

Escala de Estratégias de Enfrentamento para Pacientes Oncológicos: Desenvolvimento de uma Medida

Fillipe Rodrigues Santos Pereira¹

Lucas Guimarães Cardoso de Sá²

Mariana do Nascimento Silva¹

Alice Parentes da Silva Santos³

¹Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão, São Luís, Maranhão, Brasil

²Universidade Federal do Maranhão, São Luís, Maranhão, Brasil

³Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão, São Luís, Maranhão, Brasil

Resumo

O objetivo desse estudo foi desenvolver um instrumento capaz de avaliar o enfrentamento de pacientes oncológicos. Foram construídos 112 itens que passaram por análise teórica de juízes especialistas e pré-teste com o público-alvo. Os 42 que restaram após essas etapas foram respondidos por 392 pacientes oncológicos. A análise de validade de estrutura interna foi realizada por análise fatorial exploratória. Denominada como Escala de Estratégias de Enfrentamento para Pacientes Oncológicos (E3PO), os resultados indicaram uma estrutura de 20 itens divididos em dois fatores que explicam 36,05% da variância total. Engajamento no Tratamento, 14 itens (confiabilidade composta de 0,83), avalia compromisso orientado para mudança do estressor. Reações Emocionais, seis itens (confiabilidade composta de 0,75), avalia enfrentamento baseado na expressão de sentimentos negativos advindos do estressor. A E3PO pode futuramente auxiliar na elaboração de planos terapêuticos e avaliação de intervenções comportamentais que tenham como foco o desenvolvimento ou melhoramento do enfrentamento ao câncer.

Palavras-chave: enfrentamento; neoplasias; psicometria

Coping Strategies Scale for Cancer Patients: Development of a Measurement

Abstract

This study aimed to develop a scale to evaluate coping strategies in cancer patients. Initially, 112 items were created and subjected to theoretical analysis by expert judges, followed by a trial with the target population. After these steps, 42 items remained and were answered by 392 cancer patients. An exploratory factor analysis was conducted to assess the scale's internal structure validity. The resulting Coping Strategies Scale for Cancer Patients (E3PO) consists of 20 items grouped into two factors, explaining 36.05% of the total variance. The first factor, Treatment Engagement, includes 14 items (with a composite reliability of .83), which measure commitment to addressing the stressor. The second factor, Emotional Reactions, includes six items (with a composite reliability of .75) that evaluate coping based on the expression of negative emotions coming from the stressor. In the future, E3PO may help in the development of therapeutic plans and the evaluation of behavioral interventions aimed at enhancing coping strategies among cancer patients.

Keywords: coping; neoplasms; psychometry

Escala de Estrategias de Enfrentamiento para Pacientes Oncológicos: Desarrollo de una Medida

Resumen

El objetivo de este estudio fue desarrollar una herramienta para evaluar el afrontamiento de pacientes oncológicos. Se construyeron 112 ítems que fueron sometidos a análisis teórico por parte de jueces especialistas y prueba piloto con la población objetivo. Los 42 ítems restantes tras esta etapa fueron contestados por 392 pacientes oncológicos. El análisis de la validez de la estructura interna se hizo por análisis factorial exploratorio. Denominada Escala de Estrategias de Afrontamiento para Pacientes Oncológicos (E3PO), los resultados señalaron una estructura de 20 ítems divididos en dos factores que explican 36.05% de la varianza total. Compromiso con el Tratamiento con 14 ítems (fiabilidad compuesta .83) evalúa el compromiso orientado hacia el cambio del estresor. Reacciones Emocionales con seis ítems (fiabilidad compuesta .75) evalúa el afrontamiento basado en la expresión de sentimientos negativos derivados del estresor. En el futuro, E3PO puede ser útil en la elaboración de planes terapéuticos y en la evaluación de intervenciones conductuales que se centren en el desarrollo o la mejora del afrontamiento del cáncer.

Palabras clave: enfrentamiento; neoplasias; psicometría

Escala de Estratégias de Enfrentamento para Pacientes Oncológicos: Desenvolvimento de uma Medida

Durante o processo de adoecimento por câncer, o indivíduo é submetido a diferentes situações estressoras (Tralde et al., 2021). O modo como o paciente gerencia

os problemas é uma variável que deve ser considerada para desenvolvimento de postura cooperativa durante o tratamento, o que pode influenciar até mesmo o prognóstico da doença (Brito et al., 2019). Nesse sentido, faz-se importante que os profissionais de saúde

avaliem e estimulem o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento (*coping*) como fator protetivo às adversidades decorrentes do câncer (Borgi et al., 2020).

As estratégias de enfrentamento são recursos cognitivos e comportamentais utilizados para lidar com situações estressoras (Kohlsdorf et al., 2019). O enfrentamento inicialmente foi entendido como um estilo, que estaria intimamente relacionado com a personalidade do indivíduo. Posteriormente, o avanço dos estudos levou a uma concepção de enfrentamento como um processo dinâmico, que é determinado e condicionado por aspectos cognitivos e situacionais (Lazarus & Folkman, 1984; Nunes, 2010). Nesta segunda abordagem, o enfrentamento pode ser dividido com foco: (a) na emoção, em que é voltado para regulação da ativação emocional e controle das reações fisiológicas advindas de um estímulo estressor (Aldao & Plate, 2020); e (b) no problema, em que é dirigido para encontrar soluções e dirimir os mantenedores do estímulo estressor (Nezu et al., 2020).

Para que as intervenções focadas em estratégias de enfrentamento possam ser eficazes, é necessário que haja um processo prévio de avaliação igualmente eficaz. A avaliação psicológica é um procedimento metodológico que subsidia as tomadas de decisão do profissional psicólogo. Os instrumentos psicológicos, tal como o que será proposto nesse estudo, são ferramentas que podem ser utilizadas durante esse processo para gerar dados que auxiliam no direcionamento das intervenções a serem realizadas (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2022).

O *Ways of Coping Checklist* (WCCL), desenvolvido nos Estados Unidos (Folkman & Lazarus, 1980), foi um instrumento pioneiro na avaliação do enfrentamento. Com um total de 68 itens e uma escala de resposta dicotômica (sim/não), avalia o uso de estratégias com foco no problema e na emoção. Aldwin et al. (1980) realizaram análise de componentes principais (ACP) desse instrumento, encontrando uma estrutura de sete fatores: (a) Focalização no Problema, (b) Pensamento Fantasiado, (c) Crescimento, (d) Minimização da Ameaça, (e) Busca de Suporte Social, (f) Autoculpa e (g) Escala Mista.

Com objetivo de revisar o estudo de Aldwin et al. (1980), Vitaliano et al. (1985) realizaram ACP em três diferentes amostras de indivíduos que passavam por estresse frequentemente (83 pacientes psiquiátricos, 62 familiares de pacientes com Alzheimer e 425 estudantes de medicina). Chegou-se a uma estrutura de 46 itens agrupados em seis fatores. No entanto, os autores

decidiram excluir quatro itens e seguir com uma estrutura de cinco fatores: (a) Focalização no Problema, (b) Autoculpa, (c) Pensamento Fantasiado, (d) Busca de Suporte Social e (e) Esquiva. A consistência interna obtida por alfa de Cronbach foi superior a .70 em todos os fatores nas três amostras.

Após novos estudos de investigação da estrutura interna do instrumento original (Folkman & Lazarus, 1985; Folkman et al., 1986), em que os autores aproveitaram para remover, reformular e acrescentar itens, a WCCL foi renomeada para *Ways of Coping (Revised)* (WC-R). Passou a adotar uma escala de resposta tipo Likert de 4 pontos – *não usei* (0), *usei um pouco* (1), *usei um pouco mais* (2) e *usei bastante* (3). Na versão de Folkman e Lazarus (1985), com uma amostra de 108 estudantes de graduação, foi encontrada uma estrutura de 42 itens que se organizaram em seis fatores, mas os autores avaliaram que um dos fatores poderia ser melhor explicado teoricamente se dividido em três. Então, optou-se por oito fatores no total: (a) Enfrentamento Focado no Problema, (b) Pensamento Fantasiado, (c) Afastamento, (d) Busca por Suporte Social, (e) Foco no Positivo, (f) Autoculpa, (g) Redução da Tensão e (h) Auto-isolamento. Já a versão de Folkman et al. (1986) foi resultado de um estudo com uma amostra de 75 casais de meia-idade que responderam ao instrumento em 5 ocasiões diferentes. Foram realizadas três ACPs com diferentes combinações dos dados. Os autores decidiram por uma estrutura de 50 itens divididos igualmente em oito fatores: (a) Enfrentamento Confrontativo, (b) Afastamento, (c) Autocontrole, (d) Busca por Suporte Social, (e) Aceitação de Responsabilidade, (f) Fuga-Esquiva, (g) Resolução de Problemas e (h) Reavaliação Positiva.

No Brasil, o Inventário de Estratégias de *Coping* (IEC) (Savóia et al., 1996) e a Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP) (Gimenes & Queiroz, 2000; Seidl et al., 2001) foram os instrumentos mais utilizados para avaliar estratégias de enfrentamento (Morero et al., 2018; Savóia & Amadera, 2016). O IEC (Savóia et al., 1996) foi desenvolvido tendo como referência o WC-R (Folkman et al., 1986). No processo de tradução, um especialista em Letras revisou os itens traduzidos. A seguir, quatro psicólogos com domínio de inglês responderam ao instrumento na versão original e traduzida. As correlações entre as duas versões para cada juiz foram $r = 0,14$, $r = 0,40$, $r = 0,56$ e $r = 0,70$. Com amostra de 100 estudantes universitários, foi realizada ACP, obtendo-se uma estrutura de 46 itens semelhante à de oito fatores do WC-R. O fator Fuga-Esquiva foi

mantido mesmo contendo apenas dois itens. Além disso, as cargas fatoriais de cinco itens foram inferiores ao consenso estabelecido pela literatura (Pasquali, 2010; Field, 2020) como aceitável.

Em um estudo mais recente, Luca et al. (2020) propuseram uma nova estrutura fatorial ao IEC. Investigaram a validade baseada na estrutura interna a partir de uma amostra de 927 estudantes universitários – com média de 26 anos ($DP = 7,7$) e maioria do sexo feminino. Os autores inicialmente realizaram análise fatorial confirmatória (AFC) que não atendeu ao modelo proposto por Savóia et al. (1996). Realizaram, então, uma análise fatorial exploratória (AFE) e analisaram uma estrutura de dois fatores e uma de quatro fatores, optando pela segunda. Os fatores foram denominados: (a) Reavaliação Positiva (sete itens), (b) Afastamento e Aceitação (16 itens), (c) Suporte Social (oito itens) e (d) Controle e Resolução de Problemas (15 itens). Essa estrutura teve uma variância total explicada de 40,67%, com os seguintes índices de ajuste: $\chi^2/df = 1,43$, CFI = 0,98, GFI = 1 e RMSEA = 0,03.

Gimenes e Queiroz (2000), utilizando uma amostra de mulheres mastectomizadas que tiveram câncer de mama, adaptaram a versão do WCCL de Vitaliano et al. (1985) para o português brasileiro, renomeando-a como EMEP. Os autores realizaram técnicas de análise semântica e tradução reversa e modificaram a escala de resposta dicotômica para uma de tipo Likert de frequência. Prosseguindo com os estudos de adaptação da versão traduzida por Gimenes e Queiroz (2000), Seidl et al. (2001) realizaram ACP a partir de uma amostra de 409 participantes, sendo 157 doentes crônicos. Os autores adicionaram mais um ponto à escala de resposta tipo Likert, reproduzindo a versão adaptada para o espanhol (Rodríguez-Marín et al., 1992) – *eu nunca faço isso* (1), *eu faço isso um pouco* (2), *eu faço isso às vezes* (3), *eu faço isso muito* (4) e *eu faço isso sempre* (5). Foram extraídos 45 itens, que se organizaram em uma estrutura de quatro fatores (25,7% da variância total): (a) Estratégias de Enfrentamento Focalizadas no Problema, (b) Estratégias de Enfrentamento Focalizadas na Emoção, (c) Práticas Religiosas/Pensamento Fantasiado e (d) Busca de Suporte Social.

Considerando que (a) ambos os instrumentos foram explorados estruturalmente por meio de ACP (assim como os instrumentos dos quais foram adaptados), um método analítico pouco recomendado para trabalhar com variáveis psicológicas com características reflexivas, e (b) que a IEC possui limitações relacionadas a tomadas de decisão no processo de adaptação, como a permanência sem

justificativa de cinco itens com carga fatorial abaixo de 0,30 e um fator inteiro composto por apenas dois itens, os resultados gerados por estes instrumentos precisam ser interpretados de forma cautelosa.

Entende-se ainda que os instrumentos citados não conseguem capturar as características situacionais-culturais do enfrentamento em pacientes oncológicos, por se configurarem como uma proposta de medida mais ampla de enfrentamento, a maioria com uso de amostras não-clínicas no seu processo de desenvolvimento. Outro aspecto limitador é o número de itens presentes nesses instrumentos, que dificultam sua utilização em um *setting* com menor controle do avaliador, como o hospitalar, pela quantidade de tempo que demandam para serem aplicados. Por isso, seria importante a criação de uma escala breve, que otimize o tempo de avaliação e não dificulte o engajamento do respondente.

Diante do que foi apresentado, as perguntas feitas para este estudo foram: (a) quais comportamentos podem ser considerados estratégias de enfrentamento no contexto oncológico? (b) como esses comportamentos se organizam em uma estrutura com evidências de validade e fidedignidade? Logo, o objetivo geral deste estudo foi desenvolver uma escala breve capaz de avaliar o repertório de estratégias de enfrentamento de pacientes oncológicos. Objetivos específicos foram: (a) relatar o processo de construção dos itens do instrumento e (b) aferir a qualidade inicial das suas propriedades psicométricas (validade de conteúdo, validade de estrutura interna e fidedignidade por consistência interna). Como hipóteses, acredita-se que (a) a E3PO apresenta dois fatores e (b) que o conteúdo dos fatores é condizente com a classificação em foco no problema e na emoção segundo a teoria do enfrentamento de Lazarus e Folkman (1984).

Método

Estudo 1 – Validade de Conteúdo

Participantes

Para este estudo, fizeram-se necessárias diferentes amostras que corresponderam às etapas progressivas da construção do instrumento. A primeira amostra, obtida para a etapa de elaboração de itens, foi composta por 31 pacientes oncológicos, sendo 17 homens. Nove possuíam faixa etária entre 18 e 39 anos, 11 tinham idades entre 40 e 59 anos e 11 estavam com 60 anos ou mais. Quanto a modalidade de tratamento, 16 estavam em ambulatório e 15 internados. Da mesma forma, 16 eram residentes da cidade onde se localizavam as instituições

de tratamento e 15 moravam em outros municípios e se deslocavam de cidade para realizar o tratamento.

A segunda amostra, que fez parte da análise semântica e teórica de juízes, foi formada por cinco especialistas, psicólogos com conhecimento teórico e experiência prática no atendimento psicológico de pacientes oncológicos. Na terceira amostra, utilizada na etapa de pré-teste, participaram 12 pacientes oncológicos, divididos igualmente entre sexo masculino e feminino.

Instrumentos

Roteiro de Entrevista Semiestruturada.

Composto por uma única pergunta aberta inicial disparadora, com perguntas de sondagem adicionadas conforme a situação, para esclarecer as respostas (Stewart & Cash Jr., 2015). O enunciado foi: “As pessoas reagem de jeitos diferentes quando estão em uma situação difícil ou passando por um estresse grande. Pense sobre como você está lidando com sua doença nesse momento do tratamento. Me conta o que você faz que te ajuda a passar pela situação atual que você está vivendo?”. A partir da entrevista, foi possível fazer um levantamento das estratégias que os pacientes utilizavam para lidar com os estressores relacionados ao câncer.

Ficha de Validade de Conteúdo. Utilizado pelos juízes especialistas para avaliar os itens construídos. Para cada item, eles precisavam responder as perguntas: (a) O quanto o item tem uma linguagem compreensível e acessível para população-alvo? (b) O quanto o item mensura uma estratégia de enfrentamento? (c) O quanto o item representa um comportamento importante a ser mensurado? e (d) O item descreve um enfrentamento focado no problema ou na emoção? Essas perguntas representavam, respectivamente, os critérios de clareza (o quanto o item tem uma linguagem compreensível e acessível para população-alvo), pertinência (o quanto o item mensura uma estratégia de enfrentamento), relevância (o quanto o item representa um comportamento importante a ser mensurado) e dimensão (como o item é classificado teoricamente). Os juízes atribuíram notas de 1 a 5 para os três primeiros critérios e definiam enfoco no problema ou na emoção para o quesito dimensão. Além disso, eles também poderiam sugerir alteração na redação dos itens que considerassem de difícil compreensão pelos pacientes.

Escala de Estratégias de Enfrentamento para Pacientes Oncológicos (E3PO). Desenvolvido neste estudo para avaliar estratégias de enfrentamento

específicas de pacientes oncológicos. Foi adotada uma escala de resposta tipo Likert de frequência, variando entre 0 (*nunca*) a 4 (*sempre*). As propriedades psicométricas serão apresentadas e discutidas nas seções de Resultados e Discussão.

Procedimentos

A pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil (CAAE: 42647221.2.0000.5086) e aprovada pelo co-mitê de ética do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (parecer 4.599.194). A coleta de dados ocorreu nos meses de Junho e Julho de 2021 e foi realizada presencialmente com os pacientes (Entrevista Semiestruturada e pré-teste) e de modo remoto com os juízes especialistas.

Os participantes da primeira amostra foram apresentados à pesquisa e convidados a participarem. Após aceite, responderam à Entrevista Semiestruturada com o objetivo de identificar as estratégias cognitivas e comportamentais utilizadas para enfrentar a doença. O conteúdo das entrevistas foi fonte para construção dos itens, que, em seguida, foram submetidos a análise semântica e teórica, sendo apreciados pelos juízes especialistas (segunda amostra). Em seguida, um pré-teste de funcionamento da E3PO foi realizado para verificar dúvidas e dificuldades de compreensão dos itens entre a população-alvo (terceira amostra).

Análise de Dados

As entrevistas realizadas com a primeira amostra passaram por uma análise temática (Braun & Clarke, 2019), buscando identificar os comportamentos que representavam enfrentamento em seu conteúdo. Levou-se em consideração a frequência com que eles apareciam nos relatos dos participantes, a semelhança com itens de outros instrumentos que avaliam o mesmo construto e a teoria do enfrentamento.

Na análise semântica e teórica dos itens, os juízes especialistas precisaram avaliar todos os itens em clareza, pertinência, relevância e dimensão. Em relação aos três primeiros critérios, quantificou-se a validade de conteúdo por meio do V de Aiken, utilizando-se de ferramentas do Excel e o software ICAiken (Visual Basic 6.0) (Soto & Segovia, 2009). Adotaram-se critérios mais rigorosos que o recomendado pela literatura, com ponto de corte para aceitação do item a partir de concordância de .90 e intervalos de confiança de 99%. Em relação à dimensão, foram selecionados os itens em que quatro juízes, no mínimo, concordavam com a mesma classificação teórica.

Posteriormente, no pré-teste, realizou-se uma análise qualitativa sobre o nível de compreensão do instrumento. Foram modificados ou excluídos itens que se mostravam como obstáculos para o entendimento completo do instrumento pelos participantes.

Estudo 2 – Validade de Estrutura Interna

Participantes

A amostra foi formada por 392 participantes, pacientes oncológicos, entre 18 e 92 anos ($M = 51,49$; $DP = 15,09$), sendo que 22,2% estavam na faixa etária 18-39 anos, 45,9% entre 40-59 anos e 31,9% com 60 anos ou mais. O sexo feminino foi predominante (60,2%). Em relação a escolaridade, 6,9% nunca frequentaram o ensino formal, 41,9% tinham ensino fundamental, 37,8% tinham ensino médio e 13,4% tinham ensino superior. Quanto ao local de residência, 46,2% moravam na região metropolitana de São Luís/MA (capital e municípios vizinhos), 53,1% residiam em outros municípios do estado do Maranhão e 0,8% morava em outro estado ou país. Sobre a modalidade de tratamento, 65,1% eram pacientes de ambulatório e 34,9% estavam em regime de internação.

Questionário Sociodemográfico e Clínico.

Construído para esta pesquisa, para obtenção de dados que caracterizassem a amostra e o contexto da resposta. O questionário era dividido em duas partes. A primeira constituída por questões sociodemográficas. A segunda por informações clínicas da doença e do tratamento.

Escala de Estratégias de Enfrentamento para Pacientes Oncológicos (E3PO) Desenvolvida no Estudo 1.

Procedimentos

A coleta de dados iniciou em setembro de 2021 e se encerrou em fevereiro de 2022, ocorrendo em dois hospitais oncológicos, um público e outro filantrópico. Todos os participantes foram informados sobre os riscos e benefícios da pesquisa por meio de comunicação oral do pesquisador e apresentação escrita do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assim como a confidencialidade e privacidade das informações prestadas e a possibilidade de desistência sem prejuízo em qualquer momento da pesquisa. Feito o convite aos potenciais participantes, avaliou-se a possibilidade de aplicação imediata ou agendamento para data e horário que estivesse disponível, confortável e motivado.

Após o rapport inicial a fim do estabelecimento de vínculo (Gilligan et al., 2018), a aplicação dos

instrumentos foi realizada individualmente com cada participante em modalidade de entrevista. Para a coleta do Estudo 2, foi necessário formar uma equipe composta pelo primeiro autor deste estudo e mais quatro estudantes de graduação em psicologia, recrutados levando em consideração afinidade e prática anterior em avaliação psicológica. Definida a equipe, todos foram treinados em estratégias de enfrentamento, manejo do paciente oncológico, rapport, postura ética e técnicas de entrevista.

Análise dos Dados

Para as análises psicométricas, foi utilizada a versão 12.01.12 do *software* FACTOR (Lorenzo-Seva & Ferrando, 2021). Os dados perdidos foram imputados automaticamente pelo software por meio do método de Imputação Múltipla (Lorenzo-Seva & Van Ginkel, 2016). Foi verificada a adequação da matriz de correlação com o teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). Para verificar a validade da estrutura interna, realizou-se AFE configurada para matriz policórica, com método de extração *robust diagonally weighted least squares* (Robust DWLS) (Asparouhov & Muthen, 2010) e rotação *robust promin* (Lorenzo-Seva & Ferrando, 2019). Para definir o número de fatores, foram utilizados três diferentes critérios: BIC, método Hull (Lorenzo-Seva et al., 2011) e análise paralela (AP) com permutação aleatória (Timmerman & Lorenzo-Seva, 2011).

Para permanência dos itens na escala, adotou-se como ponto de corte para as cargas fatoriais a regra 0,40/0,30/0,20. Nela, Howard (2016) orienta que o item deve carregar acima de 0,40 em um fator, não podendo ter uma carga igual ou superior a 0,30 em um segundo fator e necessariamente haver uma diferença de 0,20 ou maior entre os valores da carga no fator principal para as cargas desse mesmo item nos fatores alternativos. O ajuste do modelo teórico aos dados observados foi apontado pelo *Comparative Fit Index* (CFI), *Tucker-Lewis Index* (TLI) e *Root Mean Square Error Of Aproximation* (RMSEA) (Hair et al., 2009). Também foram obtidos os valores de variância explicada e de correlação entre os fatores. A fidedignidade por consistência interna foi avaliada por confiabilidade composta (CC), por meio de uma calculadora on-line (Colwell, 2016).

Resultados

Estudo 1 – Validade de Conteúdo

Os comportamentos identificados como enfrentamento nas entrevistas foram convertidos em

112 itens e classificados pelos autores, segundo a teoria de Lazarus e Folkman (1984), em foco no problema e na emoção. Na análise de validade de conteúdo desses itens, 47 cumpriram simultaneamente os critérios de clareza, pertinência e relevância e de adequação à dimensão teórica, conforme mostra a Tabela 1.

Ainda nesta etapa, foram aceitas as sugestões dos juízes especialistas que estavam de acordo com as regras de construção de instrumentos psicológicos (Pasquali, 2010). Por sugestão deles, 10 itens tiveram sua redação modificada para se tornarem mais compreensíveis (Tabela 2) e foi realizada a exclusão do item 19 pela semelhança em comparação ao item 44, que possuía melhores valores para o V de Aiken. Assim, a escala passou a conter 46 itens e foi organizada alternando os 24 itens com foco no problema e os 22 itens com foco na emoção.

A versão de 46 itens foi submetida a um pré-teste de funcionamento com amostra do público-alvo. Durante esta etapa, constatou-se a necessidade de alterar a redação de 13 itens (Tabela 2). Após as correções, os itens 15, 22, 59 e 81 continuaram apresentando dificuldade de compreensão durante as aplicações. Optou-se então pela sua exclusão. Permaneceram 42 itens, que compuseram a escala utilizada na coleta de dados para o Estudo 2, com amostra ampla de pacientes oncológicos.

Estudo 2 – Validade de Estrutura Interna

Ao realizar a inspeção prévia dos dados, optou-se pela exclusão de 10 itens (1, 10, 16, 51, 57, 61, 67, 74, 83, 102) por apresentarem desvios severos de normalidade, com tendência a efeito teto ou efeito chão, podendo ser resultado de deseabilidade social na resposta dos participantes. Para essa decisão, foi utilizado um critério estabelecido a partir do que é mencionado em Marôco (2014), de que assimetria superior a dois e curtose superior a sete seriam indicativos de violação extrema desses parâmetros. Neste momento das análises, restavam 32 itens.

A medida de adequação amostral (KMO = 0,79) demonstrou adequabilidade dos dados para realização da análise fatorial. Os três critérios utilizados (BIC, Hull e AP) sugeriram uma estrutura de dois fatores como melhor modelo para os dados. Na execução da AFE, os itens 12, 13, 25, 44, 62, 64, 65, 76, 84, 86, 89 e 92 foram excluídos por não cumprirem as recomendações de Howard (2016), apresentadas anteriormente. Assim, permaneceram 20 itens na versão final do instrumento (Tabela 3). Todas as cargas fatoriais foram significativas.

Os fatores foram nomeados como Engajamento no Tratamento (F1), com 14 itens e variância explicada de 22,38%, e Reações Emocionais (F2), com seis itens e variância explicada de 13,67%. A correlação de Pearson entre os fatores foi quase nula ($r = 0,11$). Os índices de ajuste do modelo cumpriram as recomendações da literatura ($\chi^2/df = 1,70$; $p < 0,001$; CFI = 0,95; TLI = 0,94; RMSEA = 0,04). A fidedignidade para o Engajamento no Tratamento foi de 0,83 e para Reações Emocionais foi de 0,75.

Discussão

Ao se analisar os itens agrupados em fatores após AFE, percebe-se que Engajamento no Tratamento é o mais extenso da escala e, concomitante a isso, o que possui maior variância explicada, mostrando-se o fator mais consistente e que melhor representa teórica e estatisticamente a especificidade do enfrentamento do paciente oncológico. O primeiro fator pode ser compreendido, de modo geral, como enfrentamento adaptativo com foco no problema para o contexto de saúde. Ele aglutina itens que caracterizam o compromisso para com as propostas terapêuticas da equipe de saúde por meio de protagonismo do paciente.

Esse fator também avalia o quão protetiva é a rede de relações sociais do paciente oncológico para interação empática e auxílio à tomada de decisões (Calderon et al., 2021), assim como evidencia as crenças prospectivas do paciente de que o tratamento será bem-sucedido (Rudnicki, 2020). Na prática clínica-hospitalar, sabe-se que esse discurso aparece muito associado à espiritualidade (Ciria-Suarez et al., 2021). A literatura mostra que quando essas crenças são pautadas na realidade podem ser um indicativo de bom prognóstico (El Azhari & Benider, 2022).

O fator engloba hedonismo (“Aproveito os momentos bons da vida”), aprendizagem (“Aprendo como o meu corpo funciona para cuidar melhor dele”), comunicação assertiva (“Peço ajuda para as pessoas quando preciso”), busca por suporte (“Mantenho por perto pessoas que podem me ajudar”), postura ativa (“Faço tarefas para me manter ativo”), gregarismo (“Procuro ficar acompanhado, com outras pessoas por perto”), fantasia (“Faço de conta que não estou doente”), discernimento (“Identifico atividades que me fazem sentir bem”), flexibilidade (“Mudei meu estilo de vida para lidar melhor com a rotina do tratamento”), compromisso (“Busco informações sobre o meu tratamento com os profissionais de

Tabela 1.
Avaliação por Juízes dos Itens para E3PO

Itens da E3PO	V de Aiken			
	C	Pe	R	D
1. Bebo para esquecer os problemas.	1	0,90	0,95	E (5) ^a
6. Evito pensar na doença.	1	1	1	E (5)
10. Me conformo que as coisas são como devem ser.	1	1	0,95	E (4)
11. Procuo não sofrer por antecipação.	0,95	0,90	0,90	E (5)
12. Converso sobre a doença com outras pessoas.	1	1	1	Pr (4)
13. Busco conhecer melhor a doença.	1	0,95	1	Pr (4)
15. Uso estratégias que já aprendi com outros problemas que passei na vida.	0,95	1	1	E (4)
16. Busco pensar que o tratamento vai dar certo.	0,95	0,90	1	E (4)
18. Aproveito os momentos bons da vida.	1	1	1	E (5)
19. Sigo as orientações dos profissionais de saúde.	0,95	1	1	Pr (5)
21. Aprendo como o meu corpo funciona para cuidar melhor dele.	0,95	0,95	0,95	Pr (4)
22. Evito falar o nome da doença.	1	0,95	0,95	E (4)
25. Xingo quando recebo uma notícia ruim relacionada ao tratamento.	0,95	0,95	0,95	E (5)
33. Choro quando passo por um momento difícil no tratamento.	1	0,90	0,95	E (4)
36. Mantenho por perto pessoas que podem me ajudar.	1	0,95	0,95	Pr (5)
37. Faço tarefas para me manter ativo.	0,90	0,90	0,90	Pr (4)
44. Cumpro as orientações que me passam no tratamento.	1	1	1	Pr (5)
50. Procuo ficar acompanhado, com outras pessoas por perto.	1	0,95	0,90	E (4)
51. Me esforço para manter o tratamento, mesmo com as dificuldades encontradas.	1	1	1	Pr (4)
52. Fico sozinho para não me sentir pressionado por outras pessoas.	0,90	1	0,95	E (4)
57. Colaboro com os profissionais de saúde no meu tratamento.	0,95	0,95	0,95	Pr (5)
59. Evito fazer pedidos para não incomodar meus familiares.	0,95	0,95	1	E (4)
61. Confio que é possível alcançar a cura.	1	0,95	0,90	E (4)
62. Discordo de decisões dos profissionais de saúde quando percebo que elas resultam em poucas melhoras para mim.	0,95	1	1	Pr (4)
63. Faço de conta que não estou doente.	1	1	1	E (5)
64. Aceito ajuda financeira quando as pessoas me oferecem.	1	0,95	0,90	Pr (5)
65. Fico atento a como me sinto durante o dia.	0,90	0,95	1	Pr (4)
66. Evito falar dos meus sentimentos para não deixar meus familiares tristes.	1	1	1	E (4)
67. Faço planos realistas para depois que terminar meu tratamento.	0,90	0,95	1	Pr (4)
70. Peço ajuda para as pessoas quando preciso.	1	1	0,90	Pr (5)
72. Identifico atividades que me fazem sentir bem.	0,95	0,90	0,95	Pr (4)
73. Reorganizei minha vida para lidar com a nova rotina após saber da doença.	0,90	1	1	Pr (5)
74. Procuo criar vínculos com os profissionais de saúde.	0,90	1	1	Pr (4)
76. Avalio as melhores opções para lidar com o problema antes de agir.	0,95	0,90	0,90	Pr (4)
79. Busco informações sobre o meu tratamento com os profissionais de saúde.	1	1	1	Pr (5)

(Continua)

Tabela 1.

Avaliação por Juízes dos Itens para E3PO (Continuação)

81. Avalio se uma estratégia funcionou depois de usá-la.	0,90	0,90	0,90	Pr (4)
83. Mantenho esperança de voltar a viver como antes da doença.	0,95	0,95	0,95	E (5)
84. Converso com pessoas que estão passando pela mesma situação que eu.	1	0,95	1	Pr (5)
86. Peço orientações dos psicólogos sobre como lidar melhor com a doença.	1	0,90	1	Pr (5)
89. Peço conselho para meus familiares e amigos.	1	0,95	1	Pr (5)
92. Busco orientações do meu líder religioso.	1	0,90	1	Pr (4)
99. Mantenho a calma para deixar meus familiares e amigos tranquilos.	0,95	1	1	E (4)
101. Me inspiro em outras pessoas que superaram a doença.	1	1	1	E (4)
102. Faço o tratamento sabendo que a situação é séria.	0,95	1	1	E (5)
104. Evito levar para o pessoal os erros cometidos pelos profissionais de saúde.	0,95	1	1	E (4)
106. Penso que os momentos mais difíceis do tratamento já passaram.	0,90	0,90	1	E (4)
112. Busco aprender lições com o adoecimento.	1	0,95	1	Pr (4)

Nota. C = Clareza; Pe = Pertinência; R = Relevância; D = Dimensão; E = Emoção; Pr = Problema.

^a Os números em parênteses nessa coluna referem-se à quantidade de juízes que classificaram o item como evidenciado.

saúde”), autocontrole (“Mantenho a calma para deixar meus familiares e amigos tranquilos”), modelação (“Me inspiro em outras pessoas que superaram a doença”), positividade (“Penso que os momentos mais difíceis do tratamento já passaram”) e resignificação (“Busco aprender lições com o adoecimento”).

O segundo fator, Reações Emocionais, é representado por itens de um enfrentamento voltado para a experimentação/vivência de sentimentos negativos. O fator abrange angústia (“Fico pensando na doença o dia inteiro”), catastrofização (“Imagino o pior antes mesmo das coisas acontecerem”), vulnerabilidade (“Choro quando passo por um momento difícil no tratamento”), isolamento (“Fico sozinho para fugir da cobrança que outras pessoas me fazem”), introversão (“Escondo meus sentimentos para não deixar meus familiares tristes”) e agressividade (“Levo para o lado pessoal os erros cometidos pelos profissionais de saúde”).

Se utilizado de forma exclusiva, contínua e de longo prazo, é possível que esses comportamentos não contribuam para o manejo do estresse, podendo ser potencialmente desadaptativos, facilitando o surgimento de uma atitude resignada e catastrófica em relação ao câncer e impedindo a adesão a comportamentos saudáveis voltados para mudança advinda do tratamento oncológico (Aldao & Plate, 2020). Apesar de ser equivocada a patologização

de respostas emocionais que são esperadas após o recebimento de um diagnóstico e tratamento de câncer, é preciso ser cauteloso caso esses comportamentos sejam manifestados frequentemente em um longo período (e causando prejuízos funcionais na vida do paciente). Os transtornos psiquiátricos podem ser entendidos como uma forma de enfrentamento desadaptativo ao estresse (Nezu et al., 2020), então é importante investigar se esses comportamentos estão indicando a instalação ou manutenção de alguma psicopatologia, que são altamente comórbidas ao câncer (Wang et al., 2020). Vistos dessa forma, seriam então uma espécie de fuga, um polo oposto do enfrentamento.

No entanto, a curto prazo, de forma pontual e combinado com Engajamento no Tratamento, essa forma de enfrentamento pode ser útil e adaptativa, na medida em que experimentar e demonstrar sentimentos negativos pode ser uma forma de proteção aos comportamentos e cognições de si mesmo e dos demais. Viver de acordo com a realidade, sem bloqueá-la, permite a adoção de uma atitude de aceitação em relação a experiência emocional vivenciada e, por conseguinte, melhor ajuste psicológico (Rudnicki, 2020; Secinti et al., 2019). A Terapia de Aceitação e Compromisso, por exemplo, tem como uma de suas bases a compreensão de que a aceitação é uma importante condição para a ação comprometida para mudança (Hayes et al., 2021).

Tabela 2.

Alteração da redação de itens para E3PO

Redação original	Nova redação
Avaliação dos Juízes	
1. Bebo para esquecer os problemas.	1. Bebo para esquecer os problemas causados pela doença.
11. Procuo não sofrer por antecipação.	11. Evito sofrer por antecipação.
25. Xingo quando recebo uma notícia ruim relacionada ao tratamento.	25. Seguro a raiva quando recebo uma notícia ruim relacionada ao tratamento.
44. Cumpro as orientações que me passam no tratamento.	44. Busco cumprir as orientações que me passam no tratamento.
64. Aceito ajuda financeira quando as pessoas me oferecem.	64. Aceito ajuda financeira de outras pessoas para despesas com o tratamento.
65. Fico atento a como me sinto durante o dia.	65. Fico atento aos meus sentimentos ao longo do dia.
74. Procuo criar vínculos com os profissionais de saúde.	74. Procuo criar uma boa relação com os profissionais de saúde.
83. Mantenho esperança de voltar a viver como antes da doença.	83. Tenho esperança de voltar a viver como antes da doença.
86. Peço orientações dos psicólogos sobre como lidar melhor com a doença.	86. Busco ajuda de psicólogos sobre como posso lidar melhor com a doença.
89. Peço conselho para meus familiares e amigos.	89. Peço conselho para familiares e amigos sobre como posso lidar com a doença.
Pré-Teste	
6. Evito pensar na doença.	6. Fico pensando na doença o dia inteiro.
11. Evito sofrer por antecipação.	11. Imagino o pior antes mesmo das coisas acontecerem.
15. Uso estratégias que já aprendi com outros problemas que passei na vida.	15. Uso o que já aprendi com outros problemas para resolver as dificuldades de agora.
22. Evito falar o nome da doença.	22. Fico incomodado ao ter que falar o nome da doença para outras pessoas.
52. Fico sozinho para não me sentir pressionado por outras pessoas.	52. Fico sozinho para fugir da cobrança que outras pessoas me fazem.
59. Evito fazer pedidos para não incomodar meus familiares.	59. Me sinto incomodado em ter que ficar pedindo favores para meus familiares.
62. Discordo das decisões dos profissionais de saúde quando percebo que elas resultam em poucas melhoras para mim.	62. Concordo com os profissionais de saúde mesmo quando me sinto prejudicado.
66. Evito falar dos meus sentimentos para não deixar meus familiares tristes.	66. Escondo meus sentimentos para não deixar meus familiares tristes.
67. Faço planos realistas para depois que terminar meu tratamento.	67. Faço planos para depois que terminar meu tratamento.
73. Reorganizei minha vida para lidar com a nova rotina após saber da doença.	73. Mudei meu estilo de vida para lidar melhor com a rotina do tratamento.
76. Avalio as melhores opções para lidar com o problema antes de agir.	76. Paro o que estou fazendo para pensar como posso resolver um problema.
81. Avalio se uma estratégia funcionou depois de usá-la.	81. Observo se o que fiz para resolver um problema funcionou corretamente.
104. Evito levar para o pessoal os erros cometidos pelos profissionais de saúde.	104. Levo para o lado pessoal os erros cometidos pelos profissionais de saúde.

Tabela 3.
Análise Fatorial da E3PO

Itens da E3PO		Cargas fatoriais	
		F1	F2
101	Me inspiro em outras pessoas que superaram a doença.	0,61	0,05
99	Mantenho a calma para deixar meus familiares e amigos tranquilos.	0,60	-0,04
18	Aproveito os momentos bons da vida.	0,59	-0,17
112	Busco aprender lições com o adoecimento.	0,58	-0,05
22	Peço ajuda para as pessoas quando preciso.	0,52	0,04
72	Identifico atividades que me fazem sentir bem.	0,51	-0,09
37	Faço tarefas para me manter ativo.	0,51	0,08
73	Mudei meu estilo de vida para lidar melhor com a rotina do tratamento.	0,51	-0,07
36	Mantenho por perto pessoas que podem me ajudar.	0,49	-0,13
50	Procuro ficar acompanhado, com outras pessoas por perto.	0,48	0,17
79	Busco informações sobre o meu tratamento com os profissionais de saúde.	0,48	0,22
63	Faço de conta que não estou doente.	0,47	0,02
21	Aprendo como o meu corpo funciona para cuidar melhor dele.	0,42	-0,08
106	Penso que os momentos mais difíceis do tratamento já passaram.	0,42	0,07
52	Fico sozinho para fugir da cobrança que outras pessoas me fazem.	-0,07	0,72
11	Imagino o pior antes mesmo das coisas acontecerem.	-0,06	0,65
6	Fico pensando na doença o dia inteiro.	-0,17	0,60
33	Choro quando passo por um momento difícil no tratamento.	0,19	0,50
104	Levo para o lado pessoal os erros cometidos pelos profissionais de saúde.	0,05	0,49
66	Escondo meus sentimentos para não deixar meus familiares tristes.	0,12	0,48
	Pontuação mínima obtida	18	0
	Pontuação máxima obtida	56	24
	Média	44,49	10,8
	(Desvio Padrão)	(15,32)	(5,44)

Ao visualizarmos os dois fatores comparativamente, percebe-se que os itens de Engajamento no Tratamento enfatizam um comportamento mais ativo do paciente, enquanto Reações Emocionais apresenta comportamentos mais reativos ao estresse. Os resultados obtidos permitem a conjecturação de que um paciente pode apresentar as duas formas de enfrentamento concomitantemente. Devido ao fato do câncer ser uma doença crônica, o paciente pode transitar entre essas formas de enfrentamento de acordo com variáveis como prognóstico, efeitos colaterais do tratamento, motivação e estados emocionais, entre outros (Nunes, 2010).

Quando os itens dos dois fatores da E3PO são comparados com suas dimensões definidas pelos juízes na validade de conteúdo, destaca-se que Reações Emocionais é inteiramente formado por itens desenvolvidos para representar o enfrentamento

com foco na emoção. Por sua vez, Engajamento no Tratamento mostra-se mais heterogêneo, havendo itens de ambas as dimensões. Logo, a divisão de dois fatores, apesar de guardar algumas semelhanças, não contempla integralmente a teoria de Lazarus e Folkman (1984) propriamente dita. Nesse caso, percebe-se que apenas uma das hipóteses deste estudo foi atendida. Porém, esse resultado não é exclusivo do presente estudo. Apesar da importância conceitual da classificação em foco no problema e na emoção, a teoria proposta por Lazarus e Folkman (1984) não vem se reproduzindo empiricamente, de forma limpa, na literatura. Pode-se exemplificar tal afirmação a partir das variadas estruturas dos instrumentos que tomaram como referência a mesma teoria, mas chegaram a uma divisão em mais de dois fatores (Aldwin et al., 1980; Folkman & Lazarus, 1985; Folkman et al., 1986; Luca et al., 2020;

Rodríguez-Marín, 1992; Savóia et al., 1996; Seidl et al., 2001; Vitaliano et al., 1985).

Ao ser comparada aos instrumentos utilizados no Brasil, percebe-se que a E3PO é estruturalmente diferente, apresentando uma quantidade menor de itens e de fatores. Obviamente que isso está relacionado ao objetivo de a E3PO ser uma escala breve que se propõe a avaliar um contexto específico de enfrentamento. Em comparação com a versão da IEC de Luca et al. (2020), Engajamento no Tratamento compreende itens semelhantes aos dos fatores Controle e Resolução de Problemas, Reavaliação Positiva e Suporte Social. Já os itens de Reações Emocionais podem ser vistos como semelhantes ao fator Aceitação e Afastamento da IEC (Luca et al., 2020). Quando comparada à EMEP, Engajamento no Tratamento inclui a postura adaptativamente confrontativa do fator Estratégias Focalizadas no Problema, os sentimentos de esperança e fé de Práticas Religiosas/Pensamento Fantástico e busca por apoio emocional, instrumental e informativo de Busca de Suporte Social. Já o fator Estratégias Focalizadas na Emoção da EMEP, como o nome sugere, aglutina itens com enfrentamento focado na emoção e possui função semelhante a Reações Emocionais.

Considerações Finais

Na construção dos itens, teve-se cuidado em não citar diretamente em seu conteúdo a palavra “câncer”, visto carregar um enorme estigma social e, por consequência, ter efeito punitivo nos pacientes. A quantidade de itens redigidos, ainda que nem todos tenham cumprido simultaneamente os critérios da análise de juízes, demonstra a multiplicidade do enfrentamento utilizado pelo paciente oncológico para lidar com as situações causadoras de estresse.

Foi possível constatar que, ainda que iniciais, os resultados obtidos foram satisfatórios quanto aos procedimentos executados e objetivos traçados para a pesquisa. A ampla exclusão de itens é esperada no processo de construção de medidas psicológicas mais breves, ainda mais visto os critérios rígidos utilizados para permanecerem no instrumento no presente estudo (Pasquali, 2010; Soto & Segovia, 2009; Howard, 2016). Esse rigor se deve ao contexto para o qual esse instrumento está sendo construído. Devido às particularidades da população-alvo estudada e as condições clínicas e ambientais no qual se encontram, foi priorizado o desenvolvimento de uma escala breve com

uma quantidade de itens que não dificulte o engajamento dos respondentes.

A generalização dos resultados para a população brasileira pode ser considerada uma limitação desse estudo, visto a amostra estar concentrada em duas instituições de uma única cidade do país que atendem majoritariamente indivíduos com menor poder aquisitivo. A ampliação dessa pesquisa para outras regiões do Brasil e com maior representatividade de diferentes classes socioeconômicas é importante para verificar a consistência dos dados aqui obtidos. Além disso, mais evidências precisam ser acumuladas para torná-la uma medida mais estável e robusta, o que dá uma grande margem para novos estudos. Procedimentos importantes para estudos posteriores são adicionar mais evidências de qualidade da estrutura interna (e.g., por AFC, modelagem de equações estruturais e teoria de resposta ao item) e verificar a validade baseada na relação com variáveis externas como estresse, estados emocionais, qualidade de vida, entre outras, assim como estabelecer normas de interpretação e padronização de aplicação e correção do instrumento.

Apesar das limitações apresentadas, esse estudo é relevante por preencher uma lacuna na avaliação das estratégias de enfrentamento dos pacientes oncológicos com a criação de uma escala que poderá ser disponibilizada de forma gratuita e capaz de avaliar tal construto nessa população específica. O instrumento poderá possibilitar uma avaliação mais confiável e um importante passo para que possa ser utilizado futuramente no âmbito profissional como auxílio à tomada de decisão em intervenções. Ao avaliar o repertório de estratégias de enfrentamento, poderá permitir a criação de projetos terapêuticos e planos de ação para o tratamento focado no desenvolvimento de estratégias ausentes e/ou deficitárias e reforçamento de estratégias adaptativas por meio de treinamento e psicoeducação. Também é possível que seja usada para mensurar a efetividade das intervenções realizadas.

Referências

- Aldao, A., & Plate, A. J. (2020). Enfrentamento e regulação emocional. In S. C. Hayes, & S. G. Hofmann (Eds.), *Terapia cognitivo-comportamental baseada em processos: Ciência e competências clínicas* (pp. 282-293). Editora Artmed.
- Aldwin, C., Folkman, S., Shaefer, C., Coyne, J., & Lazarus, R. (1980, September 1-5). *Ways of Coping Checklist: A process measure* [Paper presentation].

- American Psychological Association 88th Annual Convention, Montreal, QC, Canadá.
- Asparouhov, T., & Muthen, B. (2010). Simple second order chi-square correction. *Mplus technical appendix*, 1-8. Recuperado de https://www.statmodel.com/download/WLSMV_new_chi21.pdf
- Borgi, M., Collacchi, B., Ortona, E., & Cirulli, F. (2020). Stress and coping in women with breast cancer: Unravelling the mechanisms to improve resilience. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *119*, 406-421. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.10.011>
- Braun, V., & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, *11*(4), 589-597. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>
- Brito, A., Teruya, K. I., & Remor, E. (2019). Avaliação psicológica para a modificação de hábitos e estilos de vida não saudáveis. In C. S. Hutz, D. R. Bandeira, C. M. Trentini, & E. Remor. (Eds.), *Avaliação psicológica nos contextos de saúde e hospitalar* (pp. 150-169). Editora Artmed.
- Calderon, C., Gomez, D., Carmona-Bayonas, A., Hernandez, R., Ghanem, I., Raga, M. G., Garcia, L. O., Carrasco, M. G., Ceballos, M. H. L., Ferreira, E., & Jimenez-Fonseca, P. (2021). Social support, coping strategies and sociodemographic factors in women with breast cancer. *Clinical and Translational Oncology*, *23*(9), 1955-1960. <https://doi.org/10.1007/s12094-021-02592-y>
- Ciria-Suarez, L., Calderon, C., Montes, A. F., Antónanzas, M., Hernández, R., Rogado, J., Pacheco-Barcia, V., Ansensio-Martínez, E., Palacín-Lois, M., & Jimenez-Fonseca, P. (2021). Optimism and social support as contributing factors to spirituality in Cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, *29*(6), 3367-3373. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05954-4>
- Colwell, S. R. (2016). *Composite reliability calculator*. Recuperado de <https://www.thestatisticalmind.com/composite-reliability/>
- El Azhari, A., & Benider, A. (2022). Emotional state, spirituality, and religion's effect on the acceptance of cancer, Morocco. In M. Silbermann, & A. Berger. (Eds.), *Global perspectives in cancer care: Religion, spirituality, and cultural diversity in health and healing*, (pp. 391-400). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780197551349.001.0001>
- Field, A. (2020). *Descobrimo a estatística usando o SPSS* (5th ed.). Editora Penso.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, *21*(3), 219-239. <https://doi.org/10.2307/2136617>
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, *48*(1), 150-70. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.48.1.150>
- Folkman, S.; Lazarus, R. S.; Dunkel-Schetter, C.; DeLongis, A.; Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, *50*(5), 992-1003. Recuperado de <https://psycnet.apa.org/buy/1986-21910-001>
- Gilligan, T., Coyle, N., Frankel, R. M., Berry, D. L., Bohlke, K., Epstein, R. M., Finlay, E., Jackson, V. A., Lathan, C. S., Loprinzi, C. L., Nguyen, L. H., Seigel, C., Baile, W. F. (2018). Patient-clinician communication: American Society of Clinical Oncology consensus guideline [Editorial]. *Obstetrical & Gynecological Survey*, *73*(2), 96-97. <https://doi.org/10.1097/01.ogx.0000530053.40106.9b>
- Gimenes, M. G. G.; Queiroz, B. (2000). As diferentes fases de enfrentamento durante o primeiro ano após a mastectomia. In M. G. G. Gimenes, & M. H. Fávero (Eds.), *A mulher e o câncer* (pp. 171-195). Livro Pleno.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, L. R. (2009). *Análise multivariada de dados* (6th ed.). Bookman.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2021). *Terapia de Aceitação e Compromisso: O processo e a prática da mudança consciente* (2nd ed.). Editora Artmed.
- Howard, M. C. (2016). A review of exploratory factor analysis decisions and overview of current practices: What we are doing and how can we improve? *International Journal of Human-Computer Interaction*, *32*(1), 51-62. <https://doi.org/10.1080/10447318.2015.1087664>
- Kohlsdorf, M., Coutinho, S. M. G., & Arrais, A. R. (2019). Avaliação psicológica de cuidadores pediátricos: Caracterização, desafios e proposta de roteiro avaliativo. In C. S. Hutz, D. R. Bandeira, C.

- M. Trentini, & E. Remor. (Eds.), *Avaliação psicológica nos contextos de saúde e hospitalar* (pp. 39-54). Editora Artmed.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer Publishing Company.
- Lorenzo-Seva, U., & Ferrando, P. J. (2019). Robust Promin: A method for diagonally weighted factor rotation. *LIBERABIT, Revista Peruana de Psicología*, 25(1), 99-106. <http://dx.doi.org/10.24265/liberabit.2019.v25n1.08>
- Lorenzo-Seva U, & Ferrando, P. J. (2021). FACTOR (Versão 12.01.02) [Programa de Computador]. Recuperado de <https://psico.fcep.urv.es/utilitats/factor/>
- Lorenzo-Seva, U., Timmerman, M. E., & Kiers, H. A. (2011). The Hull method for selecting the number of common factors. *Multivariate behavioral research*, 46(2), 340-364. <https://doi.org/10.1080/00273171.2011.564527>
- Lorenzo-Seva, U., & Van Ginkel, J. R. (2016). Multiple Imputation of missing values in exploratory factor analysis of multidimensional scales: Estimating latent trait scores. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 32(2), 596-608. <http://dx.doi.org/doi:10.6018/analesps.32.2.215161>
- Luca, L., Noronha, A. P. P., Queluz, F. N. F. R., & Santos, A. A. A. (2020). New validity evidence for the Coping Strategies Inventory. *Ciencias Psicológicas*, 14(2), e-2319. <https://doi.org/10.22235/cp.v14i2.2319>
- Marôco, J. (2014). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações* (2nd ed.). ReportNumber, Lda.
- Morero, J. A. P., Bragagnollo, G. R., & Santos, M. T. S. (2018). Estratégias de enfrentamento: Uma revisão sistemática sobre instrumentos de avaliação no contexto brasileiro. *Revista Cuidarte*, 9(2), 2257-2268. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v9i2.503>
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & Greenfield, A. P. (2020). Solução de problemas. In S. C. Hayes, & S. G. Hofmann (Eds.), *Terapia cognitivo-comportamental baseada em processos: Ciência e competências clínicas* (pp. 294-307). Editora Artmed.
- Nunes, C. D. M. N. S. (2010). O conceito de enfrentamento e a sua relevância na prática da Psiconcologia. *Encontro: Revista de Psicologia*, 13(19), 91-102. Recuperado de <https://revista.pgsskroton.com/renc/article/view/2519>
- Pasquali, L. (Ed.). (2010). *Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas*. Editora Artmed.
- Conselho Federal de Psicologia. (2022). Resolução CFP nº 31/2022. Estabelece diretrizes para a realização de Avaliação Psicológica no exercício profissional da psicóloga e do psicólogo, regula-menta o Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos - SATEPSI e revoga a Resolução CFP nº 09/2018. Recuperado de <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-31-de-15-de-dezembro-de-2022-451168039>
- Rodríguez-Marín, J., Terol, M. C., López-Roig, S. & Pastor, M. A. (1992). Evaluación del afrontamiento del estrés: propiedades psicométricas del cuestionario de formas de afrontamiento de acontecimientos estresantes. *Revista de Psicología de la Salud*, 4(2), 59-82. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10045/97146>
- Rudnicki, T. (2020). Crescimento Pós-Traumático em mulheres sobreviventes de câncer de mama. In T. Rudnicki, & M. M. Sanchez (Eds.), *Psicologia da saúde: A prática de terapia cognitivo-comportamental em hospital geral* (2nd ed., pp. 151-169). Editora Sinopsys.
- Savóia, M. G., & Amadera, R. D. (2016). Utilização da versão brasileira do inventário de estratégias de coping em pesquisas da área da saúde. *Psicologia Hospitalar*, 14(1), 117-138. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092016000100007&lng=pt&nrm=iso
- Savóia, M. G., Santana, P. R., & Mejias, N. P. (1996). Adaptação do Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus para o português. *Psicologia USP*, 7(1-2), 183-201. Recuperado de <https://www.revistas.usp.br/psicousp/article/view/34538>
- Secinti, E., Tometich, D. B., Johns, S. A., & Mosher, C. E. (2019). The relationship between acceptance of cancer and distress: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 71, 27-38. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.05.001>
- Seidl, E. M. F., Troccoli, B. T., & Zannon, C. M. L. C. (2001). Análise Fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17(3), 225-234. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722001000300004>

- Soto, C. M., & Segovia, J. L. (2009). Intervalos de confianza asimétricos para el índice la validez de contenido: Un programa Visual Basic para la V de Aiken. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 25(1), 169-171. Recuperado de <https://revistas.um.es/analesps/article/view/71631>
- Stewart, C. J., & Cash Jr., W. B. (2015). Tipos de perguntas e seus usos específicos. In C. J. Stewart, & W. B. Cash Jr., *Técnicas de entrevista: Estruturação e dinâmica para entrevistados e entrevistadores* (14th ed., pp. 48-68). Editora Bookman.
- Timmerman, M. E., & Lorenzo-Seva, U. (2011). Dimensionality assessment of ordered polytomous items with parallel analysis. *Psychological Methods*, 16(2), 209-220. <https://doi.org/10.1037/a0023353>
- Tralde, F. K. A., Pereira, B. R., Macedo, R. A., Vilar, E. A., Souza, K. M. A., Lopes, G. S., & Dias, L. C. S. (2021). Estresse o vilão da eficácia do tratamento oncológico. *Brazilian Journal of Development*, 7(5), 53902-5392. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n5-679>
- Vitaliano, P. P., Russo, J., Carr, J. E., Maiuro, R. D., & Becker, J. (1985). The Ways of Coping Checklist: Revision and psychometric properties. *Multivariate Behavioral Research*, 20(1), 3-26. https://doi.org/10.1207/s15327906mbr2001_1
- Wang, Y. H., Li, J. Q., Shi, J. F., Que, J. Y., Liu, J. J., Lappin, J. M., Leung, J., Ravindran, A. V., Chen, W. Q., Qiao, Y. L., Shi, J., Lu, L., & Bao, Y. P. (2020). Depression and anxiety in relation to cancer incidence and mortality: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Molecular psychiatry*, 25(7), 1487-1499. <https://doi.org/10.1038/s41380-019-0595-x>

Recebido em: 10/11/2020

Reformulado em: 23/10/2021

Aprovado em: 08/03/2022

Nota dos autores:

Agradecemos a Anis Settimi de Oliveira, Mayra Caroline Ferreira e Ferreira, Bruna Sampaio Saraiva Silva e Ana Fernanda Freitas Pinto pela colaboração na coleta e tabulação dos dados.

Sobre os autores:

Fillipe Rodrigues Santos Pereira é Mestrando em Psicologia pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Pesquisador do Laboratório de Desenvolvimento Humano e Cognição (LADHECO/UFSCar) e membro do Grupo de Pesquisa sobre Inteligência Emocional. Especialista em Atenção em Oncologia pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Maranhão (SES/MA). Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). São Carlos, São Paulo, Brasil.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2989-4234>.

E-mail: fillipe.rsp@discente.ufma.br

Lucas Guimarães Cardoso de Sá é Professor Adjunto do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Coordenador do Grupo de Estudos e Pesquisas em Psicometria e Avaliação Psicológica (GEP-PAP/UFMA). Doutorado em Psicologia pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Mestrado em Psicologia pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Graduação em Psicologia pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU). São Luís, Maranhão, Brasil.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1656-0136>.

E-mail: lucas.gcs@ufma.br

Mariana do Nascimento Silva é Psicóloga Residente no Programa de Atenção à Saúde do Adulto e do Idoso pelo Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA). Especialista em Atenção em Oncologia pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão (SES/MA). Pós-graduação em Políticas Públicas, Gestão e Serviços Sociais pelo Instituto Educacional Superior e Profissional (IESP). Graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). São Luís, Maranhão, Brasil.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0351-072x>.

E-mail: mariananscs@gmail.com

Alice Parentes da Silva Santos é Professora do Departamento de Psicologia do Centro Universitário Dom Bosco e da Faculdade Anhaguera. Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Durante a condução da pesquisa, foi tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde – Atenção em Oncologia, da Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão (SES/MA). São Luís, Maranhão, Brasil.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1220-4479>.

E-mail: aliceparentes@hotmail.com

Contato com os autores:

Universidade Federal do Maranhão, Centro de Ciências Humanas, Departamento de Psicologia
Av. dos Portugueses, 1966, Bacanga
São Luís-MA, Brasil
CEP: 65080-805