>. Acesso em: 15 jan. 2024.

LORTET-TIEULENT, J. *et al.* Profiling global cancer incidence and mortality by socioeconomic development. **International Journal of Cancer**, New York, v. 147, n. 11, p. 3029–3036, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1002/ijc.33114>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijc.33114>. Acesso em: 13 jan. 2024.

LOW, E. E. *et al.* Risk factors for early-onset colorectal cancer. **Gastroenterology**, Baltimore, v. 159, n. 2, p. 492–501.e7, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.01.004>. Disponível em: [https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(20\)30016-0/fulltext](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(20)30016-0/fulltext). Acesso em: 13 jan. 2024.

LUCCHIARI, C. *et al.* Helping patients to reduce tobacco consumption in oncology: a narrative review. **SpringerPlus**, Switzerland, v. 5, n. 1136, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40064-016-2798-9>. Disponível em: <https://springerplus.springeropen.com/articles/10.1186/s40064-016-2798-9>. Acesso em: 13 jan. 2024.

MA, C. *et al.* Prevalence and trends in tobacco use among adolescents aged 13-15 years in 143 countries, 1999-2018: findings from the Global Youth Tobacco Surveys. **The Lancet. Child & Adolescent Health**, Cambridge, v. 5, n. 4, p. 245-255, 2021. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30390-4](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30390-4). Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642\(20\)30390-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(20)30390-4/fulltext). Acesso em: 14 jan. 2024.

MACEDO, J. P. *et al.* A produção científica brasileira sobre apoio social: tendências e invisibilidades. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, Juiz de Fora, v. 11, n. 2, p.

258-278, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.36298/gerais2019110206>. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v11n2/06.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2024.

MALTA, D. C. *et al.* Trends in prevalence and mortality burden attributable to smoking, Brazil and federated units, 1990 and 2017. **Population Health Metrics**, London, v. 18, (Suppl 1), n. 24, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12963-020-00215-2>. Disponível em: <https://pophealthmetrics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12963-020-00215-2>. Acesso em: 13 jan. 2024.

MANNE, S. *et al.* Survivorship care experiences, information, and support needs of patients with oral and oropharyngeal cancer. **Head & Neck**, New York, v. 38, (Suppl 1), p. E1935-E46, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1002/hed.24351>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4844877/>. Acesso em: 13 jan. 2024.

MARTEL, C. *et al.* Global burden of cancer attributable to infections in 2018: a worldwide incidence analysis. **The Lancet. Global Health**, England, v. 8, n. 2, p. e180-e190, 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30488-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30488-7). Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X19304887?via%3Dihub>. Acesso em: 14 jan 2024.

MARZILIANO, A.; TECKIE, S.; DIEFENBACH, M. A. Alcohol-related head and neck cancer: summary of the literature. **Head & Neck**, New York, v. 42, n. 4, p. 732-738, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1002/hed.26023>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hed.26023>. Acesso em: 14 jan. 2024.

MATZOPOULOS, R. *et al.* Estimating the changing burden of disease attributable to alcohol use in South Africa for 2000, 2006 and 2012. **South African Medical Journal**, Pinelands Cape Town, v. 112, n. 8b, p. 662–675, 2022. DOI: <https://doi.org/10.7196/SAMJ.2022.v112i8b.16487>. Disponível em: <https://samajournals.co.za/index.php/samj/article/view/223>. Acesso em: 13 jan. 2024.

McCARTER, K. *et al.* Smoking, drinking, and depression: comorbidity in head and neck cancer patients undergoing radiotherapy. **Cancer Medicine**, Oxford, v. 7, n. 6, p. 2382–2390, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1002/cam4.1497>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cam4.1497>. Acesso em: 13 jan. 2024.

McFARLAND, D. C. *et al.* Suicide in patients with cancer: identifying the risk factors. **Oncology**, Williston Park, v. 33, n. 6, p. 221–226, 2019. Disponível em: <https://www.cancernetwork.com/view/suicide-patients-cancer-identifying-risk-factors>. Acesso em: 14 jan. 2024.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare**. A guide to best practice. 4nd. Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincott Williams e Wilkins, 2019.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. D. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, Place Published, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ>. Acesso em: 13 jan. 2024.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Use of the bibliographic manager in the selection of primary studies in integrative reviews. **Texto & Contexto Nursing**, Florianópolis, v. 28, e20170204, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0204>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/HZD4WwnbqL8t7YZpdWSjypj/?lang=en>. Acesso em: 14 jan. 2024.

MERATH, K. *et al.* Patient perceptions about the role of religion and spirituality during cancer care. **Journal of Religion and Health**, New York, v. 59, n. 4, p. 1933–1945, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00907-6>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10943-019-00907-6>. Acesso em: 14 jan. 2024.

MILLER, N. *et al.* Exploring the perceived impact of social support on the health behaviours of people living with and beyond cancer during the COVID-19 pandemic: a qualitative study. **Supportive Care in Cancer**, Berlin, v. 30, n. 10, p. 8357–66, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00520-022-07291-0>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9311339/>. Acesso em: 13 jan. 2024.

MKUU, R. S. *et al.* "I struggle with breast cancer and I struggle with God": insights from African American breast cancer survivors. **Journal of Racial and Ethnic Health Disparities**, Switzerland, v. 9, n. 2, p. 566–575, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40615-021-00986-w>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40615-021-00986-w>. Acesso em: 13 jan. 2024.

MOMOSAKA, T. *et al.* Associations of individual characteristics and socioeconomic status with heated tobacco product harmfulness perceptions in Japan: a nationwide cross-sectional study (INFORM Study 2020). Advance online publication. **Journal of Epidemiology**, Tokyo, 2024. DOI: <https://doi.org/10.2188/jea.JE20230177>. Disponível em: https://www.jstage.jst.go.jp/article/jea/advpub/0/advpub_JE20230177/_pdf/-char/en. Acesso em: 24 jan. 2024.

MOODY, S. *et al.* Mutational signatures in esophageal squamous cell carcinoma from eight countries with varying incidence. **Nature Genetics**, New York, v. 53, p.1553-1563, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41588-021-00928-6>. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41588-021-00928-6>. Acesso em: 14 jan. 2024.

MUJICIC, A. *et al.* Cancer survivors' views on digital support for smoking cessation and alcohol moderation: a survey and qualitative study. **BMC Public Health**, London, v. 21, n. 1, 1763, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11785-7>. Disponível em: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-021-11785-7>. Acesso em: 13 jan. 2024.

MUJICIC, A. *et al.* Internet-based self-help smoking cessation and alcohol moderation interventions for cancer survivors: a study protocol of two RCTs. **BMC Cancer**, London, v. 18, n. 1, 364, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12885-018-4206-z>. Disponível em: <https://bmccancer.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12885-018-4206-z>. Acesso em: 13 jan. 2024.

MURRAY, C. J.; ACHARYA, A. K. Understanding DALYs (disability-adjusted life years). **Journal of Health Economics**, Amsterdam, v. 16, n. 6, p. 703–730, 1997. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0167-6296\(97\)00004-0](https://doi.org/10.1016/s0167-6296(97)00004-0). Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167629697000040?via%3Dihub>. Acesso em: 14 jan. 2024.

MURRAY, C. J. L. *et al.* Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. **Lancet**, London, v. 396, p. 1223–1249, 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30752-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30752-2). Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30752-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30752-2/fulltext). Acesso em: 14 jan. 2024.

NASER, A. Y. *et al.* Depression and anxiety in patients with cancer: a cross-sectional study. **Frontiers in Psychology**, Pully, v. 12, 585534, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.585534>. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2021.585534/full>. Acesso em: 13 jan. 2024.

NATIONAL CENTER FOR CHRONIC DISEASE PREVENTION AND HEALTH PROMOTION (US) OFFICE ON SMOKING AND HEALTH. Preventing tobacco use among youth and young adults: a report of the surgeon general. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US), 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK99240>. Acesso em: 14 jan. 2024.

NAVARRO, V. What we mean by social determinants of health. **International Journal of Health Services**, Westport, v. 39, n. 3, p. 423–41, 2009. DOI: 10.2190/HS.39.3.a. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/10.2190/HS.39.3.a?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed. Acesso em: 13 jan. 2024.

NAVAS-ACIEN, A. Global tobacco use: old and new products. **Annals of the American Thoracic Society**, New York, v. 15, n. 2, p. S69–S75, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201711-874MG>. Disponível em: <https://www.atsjournals.org/doi/10.1513/AnnalsATS.201711-874MG>. Acesso em: 14 jan. 2024.

NEUMANN, M.; MURPHY, N.; SEETHARAMU, N. Impact of family and social network on tobacco cessation amongst cancer patients. **Cancer Control: Journal of The Moffitt Cancer Center**, Tampa, v. 28, 10732748211056691, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1177/10732748211056691>. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/10732748211056691>. Acesso em: 13 jan. 2024.

NIAAA. **NIAAA council approves definition of binge drinking**. NIAAA newsletter. Bethesda. NIH, c2021. Disponível em: <https://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/overview-alcohol-consumption/moderate-binge-drinking#:~:text=NIAAA%20defines%20binge%20drinking%20as,alcohol%20per%20deciliter%20%2D%20or%20higher>. Acesso em: 14 jan. 2024.

NIEDZWIEDZ, C. L. *et al.* Depression and anxiety among people living with and beyond cancer: a growing clinical and research priority. **BMC Cancer**, London, v. 19, n. 943, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12885-019-6181-4>. Disponível em:

<https://bmccancer.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12885-019-6181-4>. Acesso em: 14 jan. 2024.

NOWAKOWSKA, M. K. *et al.* Association of second-generation antiandrogens with depression among patients with prostate cancer. **JAMA Network Open**, Chicago, v. 4, n. 12, e2140803, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.40803>. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2787430>. Acesso em: 13 jan. 2024.

NUCCI, N. A. G. **Qualidade de vida e câncer**: um estudo compreensivo. 2003. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-27012004-222429/pt-br.php>. Acesso em: 14 jan. 2024.

OCHOA, C. Y. *et al.* Examining the role of social support and spirituality on the general health perceptions of Hispanic cancer survivors. **Psycho-oncology**, New York, v. 27, n. 9, p. 2189–2197, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1002/pon.4795>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.4795>. Acesso em: 13 jan. 2024.

OKATI-ALIABAD, H. *et al.* The prevalence of anxiety and depression and its association with coping strategies, supportive care needs, and social support among women with breast cancer. **Supportive Care in Cancer**, Berlin, v. 30, n. 1, p. 703–710, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06477-2>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00520-021-06477-2>. Acesso em: 13 jan. 2024.

OSÓRIO, F. L. *et al.* Study of the discriminative validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a sample of Brazilian women in the context of primary health care. **Perspectives in Psychiatric Care**, Hillsdale, v. 45, n. 3, p. 216–227, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2009.00224.x>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1744-6163.2009.00224.x>. Acesso em: 14 jan. 2024.

O'SULLIVAN, D. E. *et al.* Risk factors for early-onset colorectal cancer: a systematic review and meta-analysis. **Clinical Gastroenterology and Hepatology**, Philadelphia, v. 20, n. 6, p. 1229-1240.e5, 2022. DOI: [10.1016/j.cgh.2021.01.037](https://doi.org/10.1016/j.cgh.2021.01.037). Disponível em: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1542-3565\(21\)00087-2](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1542-3565(21)00087-2). Acesso em: 13 jan. 2024.

PAHO. Pan-American Health Organization. **Política para melhorar a saúde mental**. Washington, 2023. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57235>. Acesso em: 14 jan. 2024.

PAHO. Pan American Health Organization. **Dados/estatísticas**. 2020b. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/cancer> Acesso em: 13 jan. 2024.

PAHO. Pan American Health Organization. **Alcohol and câncer**: 05 facts. 2021a. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54918/PAHONMHHM210021_eng.pdf?sequence=6&isAllowed=y. Acesso em: 13 jan. 2024.

PAHO. Pan American Health Organization. **Alcohol and your health**. 2021b. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55073/PAHONMHHM210023_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 13 jan. 2024.

PAHO. Pan American Health Organization. **Cancer**. 2020a. Disponível em: <https://www.paho.org/en/topics/cancer>. Acesso em: 14 jan. 2024.

PAHO. Pan American Health Organization. World Health Organization. Regional Office for the Americas. **Topics of cancer**. Lyon: WHO, 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/en/topics/cancer>. Acesso em: 14 jan. 2024.

PAHO. Pan American Health Organization. **What PAHO does**. [s.d.]. Disponível em: <https://www.paho.org/en/topics/cancer>. Acesso em: 14 jan. 2024.

PAHO. Pan American Health Organization. **Tobacco control**. [s.d.]. Disponível em: <https://www.paho.org/en/topics/tobacco-prevention-and-control>. Acesso em: 14 jan. 2024.

PARK, J. H. *et al.* Determinants of quality of life in women immediately following the completion of primary treatment of breast cancer: a cross-sectional study. **PLoS One**, San Francisco, v. 16, n. 10, e0258447, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258447>. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0258447>. Acesso em: 13 jan. 2024.

PETTICREW, M. *et al.* Dark Nudges and Sludge in Big Alcohol: Behavioral Economics, Cognitive Biases, and Alcohol Industry Corporate Social Responsibility. **The Milbank Quarterly**, [S. l.], v. 98, n. 4, p. 1290–1328, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12475>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7772646/>. Acesso em: 17 jan. 2024.

PETTICREW, M. *et al.* How alcohol industry organisations mislead the public about alcohol and cancer. **Drug and Alcohol Review**, Abingdon, v. 37, n. 3, p. 293–303, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1111/dar.12596>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dar.12596>. Acesso em: 17 jan. 2024.

PILLON, S. C. *et al.* Perfil dos idosos atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial - álcool e outras drogas. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 742-748, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000400013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/RRgfZjWYZ4XTHSTDFZmwCrw/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 01 fev. 2024.

PINTO, B. M. *et al.* Mediators of physical activity outcomes in a peer-led intervention for breast cancer survivors. **Psycho-oncology**, New York, v. 32, n. 4, p. 619–627, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1002/pon.6107>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.6107>. Acesso em: 18 jan. 2024.

PITMAN, A. *et al.* Depression and anxiety in patients with cancer. **BMJ (Clinical research ed.)**, London, 361, k1415, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.k1415>. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/361/bmj.k1415>. Acesso em: 14 jan. 2024.

PLUMMER, M. *et al.* Global burden of cancers attributable to infections in 2012: a synthetic analysis. **The Lancet. Global Health**, England, v. 4, n. 9, p. e609-616, 2016. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(16\)30143-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(16)30143-7). Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(16\)30143-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(16)30143-7/fulltext). Acesso em: 13 jan. 2024.

POGHOSYAN, H. *et al.* The association between social support and smoking status in cancer survivors with frequent and infrequent mental distress: results from 10 US states, 2010. **Journal of Cancer Survivorship**, New York, v. 10, n. 6, p. 1078-1088, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11764-016-0551-6>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11764-016-0551-6>. Acesso em: 13 jan. 2024.

POIRIER, A. E. *et al.* The current and future burden of cancer attributable to modifiable risk factors in Canada: summary of results. **Preventive Medicine**, New York, v. 122, p. 140–147, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2019.04.007>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743519301318?via%3Dihub>. Acesso em: 13 jan. 2024.

PORĘBA-CHABROS, A.; MAMCARZ, P.; JUREK, K. Social support as a moderator between the perception of the disease and stress level in lung cancer patients. **Annals of Agricultural and Environmental Medicine**, Lublin, v. 27, n. 4, p.630-635, 2020. DOI: <https://doi.org/10.26444/aaem/123099>. Disponível em: <https://www.aaem.pl/Social-support-as-a-moderator-between-the-perception-of-the-disease-and-stress-level,123099,0,2.html>. Acesso em: 13 jan. 2024.

POUDEL, A.; GURUNG, B.; KHANAL, G. P. Perceived social support and psychological wellbeing among Nepalese adolescents: the mediating role of self-esteem. **BMC Psychology**, London, v. 8, n. 43, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00409-1>. Disponível em: <https://bmcp psychology.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40359-020-00409-1>. Acesso em: 13 jan. 2024.

PRIETO, C. B. *et al.* Factores de riesgos asociados a la adherencia al tratamiento médico oncológico em pediatria. **Andes Pediátrica – Revista Chilena de Pediatría**, Santiago, v. 94, n. 2, P. 144-152, 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.32641/andespediatr.v94i2.4041>. Disponível em: <https://www.revistachilenadepediatria.cl/index.php/rchped/article/view/4041>. Acesso em: 14 jan. 2024.

PUJOL, A. *et al.* Segundas neoplasias esofágicas tras un tumor índice de cabeza y cuello: incidencia, factores de riesgo y pronóstico. **Acta Otorrinolaringológica Española**, Madrid, v. 74, n. 6, p. 339-345, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.otorri.2022.10.005>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0001651923000055>. Acesso em: 13 jan. 2024.

QIUYU, S. *et al.* Alcohol consumption by beverage type and risk of breast cancer: a dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. **Alcohol and Alcoholism**, Oxford, v. 55, n. 3, p. 246–253, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1093/alcalc/agaa012>. Disponível em: <https://academic.oup.com/alcalc/article/55/3/246/5748223>. Acesso em: 13 jan. 2024.

RAMIREZ, A. G. *et al.* Assessing the effect of patient navigator assistance for psychosocial support services on health-related quality of life in a randomized clinical trial in Latino breast,

prostate, and colorectal cancer survivors. **Cancer**, Kennesaw, v. 126, n. 5, p. 1112-1123, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1002/cncr.32626>. Disponível em: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.32626>. Acesso em: 14 jan. 2024.

REHM, J.; SHIELD, K. D. Global alcohol-attributable deaths from cancer, liver cirrhosis, and injury in 2010. **Alcohol Research: Current Reviews**, Bethesda, v. 35, n. 2, p. 174-183, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3908708/>. Acesso em: 14 jan. 2024.

REIS, J. B. *et al.* Social support of people with cancer and the use of alcohol and/or tobacco: protocol for an integrative literature review. Project. **OSFHome**, 2023. Disponível em: <https://osf.io/r7hc6/>. Acesso em: 13 jan. 2024.

RIBEIRO, D. **A universidade necessária**. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1975.

RIBEIRO, D. **O povo brasileiro**. São Paulo: Companhia de Bolso, 2006.

RICE, S. M. *et al.* Depression and prostate cancer: examining comorbidity and male-specific symptoms. **American Journal of Men's Health**, Thousand Oaks, v. 12, n. 6, p. 1864-1872, 2018. DOI: [10.1177/1557988318784395](https://doi.org/10.1177/1557988318784395). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6199440/>. Acesso em: 13 jan. 2024.

ROCK, C. L. *et al.* American Cancer Society guideline for diet and physical activity for cancer prevention. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, New York, v. 70, n. 4, p. 245–271, 2020. DOI: <https://doi.org/10.3322/caac.21591>. Disponível em: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.21591>. Acesso em: 13 jan. 2024.

RODRÍGUEZ, E. *et al.* Experiência de pacientes com câncer durante a pandemia de COVID-19 e sua opinião sobre a telemedicina. **Psicooncologia**, Madrid, v. 19, n. 1, p. 27-43, 2022. DOI: <https://doi.org/10.5209/psic.80796>. Disponível em: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/80796>. Acesso em: 14 jan. 2024.

RODRÍGUEZ-GONZÁLEZ, N.; RAMOS-MONSERRAT, M. J.; ARRIBA-FERNÁNDEZ, A. Cómo influyen los determinantes sociales de la salud em el câncer de mama? **Revista de Senología y Patología Mamaria**, Barcelona, v. 36, n. 3, 100467, 2023. DOI: [10.1016/j.senol.2022.100467](https://doi.org/10.1016/j.senol.2022.100467). Disponível em: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-senologia-patologia-mamaria--131-articulo-como-influyen-determinantes-sociales-salud-S0214158222001712> Acesso em: 13 jan. 2024.

RUBIO, A. *et al.* Social support and substance use as moderators of the relationship between depressive symptoms and suicidal ideation in adolescents. **Frontiers in Psychology**, Pully, v. 11, 539165, 2020. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.539165>. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2020.539165/full>. Acesso em: 13 jan. 2024.

RUIZ-RODRÍGUEZ, I. *et al.* The importance of social support, optimism and resilience on the quality of life of cancer patients. **Frontiers in Psychology**, Pully, v. 13, 833176, 2022. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.833176>. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2022.833176/full>. Acesso em: 13 jan. 2024.

RUMGAY, H. *et al.* Alcohol and cancer: epidemiology and biological mechanisms. **Nutrients**, Basel, v. 13, n. 9, 3173, 2021b. DOI: <https://doi.org/10.3390/nu13093173>. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2072-6643/13/9/3173>. Acesso em: 13 jan. 2024.

RUMGAY, H. *et al.* Global burden of cancer in 2020 attributable to alcohol consumption: a population-based study. **The Lancet. Oncology**, London, v. 22, n. 8, p. 1071-1080, 2021a. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(21\)00279-5](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(21)00279-5). Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045\(21\)00279-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045(21)00279-5/fulltext). Acesso em: 13 jan. 2024.

SAFIRI, S. *et al.* Global, regional, and national burden of cancers attributable to tobacco smoking in 204 countries and territories, 1990-2019. **Cancer Medicine**, Oxford, v. 11, n. 13, p. 2662–2678, 2022b. DOI: <https://doi.org/10.1002/cam4.4647>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cam4.4647>. Acesso em: 13 jan. 2024.

SAFIRI, S. *et al.* Global, regional, and national cancer deaths and disability-adjusted life-years (DALYs) attributable to alcohol consumption in 204 countries and territories, 1990-2019. **Cancer**, Kennesaw, v. 128, n. 9, p. 1840–1852, 2022a. DOI: <https://doi.org/10.1002/cncr.34111>. Disponível em: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.34111>. Acesso em: 13 jan. 2024.

SAMPAIO, C.; RAMOS, N. Acesso à saúde de mulheres em contexto de migração forçada em Portugal: vulnerabilidades e adaptação. **Revista Ciência Plural**, Natal, v. 9, n. 2, p. 311928, 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/31928/17297>. Acesso em: 14 jan. 2024.

SÁNCHEZ-BAYONA, R. *et al.* Binge drinking and risk of breast cancer: results from the SUN ('Seguimiento Universidad de Navarra') Project. **Nutrients**, Basel, v. 12, n. 3, 731, 2020. DOI: <https://doi.org/10.3390/nu12030731>. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2072-6643/12/3/731>. Acesso em: 13 jan. 2024.

SCHERÜBL, H. Tabakrauchen und krebserisiko. **Pneumologie**, Stuttgart, v. 77, n. 1, p. 27–32, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1055/a-1916-1466>. Disponível em: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/a-1916-1466>. Acesso em: 13 jan. 2024.

SCOCCIANTI, C. *et al.* European code against cancer 4th edition: alcohol drinking and cancer. **Cancer Epidemiology**, Amsterdam, v. 45, p. 181-188, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.canep.2016.09.011>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187778211630176X?via%3Dihub>. Acesso em: 14 jan. 2024.

SEITZ, H. K.; BECKER, P. Alcohol metabolism and cancer risk. **Alcohol Research & Health**, Rockville, v. 30, n. 1, p. 38-47, 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3860434/>. Acesso em: 14 jan. 2024.

SEITZ, H. K.; CHO, C. H. Contribution of alcohol and tobacco use in gastrointestinal cancer development. *In*: Verma, M. (eds) **Cancer Epidemiology. Methods in Molecular Biology**, Totowa, v. 472, p. 217-241, 2009. DOI: https://doi.org/10.1007/978-1-60327-492-0_9.

Disponível em: https://link.springer.com/protocol/10.1007/978-1-60327-492-0_9. Acesso em: 14 jan. 2024.

SEITZ, H. K.; STICKEL, F. Molecular mechanisms of alcohol-mediated carcinogenesis. **Nature Reviews. Cancer**, London, v. 7, n. 8, p. 599-612, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1038/nrc2191>. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/nrc2191>. Acesso em: 14 jan. 2024.

SHAH, S. C. *et al.* Cancer control in low- and middle-income countries: is it time to consider screening? **Journal of Global Oncology**, Alexandria, v. 5, n. 5, p. 1–8, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1200/JGO.18.00200>. Disponível em: <https://ascopubs.org/doi/10.1200/JGO.18.00200>. Acesso em: 13 jan. 2024.

SHEN, A. *et al.* Quality of life among breast cancer survivors with triple negative breast cancer--role of hope, self-efficacy and social support. **European Journal of Oncology Nursing**, Edinburgh, v. 46, 101771, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101771>. Disponível em: [https://www.ejoncologynursing.com/article/S1462-3889\(20\)30051-X/fulltext](https://www.ejoncologynursing.com/article/S1462-3889(20)30051-X/fulltext). Acesso em: 13 jan. 2024.

SHERBOURNE, C. D.; STEWART, A. L. The MOS Social Support Survey. **Social Science Medicine**, Oxford, v. 32, n. 6, p. 705-714, 1991. DOI: 10.1016/0277-9536(91)90150-b. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2035047>. Acesso em: 13 jan. 2024.

SHI, M. *et al.* Alcohol consumption among adults with a cancer diagnosis in the all of us research program. **JAMA Network Open**, Chicago, v. 6, n. 8, e2328328, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.28328>. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2808140>. Acesso em: 13 jan. 2024.

SILVA, G. C. N. *et al.* Coping religioso/espiritual e angústia espiritual em pessoas com câncer. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, n. 6, p. 1534-1540, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0585>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/Vmz4zNmKJYxBPSdVCWzGQWt/?lang=en>. Acesso em: 14 jan. 2024.

SILVERS, J. A.; PERIS, T. S. Research review: the neuroscience of emerging adulthood - reward, ambiguity, and social support as building blocks of mental health. **Jornal de Psicologia Infantil e Psiquiatria**, Oxford, v. 64, n. 7, p. 989-997, 2023. DOI: 10.1111/jcpp.13776. Disponível em: <https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpp.13776>. Acesso em: 13 jan. 2024.

SIQUEIRA, L. S.; TIBÚRCIO, J. D. **Estatística na área da saúde: Conceitos, metodologia, aplicações e prática computacional**. Belo Horizonte: Coopmed, 2011.

SOLAR, O; IRWIN, A. **A conceptual framework for action on the social determinants of health**. Social Determinants of Health discussion paper 2. Genebra: OMS, 2010. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44489/9789241500852_eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 14 jan. 2024.

SORENSEN, G. Introduction to Social Determinants of Health. Section 7. **Women and Health**, New York, p. 523-527, 2000. DOI: <https://doi.org/10.1016/B978-012288145-9/50048-6>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780122881459500486>. Acesso em: 14 jan. 2024.

SOUZA, H. P.; OTERO, U. B.; SILVA, V. S. P. Profile of healthcare workers involved in accidents with exposure to biological materials in Brazil from 2011 through 2015: surveillance aspects. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, São Paulo, v. 17, n. 1, p.106-118, 2019. DOI: <https://doi.org/10.5327/Z1679443520190305>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7138503>. Acesso em: 13 jan. 2024.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Integrative review: what is it? How to do it?. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?lang=en#>. Acesso em: 14 jan. 2024.

ST. HELEN, G. *et al.* Differences in exposure to toxic and/or carcinogenic volatile organic compounds between black and white cigarette smokers. **Journal of Exposure Science and Environmental Epidemiology**, New York, v. 31, p. 211-223, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41370-019-0159-9>. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41370-019-0159-9>. Acesso em: 14 jan. 2024.

STEEL, J. *et al.* The role of psychosocial factors in the progression of hepatocellular carcinoma. **Medical Hypotheses**, Edinburgh, v. 62, n. 1, p. 86-94, 2004. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0306-9877\(03\)00263-9](https://doi.org/10.1016/s0306-9877(03)00263-9). Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306987703002639?via%3Dihub>. Acesso em: 14 jan. 2024.

STEWART, B. W.; WILD, C. P. (Editors). **World cancer report 2014**. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2014. Disponível em: <http://www.iarc.fr/en/publications/books/wcr/wcr-order.php>. Acesso em: 14 jan. 2024.

STRECK, J. M. *et al.* Examining the effects of problematic alcohol use on cigarette abstinence in recently diagnosed cancer patients enrolled in a cessation trial: a secondary analysis. **Addictive Behaviors**, New York, v. 115, 106794, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106794>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306460320309230?via%3Dihub>. Acesso em: 13 jan. 2024.

SUNG, H. *et al.* Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA: Cancer Journal for Clinicians**, New York, v. 71, p. 209- 249, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3322/caac.21660>. Disponível em: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.21660>. Acesso em: 14 jan. 2024.

SVENSSON, T. *et al.* Alcohol consumption, genetic variants in the alcohol- and folate metabolic pathways and colorectal cancer risk: the JPHC Study. **Scientific Reports**, London, v. 9, n. 36607, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1038/srep36607>. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/srep36607>. Acesso em: 13 jan. 2024.

SZYMAŃSKA, K. *et al.* Alcohol and tobacco, and the risk of cancers of the upper aerodigestive tract in Latin America: a case-control study. **Cancer Causes & Control**, Oxford, v. 22, n. 7, p. 1037-1046, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10552-011-9779-7>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10552-011-9779-7>. Acesso em: 14 jan. 2024.

THOMPSON, T. *et al.* Perceived social support in African American breast cancer patients: Predictors and effects. **Social Science & Medicine** 1982, New York, v. 223, n. 192, p. 134–142, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.09.035>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953617305695?via%3Dihub>. Acesso em: 14 jan. 2024.

TSARAS, K. *et al.* Assessment of depression and anxiety in breast cancer patients: prevalence and associated factors. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, Bangkok, v. 19, n. 6, p. 1661–1669, 2018. DOI: <https://doi.org/10.22034/APJCP.2018.19.6.1661>. Disponível em: https://journal.waocp.org/article_63340.html. Acesso em: 13 jan. 2024.

TZORTZI, A. *et al.* A Systematic literature review of e-cigarette-related illness and injury: not just for the respirologist. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 17, n.7, p. 2248, 2020. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17072248>. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/7/2248>. Acesso em: 14 jan. 2024.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **How tobacco smoke causes disease: the biology and behavioral basis for smoking-attributable disease: a report of the surgeon general**. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2010. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK53017/pdf/Bookshelf_NBK53017.pdf. Acesso em: 14 jan. 2024.

VINEIS, P. *et al.* Tobacco and cancer: recent epidemiological evidence. **Journal of the National Cancer Institute**, Cary, v. 96, n. 2, p. 99-106, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1093/jnci/djh014>. Disponível em: <https://academic.oup.com/jnci/article/96/2/99/2520973>. Acesso em: 14 jan. 2024.

VODERMAIER, A.; LINDEN, W. Social support buffers against anxiety and depressive symptoms in patients with cancer only if support is wanted: a large sample replication. **Supportive Care in Cancer**, Berlin, v. 27, n. 7, p. 2345–2347, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04737-w>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00520-019-04737-w>. Acesso em: 13 jan. 2024.

WALKER, M. S. *et al.* Smoking urges and relapse among lung cancer patients: findings from a preliminary retrospective study. **Preventive Medicine**, New York, v. 39, n. 3, p. 449–457, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2004.04.035>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743504002531?via%3Dihub>. Acesso em: 13 jan. 2024.

WAWRZYŃSKI, S. E. *et al.* Social support and siblings of children with cancer: a scoping review. **Psycho-oncology**, New York, v. 30, n. 8, p. 1232–1245, 2021. DOI:

<https://doi.org/10.1002/pon.5689>. Disponível em:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.5689>. Acesso em: 14 jan. 2024.

WEBSITE NATIONAL CANCER INSTITUTE. **NCI dictionary of cancer terms**. 2009. Disponível em: <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/social-support>. Acesso em: 13 jan. 2024.

WEIDERPASS, E. Lifestyle and cancer risk. **Journal of Preventive Medicine and Public Health**, Seoul, v. 43, n. 6, p. 459-471, 2010. DOI:
<https://doi.org/10.3961/jpmph.2010.43.6.459>. Disponível em:
<https://jpmph.org/journal/view.php?id=10.3961/jpmph.2010.43.6.459>. Acesso em: 14 jan. 2024.

WELLS, A. A. *et al.* African-American breast cancer survivors participating in a breast cancer support group: translating research into practice. **Journal of Cancer Education**, New York, v. 29, n. 4, p. 619-625, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1007/s13187-013-0592-8>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s13187-013-0592-8>. Acesso em: 14 jan. 2024.

WHA. World Health Assembly 70. **Cancer prevention and control in the context of an integrated approach**. World Health Organization. 2017. Disponível em:
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/275676>. Acesso em: 14 jan. 2024.

WHITE, A. J. *et al.* Lifetime alcohol intake, binge drinking behaviors, and breast cancer risk. **American Journal of Epidemiology**, Baltimore, v. 186, n. 5, p. 541–549, 2017. DOI:
<https://doi.org/10.1093/aje/kwx118>. Disponível em:
<https://academic.oup.com/aje/article/186/5/541/3806860>. Acesso em: 13 jan. 2024.

WHO. World Health Organization. **A conceptual framework for action on the social determinants of health**. 2010. Disponível em:
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241500852>. Acesso em: 13 jan. 2024.

WHO. World Health Organization. **Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C)**. New York: WHO, 1990. Disponível em: <http://www.hepatitis.va.gov/provider/tools/audit-c.asp>. Acesso em: 14 jan. 2024.

WHO. World Health Organization. **Cancer**. WHO, 2022a. Disponível em:
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>. Acesso em: 14 jan. 2024.

WHO. World Health Organization. **Commission on Social Determinants of Health**. Final Report. Geneva, 2008. Disponível em:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf;jsessionid=D2EB5F0D0BC71039E0E64D1450E8E5AD?sequence=1. Acesso em: 14 jan. 2024.

WHO. World Health Organization. **Country Cancer Profiles**. Brazil. Burden of Cancer. WHO, 2020. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/country-profiles/cancer/cancer-bra-2020.pdf?sfvrsn=e363314e_4&download=true. Acesso em: 14 jan. 2024.

WHO. World Health Organization. **Fact sheet - 5 facts about alcohol and cancer**. WHO, 2021b. Disponível em: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2021/fact-sheet-5-facts-about-alcohol-and-cancer>. Acesso em: 14 jan. 2024.

WHO. World Health Organization. **Global Cancer Observatory**. WHO, 2021a. Disponível em: <https://gco.iarc.fr>. Acesso em: 14 jan. 2024.

WHO. World Health Organization. **Global Status Report on Alcohol and Health**. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&slug=who-s-global-status-report-on-alcohol-and-health-2018-1&Itemid=270&lang=en. Acesso em: 14 jan. 2024.

WHO. World Health Organization. **Lung fact sheet**. WHO, 2020. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/15-Lung-fact-sheet.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2024.

WHO. World Health Organization. **Noncommunicable diseases**. WHO, 2023. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases#tab=tab_1. Acesso em: 13 jan. 2024.

WHO. World Health Organization. **No Smoking: Tobacco**. WHO, 2022b. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/tobacco#tab=tab_2. Acesso em: 14 fev. 2022.

WHO. World Health Organization Health. **Promotion Glossary**. New York: WHO, 1998. Disponível em: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf. Acesso em: 14 jan. 2024.

WILD, C.P.; WEIDERPASS, E.; STEWART, B.W. (Editors). **World Cancer Report: Cancer Research for Cancer Prevention**. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2020. Disponível em: <http://publications.iarc.fr/586>. Acesso em: 14 jan. 2024.

WILKINSON, R.; MARMOT, M. (Editors). **Social determinants of health: the solid facts**. 2nd ed. Copenhagen: World Health Organization, 2003. DOI: Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf. Acesso em: 13 jan. 2024.

WISE, J.; CAIOLA, C.; NJIE-CARR, V. A fundamental shift in nursing is a requisite for achieving health equity: the nurses' role in addressing social determinants of health. **Journal of the Association of Nurses in AIDS Care**, Philadelphia, v. 34, n. 1, p. 125-131, 2023. DOI: 10.1097/JNC.0000000000000383. Disponível em: https://journals.lww.com/janac/citation/2023/02000/a_fundamental_shift_in_nursing_is_a_requisite_for.15.aspx. Acesso em: 13 jan. 2024.

WONDIMAGEGNEHU, A. *et al.* Depression and social support among breast cancer patients in Addis Ababa, Ethiopia. **BMC cancer**, London, v. 19, n. 1, 836, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12885-019-6007-4>. Disponível em: <https://bmccancer.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12885-019-6007-4>. Acesso em: 14 jan. 2024.

WU, H.; WONG, K. N. W. Social Determinants of Health and dignity. *In: Law VTS, Fong BYF. (Editors). Ageing with dignity in Hong Kong and Asia. Quality of Life in Asia*, v. 16, p. 189-203. Springer, Singapore, 2022. DOI: https://doi.org/10.1007/978-981-19-3061-4_13. Disponível em: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-981-19-3061-4_13. Acesso em: 13 jan. 2024.

WÜNSCH FILHO, V. Consumo de bebidas alcoólicas e risco de câncer. **Revista USP**, São Paulo, n. 96, p. 37-46, 2013. DOI: 10.11606/issn.2316-9036.v0i96p37-46. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/52255>. Acesso em: 13 jan. 2024.

XUE, J.; YANG, S.; SENG, S. Mechanisms of cancer induction by tobacco-specific NNK and NNN. **Cancers**, Basel, v. 6, n. 2, p. 1138-1156, 2014. DOI: <https://doi.org/10.3390/cancers6021138>. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2072-6694/6/2/1138>. Acesso em: 14 jan. 2024.

YANG, H. K. *et al.* The association between perceived social support and continued smoking in cancer survivors. **Japanese Journal of Clinical Oncology**, Tokyo, v. 43, n. 1, p. 45-54, 2013. DOI: 10.1093/jjco/hys182. Disponível em: <https://academic.oup.com/jjco/article/43/1/45/884849?login=false> . Acesso em: 13 jan. 2024.

YOO, H. *et al.* Perceived social support and its impact on depression and health-related quality of life: a comparison between cancer patients and general population. **Japanese Journal of Clinical Oncology**, Tokyo, v. 47, n. 8, p. 728-734, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1093/jjco/hyx064>. Disponível em: <https://academic.oup.com/jjco/article/47/8/728/3836890>. Acesso em: 13 jan. 2024.

YU, E. Y. *et al.* Exploração de todo o genoma de interações genéticas para o risco de cancer de bexiga. **International Journal of Câncer**, New York, v. 154, n. 1, p. 81-93, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1002/ijc.34690>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijc.34690>. Acesso em: 13 jan. 2024.

ZAMANIAN, H. *et al.* Perceived social support, coping strategies, anxiety and depression among women with breast cancer: evaluation of a mediation model. **European Journal of Oncology Nursing**, Edinburgh, v. 50, 101892, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101892>. Disponível em: [https://www.ejoncologynursing.com/article/S1462-3889\(20\)30172-1/fulltext](https://www.ejoncologynursing.com/article/S1462-3889(20)30172-1/fulltext). Acesso em: 13 jan. 2024.

ZANINI, D. S.; PEIXOTO, E. M.; NAKANO, T. C. Escala de Apoio Social (MOS-SSS): proposta de normatização com referência nos itens. **Trends in Psychology**, Ribeirão Preto, v. 26, n. 1, p. 387-399, 2018. DOI: <https://doi.org/10.9788/TP2018.1-15Pt>. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v26n1/v26n1a15.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2024.

ZARE, A. *et al.* The relationship between spiritual well-being, mental health, and quality of life in cancer patients receiving chemotherapy. **Journal of Family Medicine and Primary Care**, Mumbai, v. 8, n. 5, p. 1701-1705, 2019. DOI: https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe_131_19. Disponível em: https://journals.lww.com/jfmpe/fulltext/2019/08050/the_relationship_between_spiritual_well_being.35.aspx. Acesso em: 14 jan. 2024.

ZHANG, Q. W. *et al.* Variations in disease burden of laryngeal cancer attributable to alcohol use and smoking in 204 countries or territories, 1990-2019. **BMC Cancer**, New York, v. 21, n. 1082, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12885-021-08814-4>. Disponível em: <https://bmccancer.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12885-021-08814-4>. Acesso em: 13 jan. 2024.

ZHANG, Y. *et al.* Effects of stigma, hope and social support on quality of life among Chinese patients diagnosed with oral cancer: a cross-sectional study. **Health and Quality of Life Outcomes**, London, v. 18, n. 1, 112, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01353-9>. Disponível em: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-020-01353-9>. Acesso em: 13 jan. 2024.

ZHAO, X.; SUN, M.; YANG, Y. Effects of social support, hope and resilience on depressive symptoms within 18 months after diagnosis of prostate cancer. **Health and Quality of Life Outcomes**, London, v. 19, n. 15, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01660-1>. Disponível em: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-020-01660-1>. Acesso em: 13 jan. 2024.

ZHENG, K. *et al.* Ethanol promotes alcohol-related colorectal cancer metastasis via the TGF- β /RUNX3/Snail axis by inducing TGF- β 1 upregulation and RUNX3 cytoplasmic mislocalization. **EBioMedicine**, Amsterdam, v. 50, p. 224-237, 2019. DOI: 10.1016/j.ebiom.2019.11.011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6921366>. Acesso em: 13 jan. 2024.

ANEXOS

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP – Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso – SES / MT

SECRETARIA DE ESTADO DE
SAÚDE DE MATO GROSSO -
SES / MT



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Câncer e seus fatores associados: análise de registro base populacional e hospitalar de Cuiabá-MT

Pesquisador: NOEMI DREYER GALVAO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 98150718.1.3003.5164

Instituição Proponente: ASSOCIACAO MATOGROSSENSE DE COMBATE AO CANCER

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.263.744

Apresentação do Projeto:

Trata-se de parecer de resposta ao parecer número : 3.102.159 emitido em 25 de Dezembro de 2018

Objetivo da Pesquisa:

Trata-se de parecer de resposta ao parecer número : 3.102.159 emitido em 25 de Dezembro de 2018

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Trata-se de parecer de resposta ao parecer número : 3.102.159 emitido em 25 de Dezembro de 2018

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de parecer de resposta ao parecer número : 3.102.159 emitido em 25 de Dezembro de 2018

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Trata-se de parecer de resposta ao parecer número : 3.102.159 emitido em 25 de Dezembro de 2018

Recomendações:

Trata-se de parecer de resposta ao parecer número : 3.102.159 emitido em 25 de Dezembro de 2018

Endereço: Avenida Adauto Botelho S/N
Bairro: Bairro Cophema - ESP **CEP:** 78.085-200
UF: MT **Município:** CUIABA
Telefone: (65)3613-2306 **Fax:** (65)3613-2204 **E-mail:** cep@ses.mt.gov.br

SECRETARIA DE ESTADO DE
SAÚDE DE MATO GROSSO -
SES / MT



Continuação do Parecer: 3.263.744

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Quanto aos riscos aos participantes do estudo: Foi informado que: "Quanto aos dados secundários os riscos envolvidos na pesquisa consistem em riscos mínimos inerentes à possibilidade de identificação dos participantes, no entanto, todos os cuidados serão tomados para assegurar o anonimato dos dados individuais, conforme preconizado pela Resolução nº 466, homologada pelo Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde em 2012". Contudo, não foram informados os critérios a serem adotados para a garantia do sigilo, privacidade e a confidencialidade dos dados dos participantes da pesquisa. Ressalta-se que segundo a Resolução 580/2017 do CNS §2º "No caso de pesquisas com utilização de acervo da instituição, o pesquisador deverá informar os procedimentos que serão adotados para garantir o sigilo, a privacidade e a confidencialidade dos dados do participante da pesquisa". Solicita-se adequação.

Resposta: Quanto aos dados secundários os riscos envolvidos na pesquisa consistem em riscos mínimos inerentes à possibilidade de identificação dos participantes, no entanto, todos os cuidados serão tomados para assegurar o anonimato dos dados individuais, conforme preconizado pela Resolução nº 466, homologada pelo Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde em 2012. Para a aplicação de questionário o risco também será mínimo, uma vez que poderá afetar qualquer das dimensões dos(as) participantes: psíquica, cultural ou espiritual, por se tratar de paciente em tratamento oncológico. O pesquisador responsável, ao perceber qualquer risco ou dano significativos ao participante da pesquisa, previstos, ou não, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, irá interromper o procedimento.

a) Após a liberação dos dados da SES-MT, ou seja, de posse dos dados secundários, estes serão armazenados em um computador com acesso restrito por meio de senha, localizado na sala Núcleo de Epidemiologia em Serviços de Saúde (NESS) do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal de Mato Grosso, que tem antivírus, conexão segura e antispyswares, favorecendo o sigilo, segurança dos dados, a proteção da privacidade e a confidencialidade do paciente;

b) Todos da equipe do projeto são profissionais de saúde e conhecedores da ética em pesquisa da saúde, das normas de segurança e políticas de confidencialidade dos bancos de dados, que assinarão um Termo de Compromisso de Utilização de Dados

c) Na análise de dados utilizar-se-á pela técnica de relacionamento probabilístico que necessita a identificação dos nomes das pessoas, data de nascimento e nome da mãe para encontrar os pares verdadeiros, através de linkage entre os bancos de dados (RCBP X SIM; SIM X RCBP) pela equipe condutora do projeto, que serão codificados por letras e número para preservar a identidade do

Endereço: Avenida Adauto Botelho S/N
Bairro: Bairro Cophema - ESP **CEP:** 78.085-200
UF: MT **Município:** CUIABA
Telefone: (65)3613-2306 **Fax:** (65)3613-2204 **E-mail:** cep@ses.mt.gov.br

SECRETARIA DE ESTADO DE
SAÚDE DE MATO GROSSO -
SES / MT



Continuação do Parecer: 3.263.744

paciente, para fins da análise de qualidade dos dados (completude) dos registros populacionais de câncer, a confiabilidade das causas básicas de óbito por câncer, a sobrevivência de 5 anos e os fatores prognósticos dos cânceres que acometem na população do estudo, a magnitude, a tendência das taxas de mortalidade e a prevalência dos fatores associados ao câncer nos pacientes oncológicos de Cuiabá. d) Assegurar que os dados coletados ficarão guardados por 5 anos, sob responsabilidade dos pesquisadores e após esse período serão destruídos, conforme Resolução 466/12

Análise: pendência atendida.

Quanto ao recrutamento Não foi informado como será feito o recrutamento dos participantes do estudo para a aplicação do questionário, bem como quem o fará e de que forma será feita a apresentação do TCLE e em qual local será aplicado o questionário e quem fará esta aplicação. Solicita-se adequação.

Resposta: O recrutamento será realizado somente em pacientes acima de 18 anos com diagnóstico confirmando de câncer, ou seja, com topografia e morfologia do câncer definida. Estes pacientes serão abordados individualmente principalmente no setor de triagem das instituições (HC e HUJM) pela equipe do projeto (Professoras Jânia Cristiane de Souza Oliveira, Noemi Dreyer Galvão, Rita Adriana Gomes de Souza e bolsistas voluntários/contratados). Caso não complete a amostra serão entrevistados os pacientes em atendimento nos ambulatórios e na internação. Ressalta-se que os bolsistas receberão treinamento e serão acompanhados professores na aplicação do questionário.

Análise: pendência atendida.

Quanto à divulgação dos resultados do estudo. Não foi informado como será feita a divulgação dos resultados do estudo. Ressalta-se que segundo a Resolução 580/2017 do CNS Art. 9. "É dever do pesquisador divulgar os resultados da pesquisa para os participantes e instituições onde os dados foram coletados, ao término do estudo". Considerando que é um requisito ético que os resultados e/ou achados das pesquisas sejam comunicados às autoridades competentes, bem como aos órgãos legitimados pelo Controle Social, em especial aqueles que puderem contribuir para a melhoria das condições de vida da coletividade, preservando, porém, a imagem e assegurando que os participantes da pesquisa não sejam estigmatizados. Solicita-se adequação.

Resposta: os resultados finais e recomendações da pesquisa serão apresentados primeiramente em um evento (seminário/fórum) para as instituições participantes da pesquisa, conselhos municipais e estaduais de saúde, comunidade acadêmica e sociedade em geral que será realizada no Instituto de Saúde Coletiva e depois serão divulgados, principalmente, em periódicos científicos.

Endereço: Avenida Adauto Botelho S/N
Bairro: Bairro Cophema - ESP **CEP:** 78.085-200
UF: MT **Município:** CUIABÁ
Telefone: (65)3613-2306 **Fax:** (65)3613-2204 **E-mail:** cep@ses.mt.gov.br

SECRETARIA DE ESTADO DE
SAÚDE DE MATO GROSSO -
SES / MT



Continuação do Parecer: 3.263.744

Análise: pendência atendida.

Quanto ao TCLE: a- Solicita-se reformular o TCLE : Cabe destacar que o TCLE a RESOLUÇÃO 466/2012 descreve em seu item II.23 que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE - documento no qual é explicitado o consentimento livre e esclarecido do participante e/ou de seu responsável legal, de forma escrita, devendo conter todas as informações necessárias, em linguagem clara e objetiva, de fácil entendimento, para o mais completo esclarecimento sobre a pesquisa a qual se propõe participar. Há trechos com palavras e termos de difícil compreensão, por exemplo: " é de extrema relevância a vigilância dos casos de câncer para nortear políticas públicas, instituições que ofertam terapia oncológica particular ou convênio, para que o rastreamento e o tratamento do câncer reflitam a realidade de cada local"; "Realizar-se-á um estudo observacional, quantitativo, de base populacional, com pessoas diagnosticadas com câncer, residentes na Grande Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. Serão elegíveis as pessoas com diagnóstico citopatológico ou histopatológico de câncer, com idade igual ou maior que dezoito anos, no período de 2008 a 2016, atendidas em Cuiabá e que aceitem participar da pesquisa e assinar este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido "Solicita-se adequação.

Resposta: a) O TCLE será entregue em duas vias e lido para o paciente, nesta oportunidade caso tenha dúvida o entrevistador poderá realizar esclarecimentos ao participante, sendo que alguns trechos foram reformulados para ficarem mais claros e objetivos;

Análise: pendência atendida.

b- O TCLE apresentado apresenta mais de uma página, e a página para assinaturas não está integrada. Solicita-se incorporar ao TCLE a página de assinaturas. Se por questões de configuração tal página continuar constituindo-se uma folha em separado, solicita-se o cuidado de obter a rubrica do participante de pesquisa nas demais folhas do TCLE, considerando-se a proteção do participante bem como do pesquisador. (Resolução CNS itens IV.2."c")

Resposta: No TCLE foi acrescentado uma página para assinatura e também será solicitado que o participante o assine e rubrique todas as páginas;

Análise: pendência atendida.

c) No caso de representante legal do paciente, será realizado o mesmo procedimento de assinatura do TCLE e rubrica em todas as demais folhas;

Resposta: - O participante de pesquisa ou seu representante, quando for o caso, deverá rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) apondo sua assinatura na

Endereço: Avenida Adauto Botelho S/N
Bairro: Bairro Cophema - ESP **CEP:** 78.085-200
UF: MT **Município:** CUIABA
Telefone: (65)3613-2306 **Fax:** (65)3613-2204 **E-mail:** cep@ses.mt.gov.br

SECRETARIA DE ESTADO DE
SAÚDE DE MATO GROSSO -
SES / MT



Continuação do Parecer: 3.263.744

última página do referido Termo. O pesquisador responsável deverá da mesma forma, rubricar todas as folhas do TCLE apondo sua assinatura na última página do referido Termo. Solicita-se adequação.

Análise: pendência atendida.

d) A participação do paciente será de forma gratuita, como indicado nas primeiras linhas do início do TCLE, tendo em vista que o estudo é do tipo observacional; e) No TCLE foi acrescentado o papel social do CEP e também o contato do CEP-SESMT; f) No TCLE foi acrescentado dois campos: um para o coordenador da pesquisa e outro para o entrevistador assinar; se, caso o participante ou representante não sabe escrever o seu próprio nome será coletado a impressão dactiloscópica; g) Na Metodologia do projeto no item 5.3 População está descrito que neste projeto será elegível somente pessoas com diagnóstico citopatológico ou histopatológico de câncer, com idade igual ou maior que dezoito anos, sendo que os menores de 18 serão objetos de outro projeto, com um recorte específico, a ser submetido ao Comitê de Ética; h) No TCLE foi acrescentado o seguinte texto: Antes de assinar o termo marque com um X se você aceita ou não participar da pesquisa: () ACEITO PARTICIPAR DESTA PESQUISA () NÃO ACEITO PARTICIPAR DESTA PESQUISA i) Como aplicação do questionário será preferencialmente realizado no setor de triagem enquanto ele aguarda o atendimento, o paciente não terá prejuízo no atendimento, se caso for chamado aguardar-se-á o seu retorno; j) Sobre os dados dos prontuários foi acrescentado no TCLE o consentimento na coleta de dados por meio de questionário e também dos prontuários.

Resposta: A participação do paciente será de forma gratuita, como indicado nas primeiras linhas do início do TCLE, tendo em vista que o estudo é do tipo observacional;

Análise: pendência atendida.

d- O TCLE informa: "Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a)". Ressalta-se que segundo a Resolução 466/2012 em seu item Dos Termos e Definições II.10 - participante da pesquisa - indivíduo que, de forma esclarecida e voluntária, ou sob o esclarecimento e autorização de seu(s) responsável(eis) legal(is), aceita ser pesquisado. A participação deve se dar de forma gratuita, ressalvadas as pesquisas clínicas de Fase I ou de bioequivalência;

Resposta: No TCLE foi acrescentado o papel social do CEP e também o contato do CEP-SESMT;

Análise: pendência atendida.

e- Foi informado "O (a) participante poderá entrar em contato também com o Comitê de Ética em Pesquisa que avaliou esta pesquisa: Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos do Hospital Universitário Júlio Muller - CEP/HUJM/UFMT. Endereço: Rua Luis Philippe Pereira Leite S/N, Bairro Alvorada. Cuiabá - Mato Grosso - CEP 78048 - 902. A Coordenadora Olga Akiko Takano Telefone:

Endereço: Avenida Aduino Botelho S/N
Bairro: Bairro Cophema - ESP **CEP:** 78.085-200
UF: MT **Município:** CUIABA
Telefone: (65)3613-2306 **Fax:** (65)3613-2204 **E-mail:** cep@ses.mt.gov.br

SECRETARIA DE ESTADO DE
SAÚDE DE MATO GROSSO -
SES / MT



Continuação do Parecer: 3.263.744

(65) 3615- 7254 - e-mail: cephujm@cpd.ufmt.br.” Ressalta-se que o TCLE não apresenta o papel Social do CEP. Ressalta-se que o CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. Este papel está bem estabelecido nas diversas diretrizes éticas internacionais (Declaração de Helsinque, Diretrizes Internacionais para as Pesquisas Biomédicas envolvendo Seres Humanos – CIOMS) e Brasileiras (Res. CNS n.º 466/2012 e complementares), diretrizes estas que ressaltam a necessidade de revisão ética e científica das pesquisas envolvendo seres humanos, visando a salvaguardar a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar do participante da pesquisa. “toda pesquisa envolvendo seres humanos deverá ser submetida à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa” e cabe à instituição onde se realizam pesquisas a constituição do CEP. A missão do CEP é salvaguardar os direitos e a dignidade dos participantes da pesquisa. Além disso, o CEP contribui para a qualidade das pesquisas e para a discussão do papel da pesquisa no desenvolvimento institucional e no desenvolvimento social da comunidade. Contribui ainda para a valorização do pesquisador que recebe o reconhecimento de que sua proposta é eticamente adequada. O CEP, ao emitir parecer independente e consistente. É necessário que constem também as formas de acesso rápido (endereço físico e eletrônico, telefone) do CEP para situações não resolvidas pelo pesquisador. Solicita-se: informar o papel social do CEP -SES-MT e informar o nome e endereço e e-mail do CEP-SES-MT

Resposta: No TCLE foi acrescentado o papel social do CEP e também o contato do CEP-SESMT;

Análise: pendência atendida.

f- O TCLE consta campo para a assinatura do participante do estudo, contudo é necessário verificar se está prevista a assinatura ou impressão dactiloscópica por todos e cada um dos participantes da pesquisa ou seu representante legal e pelo pesquisador, e se o Termo de Consentimento será elaborado em duas vias, ficando uma com o participante da pesquisa e outra arquivada pelo pesquisador. No caso em que haja qualquer restrição à liberdade ou ao esclarecimento necessário para o adequado consentimento, deve-se ainda observar o disposto na Res. CNS. A assinatura do Termo de Consentimento, que somente deverá ser obtida após o participante da pesquisa estar suficientemente esclarecido de todos os possíveis benefícios e riscos e fornecidas todas as informações pertinentes à pesquisa. Caso o participante seja paciente do serviço, convém registrar em prontuário os procedimentos para a implementação do processo de consentimento livre e esclarecido, quando possível. Assim, o protocolo deve conter a descrição dos procedimentos para esclarecimento do participante (informação individual, em grupos, palestras, vídeos, etc.) e por quem será feito, verificando-se a necessidade da interposição de

Endereço: Avenida Adauto Botelho S/N
Bairro: Bairro Cophema - ESP **CEP:** 78.085-200
UF: MT **Município:** CUIABA
Telefone: (65)3613-2306 **Fax:** (65)3613-2204 **E-mail:** cep@ses.mt.gov.br

SECRETARIA DE ESTADO DE
SAÚDE DE MATO GROSSO -
SES / MT



Continuação do Parecer: 3.263.744

pessoa que não o pesquisador. Podem ainda ser necessários recursos do orçamento da pesquisa para a adequada realização dessa etapa. A assinatura do TCLE constitui apenas um momento do processo de consentimento e não obrigatoriamente o momento final, uma vez que todo consentimento, além de livre e esclarecido, também é renovável e revogável. Solicita-se adequação.

Resposta: No TCLE foi acrescentado dois campos: um para o coordenador da pesquisa e outro para o entrevistador assinar; se, caso o participante ou representante não sabe escrever o seu próprio nome será coletado a impressão dactiloscópica;

Análise: pendência atendida.

g- O estudo não informa se prevê a participação de menores: Quando os projetos de pesquisa são realizados com menores de idade em creches, escolas, etc., cabe aos representantes legais dos participantes (familiar, tutor) ter conhecimento e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Contudo, o consentimento do próprio participante, mesmo se em situação de limitação de competência para decisões autônomas, deve ser obtido, no caso é chamado de TERMO DE ASSENTIMENTO. O TCLE deve ser elaborado solicitando aos pais ou responsáveis legais pelo menor a participação do mesmo no estudo, explicitando de forma clara e objetiva os propósitos de estudo, materiais e métodos, riscos, benefícios do estudo. Ressalta-se que os responsáveis pelas instituições (escolas, creches, etc.) não têm autoridade para dar ou assinar os TCLE, mas devem assinar documento de autorização de contato com os participantes, assumindo as responsabilidades. Em caso de participação de menores de 18 anos, o projeto não contempla o Termo de Assentimento. Cabe destacar que a RESOLUÇÃO 466/2012 descreve em seu item II.24 - Termo de Assentimento - documento elaborado em linguagem acessível para os menores ou para os legalmente incapazes, por meio do qual, após os participantes da pesquisa serem devidamente esclarecidos, explicitarão sua anuência em participar da pesquisa, sem prejuízo do consentimento de seus responsáveis legais. Caso participarão menores de 18 anos, solicita-se, portanto, que ao lado do TCLE para os responsáveis sejam apresentados os Termos de Assentimento acima indicados. Diferentemente de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para um adulto, o Termo de Assentimento não deve abordar de forma demasiadamente textual procedimentos que possam gerar ansiedade, medo ou fantasias que psicologicamente possam interferir negativamente na percepção da realidade. Não é informado qual a faixa etária alvo do referido documento. O Termo deve ser elaborado pelo pesquisador em linguagem acessível à compreensão dos participantes da pesquisa, em suas diferentes faixas etárias, não sendo adequado que seja elaborado somente um Termo de Assentimento para todos os participantes menores de 18 anos. É

Endereço: Avenida Adauto Botelho S/N
Bairro: Bairro Cophema - ESP **CEP:** 78.085-200
UF: MT **Município:** CUIABA
Telefone: (65)3613-2306 **Fax:** (65)3613-2204 **E-mail:** cep@ses.mt.gov.br

SECRETARIA DE ESTADO DE
SAÚDE DE MATO GROSSO -
SES / MT



Continuação do Parecer: 3.263.744

importante ressaltar, segundo a Resolução CNS 466/2012 que “a eticidade da pesquisa implica em: consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes (autonomia)”. Neste sentido, a pesquisa envolvendo seres humanos deverá sempre tratá-los em sua dignidade, respeitá-los em sua autonomia e defendê-los em sua vulnerabilidade. Os Termos de Assentimento para menores de idade devem ser elaborados de modo apropriado para as diferentes faixas etárias, ou seja, na medida de sua compreensão. Solicita-se, portanto, sejam apresentados os Termos de Assentimento adequados para as diferentes faixas etárias. Podem ser utilizados argumentos gráficos como desenhos, personagens, histórias ilustrativas, para que a criança compreenda em sua linguagem a importância, os procedimentos e objetivos da pesquisa. Solicita-se adequação.

Resposta: Na Metodologia do projeto no item 5.3 População está descrito que neste projeto será elegível somente pessoas com diagnóstico citopatológico ou histopatológico de câncer, com idade igual ou maior que dezoito anos, sendo que os menores de 18 serão objetos de outro projeto, com um recorte específico, a ser submetido ao Comitê de Ética;

Análise: pendência atendida.

h- Foi informado no TCLE o uso de questionário: Em pesquisas realizadas por meio da aplicação de questionários, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deve assegurar ao participante da pesquisa o direito de recusar-se a responder as perguntas que ocasionem constrangimentos de qualquer natureza Solicita-se adequação.

Resposta: No TCLE foi acrescentado o seguinte texto: Antes de assinar o termo marque com um X se você aceita ou não participar da pesquisa: () ACEITO PARTICIPAR DESTA PESQUISA () NÃO ACEITO PARTICIPAR DESTA PESQUISA

Análise: pendência atendida.

O TCLE não informa a previsão de tempo a ser disponibilizado pelo participante para responder ao questionário. Ressalta-se que a participação dos participantes do estudo não deve interferir na rotina de atendimento/tratamento dos mesmos. Solicita-se adequação. J-O TCLE não informa que serão utilizados dados dos prontuários:-O estudo prevê acesso aos prontuários dos participantes de pesquisa. Ao Sistema CEP-CONEP não cabe legislar sobre o acesso ao prontuário médico, cabendo-lhe exigir o cumprimento do sigilo, conforme Resolução CNS 466/2012. Portanto, os documentos ou cláusulas sobre a questão devem ser excluídos, devendo constar no TCLE que será assegurada a garantia de sigilo, de acordo com as normas brasileiras. No que se refere ao acesso aos prontuários, a CONEP esclarece que tal responsabilidade, sob o ponto de vista legal e ético, é do pesquisador, da instituição e do patrocinador. A CONEP alerta no sentido de obediência às

Endereço: Avenida Adauto Botelho S/N
Bairro: Bairro Cophema - ESP **CEP:** 78.085-200
UF: MT **Município:** CUIABA
Telefone: (65)3613-2306 **Fax:** (65)3613-2204 **E-mail:** cep@ses.mt.gov.br

SECRETARIA DE ESTADO DE
SAÚDE DE MATO GROSSO -
SES / MT



Continuação do Parecer: 3.263.744

disposições éticas e legais brasileiras. Ao Sistema CEP-CONEP não cabe legislar sobre o acesso ao prontuário médico, cabendo-lhe exigir o cumprimento do sigilo, conforme Res. CNS466/2012". O indicado, o desejado, o ético é obter a anuência do paciente para uso dos seus dados de prontuário (isto é não somente para o que participarão do questionário, mas em todas as fontes de coleta de dados). No entanto, nos casos em que esteja adequadamente justificada a impossibilidade de obtenção de anuência, é possível aceitar a não apresentação do TCLE, sendo necessário que o CEP analise as condições de sigilo e confidencialidade que estão sendo oferecidas para a realização de tal projeto de pesquisa. Para a realização deste estudo é necessária a sua autorização para utilizar as informações contidas no seu prontuário médico, o que garantimos que se dará de modo confidencial e sigiloso. Caso não deseje que suas informações sejam utilizadas, não é possível sua participação no estudo.

Resposta: Como aplicação do questionário será preferencialmente realizado no setor de triagem enquanto ele aguarda o atendimento, o paciente não terá prejuízo no atendimento, se caso for chamado aguardar-se-á o seu retorno;

Análise: pendência atendida.

Quanto aos Pesquisadores:

a- Profa Dra Noemi Dreyer Galvão (coordenadora da pesquisa), Prof Dr Ageo Mario Cândido da Silva, Profa Dra Rita Adriana Gomes de Souza, Prof Dr Wanderlei Antonio Pignati; Márcia Leopoldina Montanari Corrêa e Jânia Cristiane de Souza Oliveira. Não foi apresentada como será a participação de cada pesquisador na execução do estudo. Segundo a Resolução 466/2012 do CNS é necessário encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto. Foi apresentado somente o currículo de Profa Dra Noemi Dreyer Galvão. Solicita-se adequação.

Resposta: a) Pesquisadores: Noemi Dreyer Galvão, Jânia Cristiane de Souza Oliveira e Rita Adriana Gomes de Souza participarão da coleta com auxílio de bolsistas voluntários/contratados, análise dos dados e divulgação dos resultados (organização de eventos, artigos científicos e relatórios às instituições participantes) e Ageo Mário Cândido da Silva, Wanderlei Antonio Pignati e Márcia Leopoldina Montanari Corrêa participarão da análise de dados e divulgação dos resultados por meio de artigos científicos, devidamente cadastrados na plataforma do currículos lattes, cujos links são: i. Noemi Dreyer Galvão - CV: <http://lattes.cnpq.br/7456965189206572>; ii. Jânia Cristiane de Souza Oliveira - CV: <http://lattes.cnpq.br/4113880144445322>; iii. Rita Adriana Gomes de Souza - CV: <http://lattes.cnpq.br/5845506712448739>; iv. Ageo Mário Cândido da Silva - CV: <http://lattes.cnpq.br/0860844016463817>; v. Wanderlei Antonio Pignati - CV: <http://lattes.cnpq.br/0860844016463817>.

Endereço: Avenida Aduato Botelho S/N
Bairro: Bairro Cophema - ESP **CEP:** 78.085-200
UF: MT **Município:** CUIABA
Telefone: (65)3613-2306 **Fax:** (65)3613-2204 **E-mail:** cep@ses.mt.gov.br

SECRETARIA DE ESTADO DE
SAÚDE DE MATO GROSSO -
SES / MT



Continuação do Parecer: 3.263.744

br/1262870406586508; vi. Márcia Leopoldina Montanari Corrêa - CV:
<http://lattes.cnpq.br/2637673187172734>;

Análise: pendência atendida.

b-Não foi informado quem fará a análise estatística. Solicita-se esclarecimentos. Quanto à Folha De Rosto, a -A folha de rosto no item Patrocinador principal foi informado: "Não se aplica", contudo nenhuma pesquisa é desenvolvida sem patrocinador. Segundo a Resolução 466/2012 do CNS II.11 - patrocinador - pessoa física ou jurídica, pública ou privada que apoia a pesquisa, mediante ações de financiamento, infraestrutura, recursos humanos ou apoio institucional. Solicita-se adequação.

Resposta:) A própria equipe condutora do projeto, já citada, fará as análises estatísticas para cada objetivo do estudo.

Análise: pendência atendida.

b- Foi apresentada como instituição proponente a Fundação Universidade Federal de Mato Grosso, contudo quem assina a folha de rosto é Emilio Carlos Alves dos Santos, gerente de pesquisa e ensino da EBSERH. Considerando que o mesmo não fala em nome da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso, solicitase esclarecimentos. No documento intitulado PB_ Informações Básicas do Projeto foi informado que a estimativa de custo da execução do estudo é de R\$ 14.400,00, como também foi informado que a pesquisa será custeada com recursos próprios, contudo os argumentos apresentados não são suficientes para informar quem fará o financiamento das despesas oriundas do estudo. Solicita-se adequações/esclarecimentos.

Resposta:) A própria equipe condutora do projeto, já citada, fará as análises estatísticas para cada objetivo do estudo.

Análise: pendência atendida.

c.O questionário consta identificação com o nome dos participantes. Solicita-se adequação.

Resposta: As identificações foram trocadas pelas iniciais dos nomes nos questionários e instrumento de coleta e depois serão agrupados por números sequenciais da coleta de dados, gerando um código alfanumérico para o processamento dos dados, garantindo o anonimato dos participantes.

Análise: pendência atendida.

Quanto à Folha De Rosto

a-A folha de rosto no item Patrocinador principal foi informado: "Não se aplica", contudo nenhuma pesquisa é desenvolvida sem patrocinador. Segundo a Resolução 466/2012 do CNS II.11 - patrocinador - pessoa física ou jurídica, pública ou privada que apoia a pesquisa, mediante ações

Endereço: Avenida Adauto Botelho S/N
Bairro: Bairro Cophema - ESP **CEP:** 78.085-200
UF: MT **Município:** CUIABA
Telefone: (65)3613-2306 **Fax:** (65)3613-2204 **E-mail:** cep@ses.mt.gov.br

**SECRETARIA DE ESTADO DE
SAÚDE DE MATO GROSSO -
SES / MT**



Continuação do Parecer: 3.263.744

de financiamento, infraestrutura, recursos humanos ou apoio institucional. Solicita-se adequação.

Resposta: a) Quanto ao patrocinador, entende-se que esta pesquisa não possui um patrocinador principal, uma vez que os professores custearão e dividirão as despesas, motivo pelo qual indicamos a opção não aplica patrocinador;

Análise: pendência atendida.

Resposta: b- Foi apresentada como instituição proponente a Fundação Universidade Federal de Mato Grosso, contudo quem assina a folha de rosto é Emilio Carlos Alves dos Santos, gerente de pesquisa e ensino da EBSERH. Considerando que o mesmo não fala em nome da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso, solicita-se esclarecimentos.

Resposta: c) Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP-Saúde na Faculdade Medicina/UFMT, com uma folha de rosto assinada pela Diretora do Instituto de Saúde Coletiva (figura 2) e por ter coleta de dados hospitalares o CEP Saúde, recomendou submeter ao CEP-HUJM, como de fato foi submetido ao CEPHUJM que mandou retificar a folha de rosto, com o seguinte trâmite do projeto, "... alterar folha de rosto..", conforme a figura 3 abaixo, a qual realizamos um print screen da plataforma brasil: Quanto à assinatura do gerente, fomos orientados pela secretaria (Merci) deste CEP, refazer a folha de rosto com dados do HUJM e com assinatura do gerente de ensino e pesquisa do HUJM/EBSERH. Diante disso, submetendo-se, novamente, ao CEP-HUJM e no final de novembro foi aprovado o projeto.

Análise: pendência atendida.

Considerações Finais a critério do CEP:

A pesquisadora deverá apresentar relatórios parciais durante o desenvolvimento do estudo e relatório final ao término do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1268026.pdf	12/01/2019 09:54:27		Aceito
Outros	InstrumentoProntuario_Modificado.pdf	12/01/2019 09:50:51	NOEMI DREYER GALVAO	Aceito
Outros	Questionario_Modificado.pdf	12/01/2019 09:49:48	NOEMI DREYER GALVAO	Aceito
Outros	TCLE_modificado.pdf	12/01/2019 09:48:58	NOEMI DREYER GALVAO	Aceito

Endereço: Avenida Adauto Botelho S/N
Bairro: Bairro Cophema - ESP **CEP:** 78.085-200
UF: MT **Município:** CUIABA
Telefone: (65)3613-2306 **Fax:** (65)3613-2204 **E-mail:** cep@ses.mt.gov.br

SECRETARIA DE ESTADO DE
SAÚDE DE MATO GROSSO -
SES / MT



Continuação do Parecer: 3.263.744

Outros	projeto_modificado.pdf	12/01/2019 09:47:16	NOEMI DREYER GALVAO	Aceito
Outros	Carta_Resposta_Pendencia.pdf	12/01/2019 09:45:58	NOEMI DREYER GALVAO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_HUJM.pdf	24/10/2018 13:14:39	NOEMI DREYER GALVAO	Aceito
Outros	oficio_retirada_221018.pdf	22/10/2018 11:36:57	NOEMI DREYER GALVAO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	11/09/2018 17:38:33	NOEMI DREYER GALVAO	Aceito
Outros	HC.pdf	11/09/2018 17:38:06	NOEMI DREYER GALVAO	Aceito
Outros	HUJM.pdf	11/09/2018 17:37:44	NOEMI DREYER GALVAO	Aceito
Outros	SES.pdf	11/09/2018 17:37:21	NOEMI DREYER GALVAO	Aceito
Outros	Questionario.pdf	11/09/2018 17:24:59	NOEMI DREYER GALVAO	Aceito
Outros	PRONTUARIO.pdf	11/09/2018 17:24:31	NOEMI DREYER GALVAO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CUIABA, 12 de Abril de 2019

Assinado por:
Valdete Marques Arnaut Antiqueira
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Aduino Botelho S/N
Bairro: Bairro Cophema - ESP **CEP:** 78.085-200
UF: MT **Município:** CUIABA
Telefone: (65)3613-2306 **Fax:** (65)3613-2204 **E-mail:** cep@ses.mt.gov.br

ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP – UFMT – Hospital Universitário Júlio Muller / Universidade



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Câncer e seus fatores associados: análise de registro base populacional e hospitalar de Cuiabá-MT

Pesquisador: NOEMI DREYER GALVAO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 98150718.1.0000.8124

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.048.183

Apresentação do Projeto:

Este projeto de estudo tem por objetivo analisar o câncer e seus fatores associados nos registros de câncer de bases populacionais (RCBP) e hospitalares (RHC) de Cuiabá, no período de 2008 a 2016. Realizar-se-á um estudo observacional, de base populacional e hospitalar. Serão elegíveis pessoas com diagnóstico citopatológico ou histopatológico de câncer, atendidas em Cuiabá, estado de Mato Grosso, no período de 2008 a 2016. A coleta de dados será realizada a partir do banco de Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP), Registro Hospitalar de Câncer (RHC), banco de dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), coleta em prontuário em ficha padronizada, além da aplicação de questionário. Serão investigadas as seguintes variáveis: diagnóstico (data e idade), raça/cor, município de residência, estado marital, ocupação; uso de anabolizante antecedente pessoal da doença; história familiar da doença; tabagismo; etilismo; uso de filtro solar; exames realizados anteriormente ao diagnóstico; para mulheres - dados ginecológicos e obstétricos; para homens: PSA e exames de próstata anteriores; variáveis relacionado ao meio ambiente; presença de doenças pregressas; avaliação nutricional; situação de saúde; exames realizados para diagnóstico da doença atual; primeiro tratamento oncológico; complicações de funcionalidade: se apresentou alguma complicação após o início do tratamento; se descobriu alguma patologia após o diagnóstico ou após o início do tratamento. Para a análise de dados serão utilizados os programas RecLink, Epi Info e Stata. Por se tratar de pesquisa com seres humanos, a mesma será realizada mediante as recomendações da Resolução 466/12 do

Endereço: Rua Luis Philippe Pereira Leite s/n

Bairro: Alvorada

UF: MT

Município: CUIABA

CEP: 78.048-902

Telefone: (65)3615-7254

E-mail: cephujm@cpd.ufmt.br



UFMT - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO JÚLIO
MULLER / UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 3.048.183

Conselho Nacional de Saúde, e somente será desenvolvida após o parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o câncer e seus fatores associados nos registros de câncer de bases populacionais (RCBP) e hospitalares (RHC) de Cuiabá-MT, no período de 2008 a 2016.

Objetivo Secundário:

4.2.1. Analisar a qualidade dos dados (completitude) dos registros populacionais de câncer no RCBP de Cuiabá/MT. 4.2.2. Analisar a confiabilidade das causas básicas de óbito por câncer por meio do relacionamento probabilístico entre Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP) de Cuiabá/MT, Brasil, entre 2008 e 2016. 4.2.3. Analisar a sobrevivência de 5 anos e os fatores prognósticos dos cânceres que acometem na população do estudo. 4.2.4. Analisar a magnitude e a tendência das taxas de mortalidade no período de 2008 a 2016, de Cuiabá/MT. 4.2.5. Conhecer a prevalência dos fatores associados ao câncer nos pacientes oncológicos de Cuiabá.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Quanto aos dados secundários os riscos envolvidos na pesquisa consistem em riscos mínimos inerentes à possibilidade de identificação dos participantes, no entanto, todos os cuidados serão tomados para assegurar o anonimato dos dados individuais, conforme preconizado pela Resolução nº 466, homologada pelo Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde em 2012. Para a aplicação de questionário o risco também

será mínimo, uma vez que poderá afetar qualquer das dimensões dos(as) participantes: psíquica, cultural ou espiritual, por se tratar de paciente em tratamento oncológico. O pesquisador responsável, ao perceber qualquer risco ou dano significativos ao participante da pesquisa, previstos, ou não, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, irá interromper o procedimento.

Benefícios:

Quanto aos benefícios, a realização desta pesquisa propiciará o conhecimento da realidade da vigilância do câncer na Grande Cuiabá, o que corrobora para a melhoria no atendimento e demais

Endereço: Rua Luis Philippe Pereira Leite s/n

Bairro: Alvorada

UF: MT

Município: CUIABA

CEP: 78.048-902

Telefone: (65)3615-7254

E-mail: cephujm@cpd.ufmt.br



UFMT - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO JÚLIO
MULLER / UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 3.048.183

procedimentos à pessoa acometida por neoplasia maligna, e possibilita futuras medidas de controle e tratamento mais eficazes, além de fornecer subsídios para a melhoria na política de atenção oncológica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância para a área.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora apresenta:

- Folha de Rosto devidamente preenchida, assinada e carimbada;
- Carta(s) de Autorização devidamente assinada e carimbada pelos gestores da Secretaria Estadual de Saúde, Hospital de Câncer e HUJM;
- Os modelos dos instrumentos de coleta de dados, devidamente anexados (questionário e formulário para coleta em prontuário).
- TCLE informando os objetivos, riscos, benefícios, instrumentos, metodologia, 2 vias, com linguagem compreensível e direta ao participante, de acordo com os itens IV.3, IV.4 e IV.5 da Resolução 466/12;

Recomendações:

Alterar as informações do CEP que constam no TCLE, inserindo dados do CEP HUJM (nome da coordenadora, Endereço e telefone).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Atende aos critérios éticos de pesquisa. Propomos aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa do HUJM, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa na forma proposta.

Ressaltamos as seguintes atribuições do pesquisador: Desenvolver o projeto conforme delineado; Elaborar e apresentar os relatórios parcial (is) e final (como notificação); Apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; Manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda responsabilidade, por um período de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa; Encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto, citando o nome do HUJM.

Endereço: Rua Luis Philippe Pereira Leite s/n

Bairro: Alvorada

UF: MT

Município: CUIABA

CEP: 78.048-902

Telefone: (65)3615-7254

E-mail: cephujm@cpd.ufmt.br



UFMT - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO JÚLIO
MULLER / UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 3.048.183

Justificar fundamentadamente, perante o CEP, qualquer modificação (emenda) ou interrupção do projeto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1148374.pdf	24/10/2018 16:49:03		Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto_HUJM.pdf	24/10/2018 16:43:39	NOEMI DREYER GALVAO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_HUJM.pdf	24/10/2018 13:14:39	NOEMI DREYER GALVAO	Aceito
Outros	oficio_retirada_221018.pdf	22/10/2018 11:36:57	NOEMI DREYER GALVAO	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	11/09/2018 17:42:00	NOEMI DREYER GALVAO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	11/09/2018 17:38:33	NOEMI DREYER GALVAO	Aceito
Outros	HC.pdf	11/09/2018 17:38:06	NOEMI DREYER GALVAO	Aceito
Outros	HUJM.pdf	11/09/2018 17:37:44	NOEMI DREYER GALVAO	Aceito
Outros	SES.pdf	11/09/2018 17:37:21	NOEMI DREYER GALVAO	Aceito
Outros	Questionario.pdf	11/09/2018 17:24:59	NOEMI DREYER GALVAO	Aceito
Outros	PRONTUARIO.pdf	11/09/2018 17:24:31	NOEMI DREYER GALVAO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Luis Philippe Pereira Leite s/n

Bairro: Alvorada

UF: MT

Telefone: (65)3615-7254

Município: CUIABA

CEP: 78.048-902

E-mail: cephujm@cpd.ufmt.br



UFMT - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO JÚLIO
MULLER / UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 3.048.183

CUIABA, 30 de Novembro de 2018

Assinado por:
OLGA AKIKO TAKANO
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Luis Philippe Pereira Leite s/n

Bairro: Alvorada

UF: MT

Município: CUIABA

CEP: 78.048-902

Telefone: (65)3615-7254

E-mail: cephujm@cpd.ufmt.br

APÊNDICE

APÊNDICE A – Questionário de Coleta de Dados

PROJETO DE PESQUISA CAP: 016/2019 -QUESTIONÁRIO PARA PACIENTES ≥ A 18 ANOS



1. NÚMERO QUESTIONÁRIO: _____

ENTREVISTADOR:

2. NÚMERO PRONTUÁRIO: _____

3. Data da entrevista: ___ / ___ / ___	
4. Hospital: (1) HJUM (2) HC (3) HGU (4) HSCMC (5) HSCMR (6) HSASINOP	
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO, DEMOGRÁFICOS E SOCIOECONÔMICOS	
5. Nome: _____	
6. Aceita participar da pesquisa? () Sim () Não 6.1. Se não, qual o motivo da recusa? _____	
7.1 Município de nascimento (Naturalidade): _____	
7.2 UF de nascimento: _____ 7.3 (1) Área urbana (2) Área rural	
8. Nome da mãe: _____	
9. Data de nascimento: ___ / ___ / _____ 10. Sexo: (1) Masculino (2) Feminino	
11. Como você considera sua raça/cor de pele? (1) Branca (2) Parda (3) Preta (4) Amarela (5) Indígena	
11.1 Se indígena, pertence a qual etnia? (1) Bororo (2) Xavante (3) Karajá (4) Nambikwara (5) Pareci (6) Bakairi (7) Cinta-Larga (8) Kayapó (9) Kayabi (10) Rikbaktsa	
11.2 Se outra, qual? _____	
12. Qual o seu estado civil? (1) Solteiro/a (2) Casado/a (3) União estável (4) Viúvo/a (5) Divorciado/a, separado/a ou desquitado/a	
13. Qual a sua escolaridade? (1) Sem escolaridade (2) Fundamental incompleto (3) Fundamental completo (4) Médio incompleto (5) Médio completo (6) Superior incompleto (7) Superior completo (8) Pós-graduação	
14. Qual é a escolaridade do(a) chefe da família? (Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio):* (1) Sem escolaridade (2) Fundamental incompleto (3) Fundamental completo (4) Médio incompleto (5) Médio completo (6) Superior incompleto (7) Superior completo (8) Pós-graduação	
15. O (A) sr(a) possui convênio médico? (1) Sim (2) Não	
15.1 Se Sim, qual? _____	
16. O (A) sr(a) possui plano de saúde/convênio odontológico? (1) Sim (2) Não	
17. Quantas pessoas residem no domicílio com o(a) sr(a)? _____ pessoas	
18. Qual o município de residência atual? _____	
19. Por quanto tempo reside neste município? (1) Menos de 1 ano (2) De 1 ano a menos de 2 anos (3) De 2 anos a menos de 4 anos (4) De 4 anos a menos de 6 anos (5) De 6 anos a menos de 8 anos (6) De 8 anos a menos de 10 anos (7) De 10 anos a menos de 12 anos (8) De 12 anos a menos de 14 (9) 14 anos ou mais	
20. Qual o seu endereço completo atual? _____	
20.1/20.2 Telefone(s): _____	
21. Já residiu em outro município? (1) Sim (2) Não (SIGA PARA 24)	
22. Em qual município morou anteriormente? _____	
23. Por quanto tempo morou nesse município? (1) Menos de 1 ano (2) De 1 ano a menos de 2 anos (3) De 2 anos a menos de 4 anos (4) De 4 anos a menos de 6 anos (5) Mais de 6 anos	
24. A água utilizada no domicílio atual é proveniente de: (1) Rede geral de distribuição (2) Poço construído (3) Poço artesiano e semi-artesiano (4) Nascente na propriedade (5) Carro-pipa (6) Água da chuva armazenada em cisterna (7) Água da chuva armazenada de outro modo (8) Rios, lagos, igarapés	
24.1. Se outro meio, qual? _____	



PROJETO DE PESQUISA CAP: 016/2019 -QUESTIONÁRIO PARA PACIENTES ≥ A 18 ANOS



25. Considerando o trecho da rua do seu domicílio, o(a) sr(a) diria que a rua é:
(1) Asfaltada/Pavimentada (2) Terra/Cascalho

26. Agora vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicílio para efeito de classificação econômica. Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

ITENS	Não possui	Quantidade que possui			
		1	2	3	4+
26.1. Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
26.2. Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham de três a cinco dias por semana					
26.3. Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
26.4. Quantidade de banheiros					
26.5. Quantidade de aparelho DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel.					
ITENS	Não possui	1	2	3	4+
26.6. Quantidade de geladeiras					
26.7. Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex					
26.8. Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
26.9. Quantidade de lavadora de louças					
26.10. Quantidade de fornos de micro-ondas					
26.11. Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
26.12. Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					

27. Caso possua microcomputador no domicílio, este é utilizado para acessar à internet? (1) Sim (2) Não

28. Para nossa pesquisa, é importante classificar as famílias segundo níveis de renda. Como já dissemos anteriormente, as informações colhidas são de uso exclusivo da pesquisa e são confidenciais. Por favor, responda-me:
Contando com todo o dinheiro que todos os moradores desta casa recebem, o total é:
(0) A família não tem renda
(1) Menos de 998,00 reais (Menos de 1 SM)
(2) De 998,00 a menos de 1.996,00 reais (De 1 a menos de 2 SM)
(3) De 1.996,00 a menos de 2.994,00 reais (De 2 a menos de 3 SM)
(4) De 2.994,00 a menos de 4.990,00 reais (De 3 a menos de 5 SM)
(5) De 4.990,00 a menos de 6.986,00 reais (De 5 a menos de 7 SM)
(6) De 6.986,00 a menos de 9.980,00 reais (De 7 a menos de 10 SM)
(7) De 9.980,00 a menos de 19.960 reais (De 10 a menos de 20 SM)
(8) 19.960,00 reais e mais (20 SM e mais)
(99) Não sabe/não respondeu

29. Qual a sua ocupação atual (trabalho, cargo ou função)? _____
(99) Não sabe/não respondeu

30. Há quanto tempo está nessa ocupação? _____ anos _____ meses (99) Não sabe/não respondeu

31. Na sua ocupação atual (trabalho, cargo ou função), é:
(1) Trabalhador doméstico
(2) Militar do exército, da marinha, da aeronáutica, da polícia militar ou do corpo de bombeiros militar
(3) Empregado do setor privado
(4) Empregado do setor público (inclusive empresas de economia mista)
(5) Empregador (Lembre-se que empregadores têm pelo menos um empregado)
(6) Conta própria (Lembre-se que trabalhadores por conta própria não têm empregados)

PROJETO DE PESQUISA CAP: 016/2019 -QUESTIONÁRIO PARA PACIENTES ≥ A 18 ANOS



(7) Trabalhador não remunerado em ajuda a membro do domicílio ou parente (pessoa que trabalhava sem receber pagamento)
 (8) Estudante/estagiário
 (9) Aposentado
 (10) Nunca trabalhou (SIGA PARA 36)
 (11) Desempregado (99) Não sabe/não respondeu

32. Qual era a sua ocupação anterior (trabalho, cargo ou função)? _____
 (99) Não sabe/não respondeu

33. Na sua ocupação anterior a essa (trabalho, cargo ou função), era:
 (1) Trabalhador doméstico
 (2) Militar do exército, da marinha, da aeronáutica, da polícia militar ou do corpo de bombeiros militar
 (3) Empregado do setor privado
 (4) Empregado do setor público (inclusive empresas de economia mista)
 (5) Empregador (Lembre-se que empregadores têm pelo menos um empregado)
 (6) Conta própria (Lembre-se que trabalhadores por conta própria não têm empregados)
 (7) Trabalhador não remunerado em ajuda a membro do domicílio ou parente (pessoa que trabalhava sem receber pagamento)
 (8) Estudante/estagiário
 (9) Aposentado
 (10) Desempregado
 (99) Não sabe/não respondeu

34. Quanto tempo o(a) sr(a) ficou nessa ocupação? _____ anos _____ meses (99) Não sabe/não respondeu

35. Já TRABALHOU OU TRABALHA com algum destes fatores?

35.1. Agrotóxicos (inseticidas, fungicidas, herbicidas, acaricida2) F	(1) Sim	(2) Não	35.2. Se SIM, por quanto tempo? ____ anos ____ meses ____ dias ____ h/dia
35.3. Amianto (telhas onduladas, asfalto, caixas d'água).	(1) Sim	(2) Não	35.4. Se SIM, por quanto tempo? ____ anos ____ meses ____ dias ____ h/dia
35.5. Chumbo (canos, soldas lâminas, fabricação de pvc, tintas, corantes, esmaltes e maquiagem).	(1) Sim	(2) Não	35.6. Se SIM, por quanto tempo? ____ anos ____ meses ____ dias ____ h/dia
35.7. Metais pesados (fertilizantes químicos, mercúrio)	(1) Sim	(2) Não	35.8. Se SIM, por quanto tempo? ____ anos ____ meses ____ dias ____ h/dia
35.9. Formol (alisamento capilar, tintura, indústria têxtil).	(1) Sim	(2) Não	35.10. Se SIM, por quanto tempo? ____ anos ____ meses ____ dias ____ h/dia
35.11. Benzeno (combustível, gasolina, diesel).	(1) Sim	(2) Não	35.12. Se SIM, por quanto tempo? ____ anos ____ meses ____ dias ____ h/dia
35.13. Em domicílio (água sanitária, desinfetante, álcool, soda, desengordurantes).	(1) Sim	(2) Não	35.14. Se SIM, por quanto tempo? ____ anos ____ meses ____ dias ____ h/dia
35.15. Exposição diária ao sol (das 10h às 16h).	(1) Sim	(2) Não	35.16. Se SIM, quantas horas por dia? ____ horas 35.17. E por quanto tempo? ____ anos ____ meses
35.18. Manuseio de material radioativo (transporte, armazenagem, uso de Raio-X).	(1) Sim	(2) Não	35.19. Se SIM, por quanto tempo? ____ anos ____ meses ____ dias ____ h/dia

PROJETO DE PESQUISA CAP: 016/2019 -QUESTIONÁRIO PARA PACIENTES ≥ A 18 ANOS



35.20. Exposição à outras poeiras (exemplos: animal, grãos, palha, esterco, fumaça, do solo).	(1) Sim	(2) Não	35.21. Se SIM, por quanto tempo? ___ anos ___ meses ___ dias ___ h/dia		
35.22. Exposição à poeira industrial (exemplos: pó de mármore, pó de madeira, pó de couro).	(1) Sim	(2) Não	35.23. Se SIM, por quanto tempo? ___ anos ___ meses ___ dias ___ h/dia		
35.24. Manuseio de substâncias químicas (que não estejam incluídas nos exemplos acima):	(1) Sim	(2) Não	35.25. Se SIM, por quanto tempo? ___ anos ___ meses ___ dias ___ h/dia		
DADOS DE SUPORTE SOCIAL					
36. Em relação a sua família e amigos, até que ponto o(a) sr(a) está satisfeito com:					
36.1. A quantidade de tempo que você passa com sua família e amigos?	(1) Muito insatisfeito	(2) Pouco insatisfeito	(3) Um pouco satisfeito	(4) Satisfeito	
36.2. O apoio que você recebe de sua família e amigos?	(1) Muito insatisfeito	(2) Pouco insatisfeito	(3) Um pouco satisfeito	(4) Satisfeito	
	(1) Nunca	(2) Raramente	(3) Às vezes	(4) Quase sempre	(5) Sempre
Apoio material - Se precisar, com que frequência conta com alguém...					
37.1. Que o ajude, se ficar de cama?					
37.2. Para levá-lo ao médico?					
37.3. Para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las?					
37.4. Com quem dividir as tarefas diárias, se você ficar doente?					
Apoio emocional - Se precisar, com que frequência conta com alguém...					
37.5. Para lhe ouvir, quando você precisa falar?					
37.6. Em quem confiar ou para falar de você ou de seus problemas?					
37.7. Para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?					
37.8. Que compreenda seus problemas?					
Apoio informacional - Se precisar, com que frequência conta com alguém...					
37.9. Para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise?					
37.10. Para lhe dar informação ou que lhe ajude a compreender determinada situação?					
37.11. De quem você realmente quer conselhos?					
37.12. Para dar sugestões sobre como lidar com um problema pessoal?					
Apoio afetivo - Se precisar, com que frequência conta com alguém...					
37.13. Que demonstre afeto e carinho por você?					
37.14. Que lhe dê um abraço?					
37.15. Que você ame e faça você se sentir querido?					
Interação social positiva - Se precisar, com que frequência conta com alguém...					
37.16. Para se divertir junto?					
37.17. Com quem relaxar?					
37.18. Com quem distrair a cabeça?					

PROJETO DE PESQUISA CAP: 016/2019 -QUESTIONÁRIO PARA PACIENTES ≥ A 18 ANOS



37.19. Com quem fazer coisas agradáveis?					
38. O(A) sr(a) possui acompanhante? (1) Sim (2) Não (SIGA PARA 40)					
39. Se sim, qual o grau de parentesco? (1) Esposo/a (2) Filha/o (3) Mãe (4) Pai (5) Irmão/ã (6) Genro/nora					
39.1. Se outro, qual?					
40. O(A) sr(a) se considera religioso? (1) Sim (2) Não (SIGA PARA 41) (99) Não sabe/não respondeu					
40.1 Com que frequência o(a) sr(a) vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso? (1) Mais do que uma vez por semana (2) Uma vez por semana (3) Duas a três vezes por mês (4) Algumas vezes por ano (5) Uma vez por ano ou menos (6) Nunca (99) Não sabe/não respondeu					
40.2 Com que frequência o(a) sr(a) dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da Bíblia ou de outros textos religiosos? (1) Mais do que uma vez ao dia (2) Diariamente (3) Duas ou mais vezes por semana (4) Uma vez por semana (5) Poucas vezes por mês (6) Raramente ou nunca (99) Não sabe/não respondeu					
DADOS DE HISTÓRIA PREGRESSA DE SAÚDE E DE ESTILO DE VIDA					
41. Anteriormente, algum médico já deu ao sr(a) diagnóstico de câncer? (1) Sim (2) Não (SIGA PARA 42) (99) Não sabe/não respondeu					
41.1 Se Sim, qual o câncer? _____					
41.2 Quando foi diagnosticado? ____ anos ____ meses ____ dias					
42. O(A) sr(a) possui antecedente familiar de câncer? (1) Sim (2) Não (SIGA PARA 43) (99) Não sabe/não respondeu					
Se Sim, qual familiar?			Qual o tipo de câncer?		
42.1. _____	42.2. _____	42.3. _____	42.4. _____	42.5. _____	42.6. _____
42.7. _____	42.8. _____				
43. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de:					
43.1. Hipertensão arterial (pressão alta)?	(1) Sim	(2) Não	43.1.1 Se Sim, qual a idade no primeiro diagnóstico? ____ anos		
43.2. Diabetes?	(1) Sim	(2) Não	43.2.1 Se Sim, qual a idade no primeiro diagnóstico? ____ anos		
43.3. Doença renal	(1) Sim	(2) Não	43.3.1 Se Sim, qual a idade no primeiro diagnóstico? ____ anos		
43.4. Doença endócrina	(1) Sim	(2) Não	43.4.1 Se Sim, qual a idade no primeiro diagnóstico? ____ anos		
43.5. Doença respiratória	(1) Sim	(2) Não	43.5.1. Se Sim, qual a idade no primeiro diagnóstico? ____ anos		
43.6. Outra doença crônica?	(1) Sim	(2) Não			
43.7. Se SIM, qual? _____			43.7.1. Qual a idade no primeiro diagnóstico? ____ anos		
43.8. Se SIM, qual? _____			43.8.1. Qual a idade no primeiro diagnóstico? ____ anos		
43.9. Se SIM, qual? _____			43.9.1. Qual a idade no primeiro diagnóstico? ____ anos		
43.10. Se SIM, qual? _____			43.10.1. Qual a idade no primeiro diagnóstico? ____ anos		
(99) Não sabe/não respondeu					

PROJETO DE PESQUISA CAP: 016/2019 -QUESTIONÁRIO PARA PACIENTES ≥ A 18 ANOS



44. O Sr. fica em ambientes ensolarados por qualquer motivo, por exemplo, lazer/educação física, trabalho, atividades do lar ou quando está andando de um lugar para o outro por, pelo menos, 30 minutos seguidos, mesmo que de vez em quando? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/não respondeu (SIGA PARA 45)
44.1. Se SIM, por quanto tempo? ____ horas ____ minutos
44.2. Se Sim, é diariamente? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/não respondeu
44.3 Se não é, é toda semana? (1) Sim (2) Não 44.3.1. Se Sim, quantas vezes por semana? ____ vezes (99) Não sabe/não respondeu
44.4. Quando o(a) sr(a) está em um ambiente ensolarado por mais de 30 minutos, com que frequência usa protetor ou filtro solar? (1) Sempre (2) Quase sempre (3) Algumas vezes (4) Raramente (5) Nunca (99) Não sabe/não respondeu
45. Atualmente, o(a) sr(a) fuma algum produto do tabaco? (tais como charuto, cigarrilha, cachimbo, cigarros de cravo/de Bali e narguilé/cachimbos d'água. Não considerar produtos de tabaco que não fazem fumaça como rapé e fumo para mascar. Não considerar, também, cigarros de maconha). (1) Sim, diariamente (2) Sim, toda semana, mas não diariamente (SIGA PARA 47) (3) Não fumo atualmente, mas já fumei (SIGA PARA 48) (4) Nunca fumei (SIGA PARA 54) (99) Não sabe/não respondeu (SIGA PARA 54)
46. Quantos cigarros o(a) sr(a) fuma por dia? ____ cigarros (SIGA PARA 52) (99) Não sabe/não respondeu (SIGA PARA 54)
47. Quantos cigarros o(a) sr(a) fuma por semana? ____ cigarros (SIGA PARA 52) (99) Não sabe/não respondeu (SIGA PARA 54)
48. Se não fuma atualmente, mas já fumou, há quanto tempo o(a) sr(a) parou de fumar? ____ anos ____ meses ____ semanas ____ dias (99) Não sabe/não respondeu
49. Quando fumava, era: (1) Diariamente (2) Toda semana, mas não diariamente (SIGA PARA 51) (99) Não sabe/não respondeu (SIGA PARA 52)
50. Quantos cigarros o(a) sr(a) fumava por dia? ____ cigarros (SIGA PARA 52) (99) Não sabe/não respondeu (SIGA PARA 52)
51. Quantos cigarros o(a) sr(a) fumava por semana? ____ cigarros (99) Não sabe/não respondeu
52. Que idade o(a) sr(a) tinha quando começou a fumar regularmente (durante um período mínimo de 5 anos)? ____ anos (99) Não sabe/não respondeu
53. Atualmente, o(a) sr(a) masca fumo, usa rapé ou usa algum produto do tabaco que não faz fumaça? (1) Sim, diariamente (2) Sim, menos que diariamente (3) Não usa (99) Não sabe/não respondeu
54. Alguma das pessoas que moram com o(a) sr. (a) costuma fumar dentro de casa? (1) Sim (2) Não (3) Mora sozinho(a) (9) Não quis informar (99) Não sabe/não respondeu
55. Algum colega do trabalho costuma fumar no mesmo ambiente onde o(a) sr.(a) trabalha? (1) Sim (2) Não (3) Não trabalha (9) Não quis informar (99) Não sabe/não respondeu
56. Se Sim, o(a) sr.(a) trabalha em local fechado? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/não respondeu
57. O(a) sr.(a) consome bebida alcoólica? (1) Sim (2) Não (SIGA PARA 63) (99) Não sabe/não respondeu (SIGA PARA 63)
58. Se Sim, com quantos anos começou a ingerir bebida alcoólica? ____ anos (99) Não sabe/não respondeu
59. Com que frequência consome alguma bebida alcoólica? (1) Menos de 1 dia por mês (2) Menos de 1 dia por semana (3) 1 a 2 dias por semana (4) 3 a 4 dias por semana (5) 5 a 6 dias por semana (6) Todos os dias (inclusive sábado e domingo) (99) Não sabe/não respondeu
60. Em geral, no dia que o(a) sr(a) bebe, quantas doses de bebida alcoólica o(a) sr(a) consome? (1 dose de bebida alcoólica equivale a 1 lata de cerveja, 1 taça de vinho ou 1 dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada)? ____ doses. (99) Não sabe/não respondeu
61. (SE HOMEM) Nos últimos 30 dias, o sr. chegou a consumir 5 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião (5 doses de bebida alcoólica seriam 5 latas de cerveja, 5 taças de vinho ou 5 doses de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada)? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/não respondeu

PROJETO DE PESQUISA CAP: 016/2019 -QUESTIONÁRIO PARA PACIENTES ≥ A 18 ANOS



62. (SE MULHER) Nos últimos 30 dias, a sra. chegou a consumir 4 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião (4 doses de bebida alcoólica seriam 4 latas de cerveja, 4 taças de vinho ou 4 doses de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada)? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/não respondeu
63. Agora eu vou fazer algumas perguntas sobre sua alimentação antes dos primeiros sintomas .
63. 1. Em quantos dias da semana o(a) sr.(a) costumava comer feijão? (1) 1 a 2 dias por semana (2) 3 a 4 dias por semana (3) 5 a 6 dias por semana (4) Todos os dias (inclusive sábado e domingo) (5) Quase nunca (6) Nunca (99) Não sabe/não respondeu
63. 2. Em quantos dias da semana, o(a) sr.(a) costumava comer salada de alface e tomate ou salada de qualquer outra verdura ou legume CRU? (1) 1 a 2 dias por semana (2) 3 a 4 dias por semana (3) 5 a 6 dias por semana (4) Todos os dias (inclusive sábado e domingo) (5) Quase nunca (6) Nunca (SIGA PARA 63.4) (99) Não sabe/não respondeu (SIGA PARA 63.4)
63. 3. Num dia comum, o(a) sr.(a) comia este tipo de salada: (1) No almoço (1 vez ao dia) (2) No jantar ou (3) No almoço e no jantar (2 vezes ao dia) (99) Não sabe/não respondeu
63. 4. Em quantos dias da semana, o(a) sr.(a) costumava comer verdura ou legume COZIDO com a comida ou na sopa, como por exemplo, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha, sem contar batata, mandioca ou inhame? (1) 1 a 2 dias por semana (2) 3 a 4 dias por semana (3) 5 a 6 dias por semana (4) Todos os dias (inclusive sábado e domingo) (5) Quase nunca (6) Nunca (SIGA PARA 63.6) (99) Não sabe/não respondeu (SIGA PARA 63.6)
63. 5. Num dia comum, o(a) sr.(a) costumava comer verdura ou legume cozido: (1) No almoço (1 vez ao dia) (2) No jantar ou (3) No almoço e no jantar (2 vezes ao dia) (99) Não sabe/não respondeu
63. 6. Em quantos dias da semana o (a) sr.(a) costumava comer carne vermelha (boi, porco, cabrito)? (1) 1 a 2 dias por semana (2) 3 a 4 dias por semana (3) 5 a 6 dias por semana (4) Todos os dias (inclusive sábado e domingo) (5) Quase nunca (6) Nunca (99) Não sabe/não respondeu
63. 7. Em quantos dias da semana o (a) sr.(a) costumava comer frango/galinha? (1) 1 a 2 dias por semana (2) 3 a 4 dias por semana (3) 5 a 6 dias por semana (4) Todos os dias (inclusive sábado e domingo) (5) Quase nunca (6) Nunca (99) Não sabe/não respondeu
63. 8. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costumava comer peixe? (1) 1 a 2 dias por semana (2) 3 a 4 dias por semana (3) 5 a 6 dias por semana (4) Todos os dias (inclusive sábado e domingo) (5) Quase nunca (6) Nunca (99) Não sabe/não respondeu
63. 9. Em quantos dias da semana o(a) sr.(a) costumava tomar suco de frutas natural? (1) 1 a 2 dias por semana (2) 3 a 4 dias por semana (3) 5 a 6 dias por semana (4) Todos os dias (inclusive sábado e domingo) (5) Quase nunca (6) Nunca (SIGA PARA 63.11) (99) Não sabe/não respondeu (SIGA PARA 63.11)
63. 10. Num dia comum, quantos copos o(a) sr.(a) costumava tomar de suco de frutas natural? (1) 1 (2) 2 (3) 3 ou mais (99) Não sabe/não respondeu
63. 11. Em quantos dias da semana o(a) sr.(a) costumava comer frutas? (1) 1 a 2 dias por semana (2) 3 a 4 dias por semana (3) 5 a 6 dias por semana (4) Todos os dias (inclusive sábado e domingo) (5) Quase nunca (6) Nunca (SIGA PARA 63.13) (99) Não sabe/não respondeu (SIGA PARA 63.13)
63. 12. Num dia comum, quantas vezes o(a) sr.(a) comia frutas? (1) 1 vez no dia (2) 2 vezes no dia (3) 3 ou mais vezes no dia (99) Não sabe/não respondeu
63. 13. Em quantos dias da semana o(a) sr.(a) costumava tomar refrigerante ou suco artificial? (1) 1 a 2 dias por semana (2) 3 a 4 dias por semana (3) 5 a 6 dias por semana (4) Todos os dias (inclusive sábado e domingo) (5) Quase nunca (6) Nunca (SIGA PARA 63.16) (99) Não sabe/não respondeu (SIGA PARA 63.16)
63. 14. Que tipo de refrigerante/suco artificial costumava tomar? (1) Normal (2) Diet/light/zero (3) Ambos (4) Nenhum (99) Não sabe/não respondeu
63. 15. Quantos copos/latinhas de refrigerante/suco artificial o(a) sr(a), costumava tomar por dia? (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 (5) 5 (6) 6 ou mais (99) Não sabe/não respondeu

PROJETO DE PESQUISA CAP: 016/2019 -QUESTIONÁRIO PARA PACIENTES ≥ A 18 ANOS



63.16. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costumava tomar leite? (não vale leite de soja)
(1) 1 a 2 dias por semana (2) 3 a 4 dias por semana (3) 5 a 6 dias por semana (4) Todos os dias (inclusive sábado e domingo) (5) Quase nunca (6) Nunca (SIGA PARA 63.18) (99) Não sabe/não respondeu (SIGA PARA 63.18)
63.17. Quando o(a) sr(a) tomava leite, que tipo de leite costumava tomar?
(1) Integral (2) Desnatado ou semidesnatado (3) Os dois tipos (4) Não aplicável (99) Não sabe/não respondeu
63.18. Em quantos dias da semana o(a) sr.(a) costumava comer biscoito recheado (como Passatempo, Bono, Negresco, Trakinas, Oreó)?
(1) 1 a 2 dias por semana (2) 3 a 4 dias por semana (3) 5 a 6 dias por semana (4) Todos os dias (inclusive sábado e domingo) (5) Quase nunca (6) Nunca (99) Não sabe/não respondeu
63.19. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) comia alimentos doces, tais como pedaços de bolo ou torta doces, chocolates, balas, biscoitos ou bolachas doces?
(1) 1 a 2 dias por semana (2) 3 a 4 dias por semana (3) 5 a 6 dias por semana (4) Todos os dias (inclusive sábado e domingo) (5) Quase nunca (6) Nunca (99) Não sabe/não respondeu
63.20. Em quantos dias da semana o(a) sr.(a) costumava comer salgadinho de pacote (como Cheetos, Doritos, Fandangos, Batata Ruffles)?
(1) 1 a 2 dias por semana (2) 3 a 4 dias por semana (3) 5 a 6 dias por semana (4) Todos os dias (inclusive sábado e domingo) (5) Quase nunca (6) Nunca (99) Não sabe/não respondeu
63.21. Em quantos dias da semana o(a) sr.(a) costumava comer macarrão instantâneo (como exemplo, miojo)?
(1) 1 a 2 dias por semana (2) 3 a 4 dias por semana (3) 5 a 6 dias por semana (4) Todos os dias (inclusive sábado e domingo) (5) Quase nunca (6) Nunca (99) Não sabe/não respondeu
63.22. Em quantos dias da semana o(a) sr.(a) costumava comer hambúrguer, linguiça, salsicha ou frios como mortadela, salame, presunto, peito de peru?
(1) 1 a 2 dias por semana (2) 3 a 4 dias por semana (3) 5 a 6 dias por semana (4) Todos os dias (inclusive sábado e domingo) (5) Quase nunca (6) Nunca (99) Não sabe/não respondeu
63.23. Em quantos dias da semana o(a) sr.(a) costumava trocar a comida do almoço por sanduíches, salgados, pizza ou outros lanches?
(1) 1 a 2 dias por semana (2) 3 a 4 dias por semana (3) 5 a 6 dias por semana (4) Todos os dias (inclusive sábado e domingo) (5) Quase nunca (6) Nunca (99) Não sabe/não respondeu
63.24. Em quantos dias da semana o(a) sr.(a) costumava trocar a comida do jantar por sanduíches, salgados, pizza ou outros lanches?
(1) 1 a 2 dias por semana (2) 3 a 4 dias por semana (3) 5 a 6 dias por semana (4) Todos os dias (inclusive sábado e domingo) (5) Quase nunca (6) Nunca (99) Não sabe/não respondeu
63.25. Considerando a comida preparada na hora e os alimentos industrializados, o(a) sr(a) acha que o seu consumo de sal é:
(1) Muito alto (2) Alto (3) Adequado (4) Baixo (5) Muito baixo (6) Não aplicável (99) Não sabe/não respondeu
63.26. Você consumia alimentos orgânicos antes dos primeiros sintomas?
(1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não respondeu
63.27. Se sim, quais alimentos orgânicos costumava consumir e com que frequência?
63.27. 1. Frutas (1) Nunca (2) Raramente (3) Muitas vezes (4) Sempre 63.27. 2. Verduras (1) Nunca (2) Raramente (3) Muitas vezes (4) Sempre 63.27. 3. Legumes (1) Nunca (2) Raramente (3) Muitas vezes (4) Sempre 63.27. 4. Alimentos Industrializados (1) Nunca (2) Raramente (3) Muitas vezes (4) Sempre 63.27. 5. Outros (1) Nunca (2) Raramente (3) Muitas vezes (4) Sempre (99) Não sabe/não respondeu
63.28. Quais os motivos para consumir alimentos orgânicos nessa época?
(1) Preocupação com a saúde (2) Sabor mais pronunciado (3) Novidade (4) Prescrição médica (5) Maior conteúdo de nutrientes (6) Comodidade, facilidade (7) Melhor qualidade (8) Consciência ambiental (9) Outro (99) Não sabe/não respondeu

PROJETO DE PESQUISA CAP: 016/2019 -QUESTIONÁRIO PARA PACIENTES ≥ A 18 ANOS



63.29. Se não, quais os motivos para não consumir alimentos orgânicos nessa época? (1) Preço muito elevado (2) Falta de interesse (3) Desconhecimento da qualidade do alimento (4) Baixa variedade dos alimentos (5) Falta de confiabilidade de que o alimento seja orgânico (6) Distância elevada entre a residência e o local de venda (7) Outro motivo (99) Não sabe/não respondeu	
63.30. Você mudou o consumo de alimentos após o aparecimento dos primeiros sintomas? (1) Sim (2) Não (3) Não sabe	
63.31. Se sim, qual ou quais mudanças foram realizadas? _____ _____	
63.32. Há quanto tempo? _____ anos _____ meses _____ dias.	
DADOS DA SAÚDE REPRODUTIVA DA MULHER	
64. Qual a idade da primeira menstruação: _____ anos (99) Não sabe	
65. A sra. ainda fica menstruada? (1) Sim (2) Não (SIGA PARA 71)	65.1 Se Sim, qual da data da última menstruação? ____ / ____ / ____
66. A sra. usa algum método para evitar a gravidez atualmente? (1) Sim (2) Não (SIGA PARA 75) (99) Não sabe/não respondeu (SIGA PARA 75)	
67. Que método para evitar a gravidez a sra. usa atualmente? (1) Pílula (2) Camisinha masculina (3) Camisinha feminina (4) Tabela (5) DIU (6) Diafragma (7) Contraceptivo injetável (8) Implantes (Norplant) (9) Creme/óvulo (10) Pílula do dia seguinte (contraceptivo de emergência) (11) Outro (99) Não sabe/não respondeu	
68. Se Outro, qual? _____	
69. Se faz uso de pílula (anticoncepcional), qual o nome? _____ (99) Não sabe/não respondeu	
70. Por quanto tempo faz uso da pílula? _____ anos _____ meses (SIGA PARA 75) (99) Não sabe/não respondeu	
71. Se não menstrua mais, com que idade parou? _____ anos (1) Não está na menopausa (SIGA PARA 75) (99) Não sabe/não respondeu	
72. Qual o motivo de não menstruar mais? (1) Menopausa fisiológica (2) Cirurgia de retirada do útero (3) Cirurgia de retirada dos ovários (4) Cirurgia de retirada de útero e ovários (5) Outro motivo (99) Não sabe/não respondeu	
73. Se Outro motivo, qual? _____	
74. Alguma vez a sra. fez ou faz tratamento hormonal para alívio dos sintomas da menopausa (com comprimidos, adesivos, gel ou injeções)? (1) Sim, faz atualmente (2) Sim, já fez mas não faz mais (3) Não, nunca fez (99) Não sabe/não respondeu	
75. Durante a sua vida, a sra. já ficou grávida (mesmo que a gravidez não tenha chegado até o final)? (1) Sim (2) Não (SIGA PARA 83) (99) Não sabe/não respondeu (SIGA PARA 83)	
76. Com que idade a sra. teve a sua primeira gravidez? _____ anos (99) Não sabe/não respondeu	
77. Quantos partos a sra. já teve? _____ partos (99) Não sabe/não respondeu	
78. Quantos filhos nasceram vivos (ou seja, que apresentaram algum sinal de vida ao nascer)? _____ filhos vivos (99) Não sabe/não respondeu	
79. Já amamentou alguma vez na vida? (1) Sim (2) Não (SIGA PARA 81)	
80. Se Sim, por quanto tempo (TOTAL)? _____ anos _____ meses (99) Não sabe/não respondeu	
81. Durante a sua gestação, você se intoxicou com algum tipo de produto químico (agrotóxicos; amianto/asbesto: trabalhando na mineração, fábrica de construção civil; benzeno: siderúrgicas, indústrias do petróleo, postos de gasolina e mecânicos de automóveis; radiações ionizantes: indústria nuclear ou próximos a equipamentos que emitam radiação; radiação não-ionizante: soldadores, radiação UV) ? (1) Sim, qual? _____ (2) Não (99) Não sabe/não respondeu	

PROJETO DE PESQUISA CAP: 016/2019 -QUESTIONÁRIO PARA PACIENTES ≥ A 18 ANOS



82. A sra. já teve:					
82.1. algum aborto espontâneo?	(1) Sim	(2) Não	82.2. Se Sim, quantos? _____ abortos		
82.3. Idade no 1º aborto: _____ anos	82.4. Idade no 2º aborto: _____ anos	82.5. Idade no 3º aborto: _____ anos			
82.6. algum parto prematuro?	(1) Sim	(2) Não	82.7. Se Sim, quantos? _____ partos		
82.8. Idade no 1º parto: _____ anos	82.9. Idade no 2º parto: _____ anos	82.10. Idade no 3º parto: _____ anos			
82.11. algum filho com má-formação?	(1) Sim	(2) Não	82.12. Se Sim, quantos? _____ filhos		
82.13. Idade do 1º filho: _____ anos	82.14. Idade do 2º filho: _____ anos	82.15. Idade do 3º filho: _____ anos			
82.16. algum filho autista?	(1) Sim	(2) Não	82.17. Se Sim, quantos? _____ filhos		
82.18. Idade do 1º filho: _____ anos	82.19. Idade do 2º filho: _____ anos	82.20. Idade do 3º filho: _____ anos			
83. Quando foi a última vez que a sra. fez um exame preventivo para câncer de colo do útero (Papanicolaou)?					
(1) Menos de 1 ano atrás (2) De 1 ano a menos de 2 anos (3) De 2 anos a menos de 3 anos					
(4) 3 anos ou mais atrás (5) Nunca fez (99) Não sabe/não respondeu					
84. Tem algum problema nas mamas:					
84.1. Dor:	(1) Sim	(2) Não	84.2. Se Sim, há quanto tempo? _____ anos _____ meses		
84.3. Nódulos:	(1) Sim	(2) Não	84.4. Se Sim, há quanto tempo? _____ anos _____ meses		
84.5. Abscesso	(1) Sim	(2) Não	84.6. Se Sim, há quanto tempo? _____ anos _____ meses		
84.7. Trauma	(1) Sim	(2) Não	84.8. Se Sim, há quanto tempo? _____ anos _____ meses		
85. Quando foi a última vez que a sra. fez	(1) Menos de 1 ano atrás	(2) De 1 ano a menos de 2 anos	(3) De 2 anos a menos de 3 anos	(4) 3 anos ou mais atrás	(5) Nunca fez
85.1 Exame clínico das mamas? (por enfermeiro ou médico)					
85.2. Exame de mamografia?					
85.3. Ultrassonografia das mamas?					
85.4. Tomografia computadorizada das mamas?					
85.5. Ressonância magnética das mamas					
(99) não sabe não respondeu					
DADOS DA SAÚDE DO HOMEM					
86. Quando foi a última vez que o sr. fez	(1) Menos de 1 ano atrás	(2) De 1 ano a menos de 2 anos	(3) De 2 anos a menos de 3 anos	(4) 3 anos ou mais atrás	(5) Nunca fez
86.1. Exame de próstata (toque retal)?					
86.2. Exame de PSA (antígeno prostático específico)?					
86.3. Tomografia computadorizada da próstata?					
86.4. Ressonância magnética para a próstata?					
DADOS DE ATIVIDADE FÍSICA					
87. Nos últimos três meses, o(a) sr(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte? (não considere fisioterapia)					
(1) Sim (2) Não (SIGA PARA 92) (99) Não sabe/não respondeu (SIGA PARA 92)					
88. O(a) sr.(a) pratica o exercício ou esporte pelo menos uma vez por semana?					
(1) Sim (2) Não (SIGA PARA 92) (99) Não sabe/não respondeu (SIGA PARA 92)					
89. Quantos dias por semana o(a) sr(a) costuma praticar exercício físico ou esporte?					
(1) 1 a 2 dias por semana (2) 3 a 4 dias por semana (3) 5 a 6 dias por semana					
(4) Todos os dias (inclusive sábado e domingo) (99) Não sabe/não respondeu					

PROJETO DE PESQUISA CAP: 016/2019 -QUESTIONÁRIO PARA PACIENTES ≥ A 18 ANOS



90. Qual o exercício físico ou esporte que o(a) sr(a) pratica com mais frequência?	
(1) Caminhada – não vale para o trabalho	(10) Artes marciais e luta
(2) Caminhada em esteira	(11) Bicicleta/ bicicleta ergométrica
(3) Corrida/ cooper	(12) Futebol
(4) Corrida em esteira	(13) Basquetebol
(5) Musculação	(14) Voleibol
(6) Ginástica aeróbica/spinning/step/jump	(15) Tênis
(7) Hidroginástica	(16) Dança – com o objetivo de atividade física
(8) Ginástica em geral – pilates, localizada, alongamento, ioga	90.1 Se Outro, qual?
(9) Natação	
91. Em geral, no dia que o(a) sr(a) pratica exercício físico ou esporte, quanto tempo dura esta atividade? (1) menos de 10 minutos (2) Entre 10 e 19 minutos (3) Entre 20 e 29 minutos (4) Entre 30 e 39 minutos (5) Entre 40 e 49 minutos (6) Entre 50 e 59 minutos (7) 60 minutos ou mais (99) Não sabe/não respondeu	
92. Nas suas atividades habituais (tais como ir a algum curso, escola ou clube ou levar alguém a algum curso, escola ou clube), o(a) sr(a) faz alguma atividade que envolva deslocamento a pé ou bicicleta? (1) Sim (2) Nunca ou menos de uma vez por semana (SIGA PARA 96) (99) Não sabe/não respondeu (SIGA PARA 96)	
93. Se sim, quantos dias por semana o(a) sr.(a) costuma fazer essa atividade? (1) 1 a 2 dias por semana (2) 3 a 4 dias por semana (3) 5 a 6 dias por semana (4) todos os dias (inclusive sábado e domingo) (99) Não sabe/não respondeu	
94. No dia em que o(a) sr(a) faz esta atividade, quanto tempo o(a) sr.(a) gasta para ir e voltar neste trajeto (a pé ou de bicicleta)? (1) menos de 10 minutos (2) Entre 10 e 19 minutos (3) Entre 20 e 29 minutos (4) Entre 30 e 39 minutos (5) Entre 40 e 49 minutos (6) Entre 50 e 59 minutos (7) 60 minutos ou mais (99) Não sabe/não respondeu	
95. Em média, quantas horas por dia o(a) sr.(a) costuma ficar assistindo:	
95.1. À televisão: _____ horas	95.2. Ao tablet: _____ horas
95.3 Ao computador: _____ horas	95.4. Ao celular: _____ horas
DADOS DA SITUAÇÃO DE SAÚDE	
96. A seguir, farei algumas perguntas sobre a sua vida sexual. O(a) senhor(a) aceita respondê-las? (1) Sim (2) Não (SIGA PARA A 100)	
97. Você já teve relações sexuais alguma vez na sua vida? (1) Sim (2) Não (SIGA PARA 100) (99) Não sabe/não respondeu (SIGA PARA 100)	
98. Com quantos anos de idade você teve a sua primeira relação sexual? _____ anos. (99) Não sabe/não respondeu	
99. O (a) sr(a) tem vida sexual ativa? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/não respondeu	
	Sim Não Não sabe/não respondeu
99.1. O (a) sr(a) faz uso de camisinha nas relações sexuais?	
99.2. O (a) sr(a) já teve mais do que um parceiro sexual em toda sua vida? (SE NÃO OU NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, SIGA PARA 100)	
99.3. O (a) sr(a) já teve mais do que 10 parceiros sexuais em toda sua vida?	
99.4. O (a) sr(a) teve mais do que cinco parceiros (as) sexuais nos últimos 12 meses? (SE NÃO OU NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, SIGA PARA 100)	
99.5. Nas relações sexuais que o (a) sr(a) teve com esses(as) parceiros(as) nos últimos 12 meses, vocês usaram camisinha?	
100. Em geral, como o(a) sr(a) avalia a sua saúde? (1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim (99) Não sabe/não respondeu	
101. Antes dos sintomas da doença, com que frequência você costumava buscar serviços de saúde? (1) Somente quando estava doente ou sentindo alguma coisa (2) Frequentava sem regularidade (3) Frequentava com regularidade (4) De forma regular, realizando os exames solicitados e seguindo os tratamentos recomendados (99) Não sabe/não respondeu	

PROJETO DE PESQUISA CAP: 016/2019 -QUESTIONÁRIO PARA PACIENTES ≥ A 18 ANOS



102. Nas últimas duas semanas, com que frequência o(a) sr(a) teve problemas no sono, como dificuldade para adormecer, acordar frequentemente à noite ou dormir mais do que de costume? (1) Nenhum dia (2) Menos da metade dos dias (até 7 dias) (3) Mais da metade dos dias (de 8 a 10 dias) (4) Quase todos os dias (11 dias ou mais) (99) Não sabe/não respondeu				
103. Nas duas últimas semanas, com que frequência o(a) sr(a) teve problemas por não se sentir descansado(a) e disposto(a) durante o dia, sentindo-se cansado(a), sem ter energia? (1) Nenhum dia (2) Menos da metade dos dias (até 7 dias) (3) Mais da metade dos dias (de 8 a 10 dias) (4) Quase todos os dias (11 dias ou mais) (99) Não sabe/não respondeu				
104. Em um DIA DE SEMANA comum, a que horas...		Nos FINS DE SEMANA, a que horas...		
104.1. Você costuma dormir?	: h	104.3. Você costuma dormir?	: h	
104.2. Você costuma acordar?	: h	104.4. Você costuma acordar?	: h	
105. Nas duas últimas semanas, com que frequência o(a) sr(a)	(1) Nenhum dia	(2) Menos de três dias/semana	(3) Mais de três dias/semana	(4) Quase todos os dias
105.1. Teve pouco interesse ou não sentiu prazer em fazer as coisas?				
105.2. Teve problemas para se concentrar nas suas atividades habituais?				
105.3. Teve problemas na alimentação, como ter falta de apetite ou comer muito mais do que de costume?				
105.4. Teve lentidão para se movimentar ou falar, ou ao contrário, ficou muito agitado(a) ou inquieto(a)?				
105.5. Se sentiu deprimido(a), “pra baixo” ou sem perspectiva?				
105.6. Se sentiu mal consigo mesmo, se achando um fracasso ou achando que decepcionou sua família?				
105.7. Pensou em se ferir de alguma maneira ou achou que seria melhor estar morto?				
106. O(A) sr(a) sabe seu peso (mesmo que seja valor aproximado)? (1) Sim (2) Não			106.1 Se Sim, qual? ____, ____ kg	
107. O(A) sr(a) sabe sua altura (mesmo que seja valor aproximado)? (1) Sim (2) Não			107.1 Se Sim, qual? ____, ____ m	
108. Em geral, como o(a) sr(a) avalia sua saúde bucal (dentes e gengivas)? (1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim (99) Não sabe/não respondeu				
109. Quantas vezes ao dia, normalmente, o(a) sr(a) escova os dentes? (1) Nenhuma (2) Uma vez/dia (3) Duas vezes/dia (4) Três vezes/dia (5) Mais de três vezes/dia				
110. Para fazer a limpeza de seus dentes, o(a) sr(a) normalmente usa:				
110.1. Escova de dente?	(1) Sim (2) Não			
110.2. Fio dental?	(1) Sim (2) Não			
110.3. Pasta dente?	(1) Sim (2) Não			
110.4. Enxaguatório bucal	(1) Sim (2) Não			
111. Quando foi a última consulta odontológica: (1) Menos de 1 ano atrás (2) De 1 ano a menos de 2 anos (3) De 2 anos a menos de 3 anos (4) 3 anos ou mais atrás (5) Nunca fez (99) Não sabe/não respondeu				

PROJETO DE PESQUISA CAP: 016/2019 -QUESTIONÁRIO PARA PACIENTES ≥ A 18 ANOS



<p>112. O(A) sr(a) usa algum tipo de prótese dentária (chapa)?</p> <p>(1) Não</p> <p>(2) Sim, para substituir um dente</p> <p>(3) Sim, para substituir mais de um dente</p> <p>(4) Sim, prótese dentária total (dentadura/chapa) em cima</p> <p>(5) Sim, prótese dentária total (dentadura/chapa) em baixo</p> <p>(6) Sim, próteses dentárias totais (dentaduras/chapas) em cima e em baixo</p> <p>(99) Não sabe/não respondeu</p>	
DADOS DE FUNCIONALIDADE	
<p>Para cada item abaixo, assinale a descrição que se aplica (a palavra “ajuda” significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal):</p>	
<p>113. Para tomar banho, o(a) sr(a)</p>	<p>(1) Não recebe ajuda.</p> <p>(2) Recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo.</p> <p>(3) Recebe ajuda para lavar mais de uma parte do corpo ou não toma banho sozinho.</p> <p>(99) Não sabe/não respondeu</p>
<p>114. Para vestir-se, o(a) sr(a)</p>	<p>(1) Pega as roupas e veste-se completamente sem ajuda.</p> <p>(2) Pega as roupas e veste-se sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos.</p> <p>(3) Recebe ajuda para pegar as roupas ou vestir-se, ou permanece parcial ou completamente sem roupa.</p> <p>(99) Não sabe/não respondeu</p>
<p>115. Para ir ao banheiro, o(a) sr(a)</p>	<p>(1) Vai ao banheiro ou local equivalente, limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda <i>*(pode usar objetos para apoio como bengala, andador ou cadeira de rodas e pode usar comadre ou urinol à noite, esvaziando-o de manhã).</i></p> <p>(2) Recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para limpar-se, ou para ajeitar as roupas após evacuação ou micção, ou para usar a comadre ou urinol à noite.</p> <p>(3) Não vai ao banheiro ou equivalente para eliminações fisiológicas.</p> <p>(99) Não sabe/não respondeu</p>
<p>116. Para deitar e levantar da cama ou da cadeira, o(a) sr(a)</p>	<p>(1) Deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda <i>*(pode estar usando objeto para apoio, como bengala ou andador).</i></p> <p>(2) Deita-se e sai da cama e/ou senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda.</p> <p>(3) Não sai da cama.</p> <p>(99) Não sabe/não respondeu</p>
<p>117. Para comer, o(a) sr(a)</p>	<p>(1) Alimenta-se sem ajuda.</p> <p>(2) Alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão.</p> <p>(3) Recebe ajuda para alimentar-se, ou é alimentado parcialmente ou completamente pelo uso de cateteres ou fluidos intravenosos.</p> <p>(99) Não sabe/não respondeu</p>
<p>118. Para urinar e/ou evacuar, o(a) sr(a)</p>	<p>(1) Controla inteiramente a micção e a evacuação</p> <p>(2) Tem “acidentes” ocasionais</p> <p>(3) Necessita de ajuda para manter o controle da micção e evacuação; usa cateter ou é incontinente.</p> <p>(99) Não sabe/não respondeu</p>
<p>119. O(A) sr(a) consegue usar o telefone?</p>	<p>(1) Consegue olhar os números, discar, receber e fazer chamadas sem ajuda.</p> <p>(2) Necessita de assistência para realizar ligações telefônicas.</p> <p>(3) Não consegue usar o telefone</p> <p>(99) Não sabe/não respondeu</p>
<p>120. O(A) sr(a) consegue usar um meio de transporte para se deslocar?</p>	<p>(1) Consegue dirigir seu próprio carro ou andar em um ônibus ou de táxi sozinho.</p> <p>(2) Consegue se locomover fora de casa, mas não sozinho.</p> <p>(3) Não consegue se locomover fora de casa.</p> <p>(99) Não sabe/não respondeu</p>
<p>121. O(A) sr(a) consegue fazer compras?</p>	<p>(1) Consegue tomar conta de todas as compras (desde que o transporte seja providenciado).</p> <p>(2) Consegue fazer compras, mas não sozinho.</p> <p>(3) Não consegue fazer compras.</p> <p>(99) Não sabe/não respondeu</p>

PROJETO DE PESQUISA CAP: 016/2019 -QUESTIONÁRIO PARA PACIENTES ≥ A 18 ANOS



122. O(A) sr(a) consegue arrumar a casa?	(1) Consegue fazer o trabalho doméstico pesado (exemplo: limpar o chão). (2) Consegue fazer o trabalho doméstico leve, mas precisa de ajuda nas tarefas pesadas. (3) Não consegue fazer qualquer trabalho doméstico. (99) Não sabe/não respondeu
123. O(A) sr(a) consegue preparar a sua comida?	(1) Consegue planejar e preparar uma refeição completa. (2) Prepara somente refeições pequenas ou recebe ajuda para prepará-las. (3) Não consegue preparar qualquer comida. (99) Não sabe/não respondeu <i>*Se nunca foi responsável por preparar uma refeição, pergunte algo como: <u>fazer sanduíche, pegar uma fruta para comer, etc. Verificar se essas atividades diminuíram e marcar da mesma forma.</u></i>
124. O(A) sr(a) consegue lavar sua própria roupa	(1) Consegue lavar toda a sua roupa. (2) Consegue lavar somente pequenas peças de roupa. (3) Não consegue lavar a sua própria roupa. (99) Não sabe/não respondeu <i>*Se nunca foi responsável por lavar sua roupa, pergunte se consegue fazer trabalhos manuais domésticos como; <u>pequenos reparos na casa. Verificar se essas atividades diminuíram e marcar da mesma forma.</u></i>
125. O(A) sr(a) consegue cuidar do seu dinheiro?	(1) Consegue pagar contas e preencher cheques sem ajuda. (2) Necessita de ajuda para pagar as contas ou usar o talão de cheques. (3) Não consegue lidar com dinheiro. (99) Não sabe/não respondeu
126. O(A) sr(a) consegue tomar os seus remédios?	(1) Consegue tomar as medicações na dose e hora certa e sem ajuda. (2) Consegue tomar as medicações, mas precisa ser lembrado ou alguém precisa preparar a medicação. (3) Não consegue tomar suas medicações sem ajuda. (99) Não sabe/não respondeu
DADOS DE EXPOSIÇÃO (INDIVIDUAL E FAMILIAR) RELACIONADOS AOS AGROTÓXICOS	
127. No município que o(a) sr(a) mora/morou (últimos 10 anos), existem plantações agrícolas? (soja, milho, algodão e cana-de-açúcar)? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/não respondeu	
128. Se Sim, acontecem pulverizações aéreas de agrotóxicos no entorno da cidade? (1) Sim (2) Não (SIGA PARA 129)	
128.1. Qual a frequência? (1) Sempre (2) Às vezes (3) Raramente	
128.2. Você teve algum sintoma após a pulverização? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/não respondeu	
129. Sua residência fica próxima de alguma lavoura? (1) Sim (2) Não (SIGA PARA 130) (99) Não sabe/não respondeu (SIGA PARA 130)	
129.1. Se Sim, qual? (1) Soja (2) Milho (3) Algodão (99) Não sabe/não respondeu	
129.2 Outros? _____	
129.3. Qual a distância da lavoura em relação a sua residência? (1) Menos que 10 metros (2) 10 a 50 metros (3) 50 a 90 metros (4) 90 a 300 metros (5) 300 a 1000 metros (6) Maior que 1 quilômetro (99) Não sabe/não respondeu	

PROJETO DE PESQUISA CAP: 016/2019 -QUESTIONÁRIO PARA PACIENTES ≥ A 18 ANOS



130. Onde, o(a) sr(a) adquire: 130.1. Frutas: (1) Feira (2) Horta de casa (3) Horta da cidade (4) Supermercado (5) Fazendas vizinhas (99) Não sabe/não respondeu 130.2. Vegetais folhosos: (1) Feira (2) Horta de casa (3) Horta da cidade (4) Supermercado (5) Fazendas vizinhas (99) Não sabe/não respondeu 130.3. Legumes: (1) Feira (2) Horta de casa (3) Horta da cidade (4) Supermercado (5) Fazendas vizinhas (99) Não sabe/não respondeu 130.4. Leite e queijos: (1) Feira (2) Horta de casa (3) Horta da cidade (4) Supermercado (5) Fazendas vizinhas (99) Não sabe/não respondeu 130.5. Carnes (frango, boi): (1) Feira (2) Horta de casa (3) Horta da cidade (4) Supermercado (5) Fazendas vizinhas (99) Não sabe/não respondeu
131. O(A) sr(a) possui plantação de horta, pomar e/ou jardim no domicílio ou anexo? (1) Sim (2) Não (SIGA PARA 136) (99) Não sabe/não respondeu (SIGA PARA 136)
132. Se Sim é para: (1) Consumo próprio (2) Venda (99) Não sabe/não respondeu
133. O(A) sr(a) utiliza algum tipo de agrotóxicos na horta/pomar/jardim? (1) Sim (2) Não (SIGA PARA 136) (99) Não sabe/não respondeu (SIGA PARA 136)
133.1. Se Sim, qual? _____ 133.2. Mais algum, qual? _____
134. O(A) sr(a) utiliza ou armazena agrotóxicos no domicílio? (1) Sim (2) Não (SIGA PARA 136) (99) Não sabe/não respondeu (SIGA PARA 136)
134.1. Se Sim, qual local? _____
135. Como é feito o descarte das embalagens de agrotóxicos? (1) Após a lavagem, são encaminhadas à central de recebimento de embalagens vazias (2) Queimadas (3) Enterradas (4) Colocadas diretamente no lixo domiciliar (5) Outro (99) Não sabe/não respondeu 135.1. Se outro, qual? _____
136. O(A) sr(a) utiliza veneno para eliminar insetos e roedores dentro de casa? (1) Sim (2) Não (SIGA PARA 137) (99) Não sabe/não respondeu (SIGA PARA 137)
136.1. Se Sim, qual? _____ 136.2. Mais algum, qual? _____
136.3. Qual a frequência? (1) Sempre (2) Às vezes (3) Raramente (99) Não sabe/não respondeu
137. O(A) sr(a) utiliza veneno mata mato (herbicida)? (1) Sim (2) Não (SIGA PARA 138) (99) Não sabe/não respondeu (SIGA PARA 138)
137.1. Se Sim, qual? _____ 137.2. Mais algum, qual? _____
137.3. Qual a frequência? (1) Sempre (2) Às vezes (3) Raramente (99) Não sabe/não respondeu
138. O seu vizinho utiliza veneno mata mato (herbicida)? (1) Sim (2) Não (SIGA PARA 139) (99) Não sabe/não respondeu (SIGA PARA 139)
138.1. Se Sim, qual? _____ 138.2. Mais algum, qual? _____
138.3. Qual a frequência? (1) Sempre (2) Às vezes (3) Raramente (99) Não sabe/não respondeu
DADOS DE INTOXICAÇÕES OCUPACIONAIS
O(A) entrevistado(a) trabalhou na agricultura, pecuária ou extrativismo? (1) Sim (2) Não (SIGA PARA 149)
139. Qual(is) desta(s) atividade(s) o(a) sr(a) realizou/realiza em seu trabalho? (1) Diluição (2) Pulverização (3) Tratamento de sementes (4) Armazenagem (5) Colheita (6) Transporte (7) Desinsetização (8) Produção/formulação (9) outra (99) Não sabe/não respondeu 139. 1 Se outra, qual? _____
140. Qual(is) eram/são os EPI(s) utilizados na(s) atividade(s) realizada(s)?



PROJETO DE PESQUISA CAP: 016/2019 -QUESTIONÁRIO PARA PACIENTES ≥ A 18 ANOS



(1) Chapéu de abas longas (2) Máscara com filtro (3) Luvas de plástico (4) Botas de borracha (5) Avental de plástico (6) Óculos protetor (7) Macacão impermeável (8) Não faz uso de EPI's (99) Não sabe informar/Não respondeu	
141. O(A) sr(a) trabalhou/trabalha diretamente com agrotóxicos (venenos): (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/não respondeu	
142. Quantas horas por dia realizou/realiza esta(s) atividade(s): (1) menos de 8 horas (2) 8 horas (3) 12 horas (4) 24 horas (5) Outra (99) Não sabe/não respondeu	
142.1 Se outra, qual?	
143. Que período do dia realizou/realiza esta(s) atividade(s)? (1) Manhã (2) Tarde (3) Noite (4) Madrugada (99) Não sabe/não respondeu	
144. Quantas vezes por semana realizou/realiza esta(s) atividade(s)? (1) 1 a 3 vezes (2) 4 a 6 vezes (3) Todos os dias (99) Não sabe/não respondeu	
145. Quantas vezes por mês realizou/realiza esta(s) atividade(s)? (1) 1 semana (2) 2 semanas (3) 3 semanas (4) semanas (99) Não sabe/não respondeu	
146. Quantas vezes por ano realizou/realiza esta(s) atividades(s)? (1) 1 mês SIGA PARA 147 (2) 2 meses (3) 3 meses (4) Mais de 3 meses	146.1. Meses seguidos? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/não respondeu
147. Se realizou/realiza a pulverização, como é realizada esta(s) atividade(s)? (1) Manual/Bomba costal (2) Mecânica(trator) (3) Avião (4) Outro (99) Não sabe/não respondeu	
148. Se trabalhou/trabalha na lavoura, onde são/eram lavadas as roupas? (1) Em casa (2) Na empresa (3) Dentro de rio/açude (4) Outro (99) Não sabe/não respondeu	148.1. Se Outro lugar, qual? _____ _____
DADOS DE INTOXICAÇÕES GERAIS	
149. Nos últimos cinco anos, você já teve algum sintoma de intoxicação, tais como diarreia, vômito, dor de cabeça? (1) Sim (2) Não (SIGA PARA 163) (3) Não sabe/não respondeu (SIGA PARA 163)	
150. Diarréia	(1) Sim (2) Não 150.1 (1) mês: _____ (2) ano: _____ (99) Não sabe/não respondeu
151. Vômito	(1) Sim (2) Não 151.1 (1) mês: _____ (2) ano: _____ (99) Não sabe/não respondeu
152. Dor de cabeça	(1) Sim (2) Não 152.1 (1) mês: _____ (2) ano: _____ (99) Não sabe/não respondeu
153. Doença de pele ou alergia	(1) Sim (2) Não 153.1 (1) mês: _____ (2) ano: _____ (99) Não sabe/não respondeu
154. A intoxicação foi decorrente do trabalho/ocupação? (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não respondeu	
154.1. Se Não, a intoxicação foi decorrente do quê? (99) Não sabe/não respondeu	
155. Qual o tipo de intoxicação? (1) Aguda única (2) Aguda repetida (3) Crônica (4) Aguda sobre crônica (99) Não sabe/não respondeu	
156. O(a) sr(a) sabe qual foi a causa da intoxicação? (1) Agrotóxico/uso agrícola (2) Raticida (3) Metal (4) Agrotóxico/uso doméstico (5) Produto veterinário (6) Agrotóxico/uso saúde pública (7) Produto químico de uso industrial (8) Produto de uso Domiciliar (9) Outro (99) Não sabe/não respondeu	
157. Se foi por agrotóxico, qual a finalidade da utilização? (1) Inseticida (2) Herbicida (3) Carrapaticida (4) Raticida (5) Fungicida (6) Preservante para madeira (7) Não se aplica (99) Não sabe/não respondeu	
158. Se agrotóxico, quais as atividades exercidas na exposição atual? (1) Diluição (2) Colheita (3) Pulverização (4) Transporte (5) Tratamento de sementes (6) Desinsetização (7) Armazenagem (8) Produção/formulação (9) Não se aplica (10) Outra (99) Não sabe/não respondeu	
158.1. Se outra, qual?	
159. Se agrotóxico de uso agrícola, qual a cultura/lavoura? (1) Algodão (2) Soja (3) Milho (4) Girassol (5) Arroz (6) Amendoim (7) Batata-doce (8) Cana-de-açúcar (9) Feijão (10) Mandioca (11) Melancia (12) Abacaxi (13) Tomate (14) Vegetais folhosos (couve, alface) (99) Não sabe/não respondeu	

