



Revista Iberoamericana de Diagnóstico y
Evaluación - e Avaliação Psicológica

ISSN: 1135-3848

associacaoaidap@gmail.com

Associação Iberoamericana de
Diagnóstico e Avaliação Psicológica
Portugal

Torres, Ana; Pereira, Anabela; Monteiro, Sara

Estudo de validade da versão portuguesa do Questionário de Formas de Lidar com o
Cancro

Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica, vol. 2,
núm. 38, 2014, pp. 199-220

Associação Iberoamericana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459645434011>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Estudo de validade da versão portuguesa do Questionário de Formas de Lidar com o Cancro¹

Validity study of Portuguese version of Cancer Coping Questionnaire

ANA TORRES², ANABELA PEREIRA³, SARA MONTEIRO⁴

UNIVERSIDADE DE AVEIRO

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo desenvolver e avaliar as propriedades psicométricas da versão Portuguesa do Cancer Coping Questionnaire (CCQ). A amostra de conveniência inclui 189 doentes de cancro da mama, que preencheram as seguintes escalas, para além da CCQ: Courtauld Emotional Control Scale (CEC); a Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) e o

1 Este trabalho foi realizado no âmbito da bolsa de investigação da Fundação Ciência e Tecnologia com a referência SFRH / BD / 44296 / 2008. Contou com o apoio do Movimento Vencer e Viver da Liga Portuguesa contra o Cancro da Região Centro. Os contactos podem ser feitos para: Departamento de Educação, Universidade de Aveiro, 3810-193 Aveiro ou +351 234 370 353.

2 Licenciada em Psicologia pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Mestre em Psiquiatria e Saúde Mental pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Doutoranda em Psicologia na Universidade de Aveiro. Bolseira de Doutoramento. anatorres@ua.pt

3 Licenciada em Psicologia pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Doutorada em Psicologia pela Universidade de Hull. Professora Auxiliar com Agregação. anabelapereira@ua.pt

4 Licenciada em Psicologia pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Mestre em Psicologia pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Doutorada em Psicologia pela Universidade de Aveiro. Professora Auxiliar Convidada. smonteiro@ua.pt

European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire com o Supplementary Questionnaire Breast Cancer Module (EORTC QLQ-C30 e BR-23). O procedimento incluiu: tradução; retroversão; grupo de discussão para inspeção de equivalência lexical e de validade de conteúdo; aplicação à população alvo, seguida de nova aplicação. A validação portuguesa do CCQ apresenta boas propriedades psicométricas de consistência interna e teste-reteste.

Palavras-chave: avaliação; coping; cancro

ABSTRACT

This study aims to develop and evaluate the psychometric properties of the Portuguese version of the Cancer Coping Questionnaire (CCQ). The convenience sample included 189 breast cancer patients, who fulfill the following measures, beyond CCQ: Courtauld Emotional Control Scale (CEC); Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire and the Supplementary Questionnaire Breast Cancer Module (EORTC QLQ-C30 e BR-23). The procedure include: translation; back translation; discussion group for inspection of lexical equivalence and content validity; application to a target population, followed by a second fulfill. The validation of the Portuguese CCQ has good psychometric proprieties of internal consistency and test-retest reliability.

Keywords: assessment; coping; cancer

O conceito de coping apareceu formalmente nos anos 60 com o aumento do interesse pelo estudo do stress. Nos anos 70 surgiu uma nova abordagem deste conceito que contrasta com a perspectiva de coping hierárquico de tradição psicanalítica, que o defendia como um traço ou estilo (Lazarus, 1993). Esta nova perspectiva entende-o como um processo que sofre modificações ao longo do tempo e com o contexto situacional em que ocorre. Define-o sinteticamente como um processo de esforços cognitivos, emocionais e comportamentais em constante mudança para a gestão de acontecimentos internos ou externos que são desafiantes ou ultrapassam os recursos da pessoa (Lazarus & Folkman, 1984). Concebe dois tipos gerais de estratégias de coping, o focado no problema e o focado nas emoções, que dizem respeito, respetivamente, às ações tomadas para alterar a situação indutora de stress e às acções que são utilizadas com vista à diminuição ou gestão do distress emocional associado à situação. Esta abordagem influenciou os subsequentes pensamentos acerca do coping em relação à doença crónica. No que diz respeito à aplicação deste modelo geral de coping à situação indutora de stress relacionada com uma doença crónica, os mecanismos de coping ativos parecem ser bem mais sucedidos do que os passivos. Parece, então, que é mais eficaz focar-se em como gerir ativamente

o stress do que evitá-lo. Os mecanismos de coping ativos consistem em dois tipos, nos que envolvem estratégias focadas nas emoções, preferencialmente usadas quando a situação de stress, a doença ou os tratamentos, é percebida como pouco passível de alteração, e na focada no problema, usadas predominantemente quando alguma coisa tangível pode ser feita para alterar a situação indutora de stress e quando existem recursos disponíveis (Baldwin, Kellerman & Christensen, 2010).

Um modelo mais específico, de adaptação cognitiva a situações ameaçadoras, como viver com uma doença crónica, tem defendido que um coping bem sucedido parte de 3 questões que envolvem as componentes afetivas, cognitivas e comportamentais, a saber: procura de significado na situação; domínio sobre a situação e autoaperfeiçoamento em resposta à situação ameaçadora (Baldwin, Kellerman & Christensen, 2010). A procura de significado de uma doença crónica passa por perceber o que explica o que ocorreu, mas também, por repensar as próprias prioridades para conseguir tirar melhor partido da vida. O domínio sobre a doença consegue-se através da afirmação de controlo sobre a mesma ou sobre aspetos relacionados com a ela, como o tratamento. Como uma doença crónica pode resultar num aumento de afeto negativo e em depressão, ser capaz de se envolver em alguma for-

ma de autoaperfeiçoamento e sentir-se melhor consigo próprio é considerada uma estratégia de coping bem sucedida. Outros modelos têm sido aplicados à compreensão das formas de lidar com uma doença crónica, são exemplo disso os modelos de autoregulação, de autodeterminação e da perspetiva assente no contexto dinâmico entre a pessoa e o tratamento (Baldwin, Kellerman & Christensen, 2010). Segundo o modelo de autoregulação (Carver & Scheier, 2002), em que uma doença crónica pode ser vista como uma situação indutora de stress por impedir a concretização de objetivos estabelecidos previamente, as estratégias de coping bem sucedidas passam pela reavaliação e reajuste dos objetivos que ficaram comprometidos. Por sua vez, para o modelo de autodeterminação (Ryan & Deci, 2000), a melhoria da motivação e da competência dos doentes em relação ao controle da doença e dos tratamentos melhora as estratégias de coping e a gestão da doença crónica (conforme alguns estudos corroboram, como os de Williams et al., 2006). Assim, este modelo defende, por exemplo, que os profissionais de saúde devem explorar e descobrir as perspetivas dos pacientes, oferecendo-lhes opções e informação, o que consequentemente reforça a autonomia. Para a perspetiva do contexto dinâmico entre a pessoa e o tratamento (Bem & Funder, 1978, Dance & Neufeld, 1988), os aspetos

contextuais e as características da situação devem ser concordantes com as variáveis do paciente, de forma a influenciarem as formas mais eficazes de coping e de gestão da doença, consideram, assim, importante a forma como é abordado um tratamento e o estilo do cuidado, que deve ser concordante com o estilo de coping do paciente e com as suas crenças de saúde. Segundo esta perspetiva, esta interação dinâmica é determinante para a adesão à terapêutica e para a satisfação com os cuidados recebidos. Todos os modelos e perspetivas sobre o coping com uma doença crónica partilham especialmente um ponto comum, a importância da perceção de controlo sobre a situação. Estudos recentes têm corroborado a importância desta perceção de controlo para lidar com a doença crónica (De Ridder et al., 2008).

As formas de avaliação das estratégias de coping compreendem o uso de instrumentos estandardizados, os protocolos de entrevistas e as técnicas de observação, que visam avaliar as estratégias de coping cognitivas, emocionais e comportamentais, em resposta a um determinado stressor. Desde cedo que se assistiu a uma proliferação de medidas das estratégias de coping, verificando-se grande diversidade em relação ao que é avaliado por cada medida (Carver, Scheier & Weintraub, 1989). Existe, portanto, pouco consenso tanto na conceptualização

como nas medidas das estratégias de coping (Aldwin & Revenson, 1987). A maioria dos estudos sobre coping em doentes oncológicos utilizam medidas genéricas, como o COPE (Carver, Scheier & Weintraub, 1989), o Ways of Coping (Aldwin, Folkman, Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1980, September) e o Coping Strategies Inventory (Tobin, Holroy, Reynolds & Wigal, 1989). No entanto, estas medidas genéricas não avaliam as estratégias de coping específicas para lidar com doenças específicas (Maes, Leventhal & DeRider, 1996). Consideramos que as doenças diferem nas exigências que colocam aos pacientes, pelo que se deve optar por medidas específicas para o coping com cada doença (DeRidder & Schreurs, 1966). Neste trabalho optámos por estudar o Cancer Coping Questionnaire (Moorey, Frampton, Steven, Greer, 2003), por se tratar de um instrumento concebido para medir as estratégias treinadas em intervenção cognitivo-comportamental, bem como, por ser um instrumento específico de avaliação de coping com o cancro. Para além da especificidade desta medida, a possibilidade de avaliação da evolução das estratégias de coping confere-lhe uma forte aplicabilidade, enquanto instrumento de avaliação de eficácia das intervenções psicológicas aplicadas a doentes oncológicos. Vários estudos têm utilizado este instrumento internacionalmente para avaliação das

estratégias de coping em pacientes oncológicos (e.g. Vasile, Vasiliu, Vasile, Terpan & Brisculescu, 2008; Nekolai-chuk, Cumming, Turner, Yushchyshyn, & Rami, 2011), sendo referido como um instrumento com boas características psicométricas (e.g. White, 2006; Dempster et al., 2011). Outro instrumento específico utilizado, tem sido o Mental Adjustment to Cancer (Watson, Greer & Young, 1988), no entanto, vários autores têm questionado se este instrumento avalia de facto o coping ou o ajustamento ao cancro (Pais-Ribeiro, Ramos & Samico, 2003). Existem ainda outros instrumentos específicos pelos quais não optámos, de que é exemplo o Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos ou CAEPO (Martínez, 2008).

O Questionário de Formas de lidar com o Cancro (Cancer Coping Questionnaire; CCQ) foi desenvolvido com o objetivo de avaliar as estratégias de coping ensinadas na terapia psicológica adjuvante (Moorey, Frampton & Greer, 2003), que se trata de uma adaptação da terapia cognitivo-comportamental para aplicação a doentes de cancro desenvolvida por dois dos mesmos autores da escala (Moorey & Greer, 2002). Segundo os autores a escala pode avaliar a utilização das estratégias de coping alcançada com este tipo de terapia ou por outro tipo de terapia cognitivo-comportamental. Os autores assumem que os pacientes que estão preparados

para usar estas técnicas específicas durante a terapia apresentarão um melhor ajustamento à doença e menor morbidade psicológica (Moorey et al., 2003).

Os itens originais da escala CCQ partiram inicialmente de uma variedade de estratégias de coping que eram consideradas métodos (cognitivos, emocionais, comportamentais e interpessoais) que os pacientes deviam aprender durante a terapia psicológica adjuvante. A versão inicial continha 43 questões: 11 relativas às estratégias comportamentais, 13 a estratégias cognitivas, 8 de expressão afetiva e 11 interpessoais (sendo estas últimas só aplicadas a pacientes com parceiro).

No que diz respeito à dimensionalidade, os autores da escala original utilizaram uma análise de componentes principais, omitindo a escala interpessoal. Chegaram desta forma a 9 fatores com eigenvalue > 1 (que explicavam 62% da variância). Depois de utilizarem a rotação da solução fatorial com o procedimento Varimax, obtiveram 5 fatores que explicavam também 62% da variância. Os autores da escala original optaram por excluir o último fator encontrado por considerarem que este não era clinicamente muito significativo, pelo que ficaram, por fim, com 4 fatores, a que atribuíram as seguintes designações: coping, focus positivo, diversão e planeamento. Estes fatores, propostos para o cálculo das respostas obtidas com o instrumento original,

permitem a comparação da evolução nestas 4 estratégias de coping. A comparação dos valores obtidos nos fatores do CCQ em dois ou mais momentos, com o intuito de testar o efeito das intervenções psicológicas, permitem avaliar a evolução das estratégias de coping.

Como se desconhecem as propriedades psicométricas do Questionário de Formas de Lidar com o Cancro na população portuguesa, este trabalho tem como objetivo estudar estas propriedades. Consideramos que este trabalho, ao adaptar e validar um instrumento de avaliação psicológica útil para aplicar a doentes oncológicos, está a contribuir para a promoção da utilização de instrumentos válidos para esta população, conforme é incentivado por alguns autores para promover a utilização de testes psicológicos (Prieto, Muñoz, Almeida e Bartram, 1999).

MÉTODO

Amostra

A amostra foi constituída por conveniência com 189 mulheres, com idade média de 56.10 (Min=30, Max=80, Desvio Padrão=12.3), doentes de cancro da mama (68.8% em fase de sobrevivência e 31.2% em fase de tratamento), utentes do Movimento Vencer e Viver da Liga Portuguesa contra o Can-

cro da Região Centro, local onde foi recolhida a amostra. A maioria das participantes é casada (90.5%) e, em relação ao nível de escolaridade, a maioria é representada por 25.9% que possui formação universitária e 25.4% que possui o 4º ano de escolaridade. Quanto às atividades profissionais, tendo por base a Classificação Portuguesa das Profissões (Instituto Nacional de Estatística, 2010), existe a mesma percentagem de mulheres a exercer funções profissionais de nível intermédio e de pessoal administrativo e similares (21.7%),

sendo estas as funções exercidas pela maior proporção da amostra. A maioria detetou o cancro através do autoexame (40.7%) e, no que se refere aos tratamentos realizados, a maioria realizou mastectomia (72.5%), esvaziamento axilar (52.9%), radioterapia (51.3%) e quimioterapia (70.9%). É ainda de referir que 10.6% são mulheres que lidaram com a recorrência do cancro.

A quadro 1 resume as características sócio-demográficas e o quadro 2 as características clínicas das participantes.

Quadro 1. Características sócio-demográficas das Participantes

Variáveis sócio-demográficas	Sobreviventes n=189
Idade	
Média; DP	56.1; 12.3
Min-máx	30-80
Estado Civil	
Casada [n(%)]	171 (90.5)
Viúva [n(%)]	8 (4.2)
União de Facto [n(%)]	4 (2.1)
Divorciada [n(%)]	1 (.5)
Habilitações Literárias	
Formação Universitária [n(%)]	49 (25.9)
1º Ciclo (1º-4º ano) [n(%)]	48 (25.4)
3º Ciclo (7º-9º ano) [n(%)]	40 (21.2)
Ensino Secundário (10º-12ºano) [n(%)]	32 (16.9)
2º Ciclo (5º-6º ano) [n(%)]	11 (5.8)
Categoria Profissional	
Pessoal Administrativo e similares [n(%)]	41 (21.7)
Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio [n(%)]	41 (21.7)
Operários, Artífices e Trabalhadores Similares [n(%)]	30 (15.9)
Pessoal dos Serviços e Vendedores	28 (14.8)
Especialistas de Profissões Intelectuais e Científicas [n(%)]	9 (4.8)
Trabalhadores Não Qualificados [n(%)]	9 (4.8)
Quadros Superiores da Administração Pública e Empresas [n(%)]	5 (2.6)
Agricultores e Trabalhadores Qualificados	1 (.5)

Quadro 2. Características clínicas das participantes

Variáveis Clínicas	n=189
	n (%)
Meio de Detecção do Cancro	
Autoexame pela própria	77 (40.7)
Exames de rastreio solicitados pelo médico	36 (19)
Outro	23 (12.2)
Rastreio LPCC	20 (10.6)
Exame/palpação realizado pelo médico em consulta de rotina	13 (6.9)
Tipo de cirurgia realizada	
Mastectomia	137 (72.5)
Quadrantectomia	16 (8.5)
Tumorectomia	14 (7.4)
Mastectomia dupla	9 (4.8)
Quadrantectomia + Mastectomia	5 (2.6)
Tumorectomia + Mastectomia	1 (0.5)
Tipo de Tratamento	
Radioterapia	97 (51.3)
Quimioterapia	134 (70.9)
Hormonoterapia	84 (44.4)
Esvaziamento Axilar	100 (52.9)

Material

Todas as participantes responderam voluntariamente a um questionário de caracterização sócio-demográfica e clínica, para além dos seguintes instrumentos de avaliação: a) a versão portuguesa do CCQ em estudo neste trabalho, denominado Questionário de Formas de Lidar com o Cancro (CCQ; Moorey, Frampton, Steven & Greer, 2003); b) o Courtauld Emotional Control Scale (CEC; Watson & Greer,

1983; versão Portuguesa: Patrão, 2007); c) a Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; Zigmond & Snaith, 1983; versão Portuguesa: Pais-Ribeiro et al., 2007) e d) o European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire com o Supplementary Questionnaire Breast Cancer Module (EORTC QLQ-C30 e BR-23; Aaronson et al., 1993, Versão portuguesa: Pais-Ribeiro, Pinto & Santos, 2008).

O Questionário de Caracterização

Sócio-demográfica e Clínica permitiu recolher dados sobre a idade, a escolaridade, o estado civil, a situação profissional, a forma de deteção do cancro e o tipo de tratamentos realizados.

O CCQ é uma escala de auto-resposta concebida para medir estratégias ensinadas na terapia psicológica adjuvante e noutras intervenções de inspiração cognitivo-comportamental para doentes oncológicos. Os autores colocam a hipótese da escala avaliar as estratégias de coping para lidar com o cancro, que consiste num dos mecanismos de mudança a partir dos quais a terapia cognitivo-comportamental atua. O questionário original era inicialmente constituído por 41 itens, tendo ficado a versão final com 21 itens. É constituído por duas sub-escalas, a escala individual (itens 1 a 14) e a interpessoal (itens 15 a 21), em que cada item é avaliado por uma escala de resposta de 4 níveis (1-4), de “nunca” a “muito frequentemente”, respetivamente. No estudo original, através de análise fatorial obtiveram-se 4 fatores que compõem as 14 questões da sub-escala individual. A partir da questão 15 (sub-escala interpessoal) só responde quem tiver parceiros. Na subescala individual total (itens 1 a 14), os itens 2, 6, 7, 11 e 12 correspondem ao coping; os itens 1, 9 e 14 correspondem ao foco positivo; os itens 3,4 e 8 correspondem à diversão e os itens 5,10 e 13 correspondem ao planeamento (Moorey et al.,

2003). Quanto maiores as pontuações obtidas nas sub-escalas e fatores, mais estratégias de coping os respondentes revelam. No estudo de validação original do CCQ, a sub-escala individual apresenta uma boa consistência interna de .87 (nos itens da escala individual) e .82 (nos itens da escala interpessoal) para doentes com cancro da mama. A validade teste-reteste da sub-escala individual obtida foi de .90 ($n=25$, $p<.001$) e de .84 ($n=19$, $p<.001$) para a sub-escala interpessoal. As outras sub-escalas também apresentaram correlações igualmente elevadas, variando num intervalo de .67 (para o foco positivo) a .81 (para a Diversão).

A HADS é uma escala composta por uma subescala de ansiedade e uma subescala de depressão, ambas constituídas por 7 itens (respetivamente 1, 3, 5, 7, 9, 11 e 13 e 2, 4, 6, 8, 10, 12 e 14), permitindo avaliar a sintomatologia na semana precedente. As respostas a cada item podem ser quantificadas numa escala tipo Likert, variando de 0 a 3, com os valores mais elevados a revelarem maior sofrimento psicológico. Assim, cada item permite a escolha entre quatro opções de resposta, em que o paciente deve escolher aquela que corresponde à forma como se tem sentido durante a última semana. Cada subescala pode ter uma pontuação que varia entre 0 e 21, sendo que quanto maior a pontuação, maiores são os níveis de ansiedade e de depressão. Quanto ao grau

de severidade, os autores apontam a seguinte classificação, quer para ansiedade quer para a depressão: valores entre 0-7 “normal”, 8-10 “leve”, 11-15 “moderada” e, 16-21 “grave” (Zigmond & Snaith, 1983). Na versão Portuguesa não se registaram alterações relativamente à forma original, tendo apresentado propriedades psicométricas semelhantes à escala original. A versão Portuguesa apresenta adequados valores de consistência interna, nomeadamente um alfa de Cronbach de .76 para a subescala de ansiedade e .81 para a subescala de depressão (Pais-Ribeiro et al., 2007). No que se refere à validade teste-reteste, apesar da validação Portuguesa não a ter avaliado com doentes oncológicos, as correlações que variaram entre .43 e .75 permitiram concluir que este instrumento avalia os estados e não os traços dos doentes. É, portanto, um instrumento que parece conseguir ser sensível às alterações de estado a nível de depressão e ansiedade.

A CEC é constituída por 17 itens (o item 11 é de cotação invertida) agrupados em três subescalas que avaliam o grau de controlo emocional da raiva, tristeza e ansiedade, isto é, o controlo de respostas afetivo-negativas. Trata-se de escala de resposta tipo Likert de 4 pontos variando de “quase nunca” a “quase sempre”, sendo o resultado total dado pela soma de todos os itens, e o resultado para cada subescala, obtido pela soma dos itens correspondentes. A

sub-escala de Raiva é constituída pelos itens A, B, C, D, E, e F, a de Ansiedade pelos itens G, H, I, J e K e a de Tristeza pelos itens L, M, N, O, P e Q. Assim, as pontuações mais elevadas correspondem a um nível de maior controlo emocional. Esta escala evidencia boas qualidades psicométricas apresentando um coeficiente alfa de Cronbach no estudo original de 0.86 (Watson & Greer, 1983) e de .91 na versão Portuguesa (Patrão, 2007). Também apresentou uma boa validade teste-reteste no estudo original, de $r=.95$ ($p<.001$) para a escala total, de $r=.86$ ($p<.001$) para a sub-escala de raiva, de $r=.84$ ($p<.001$) para a sub-escala de ansiedade e de $r=.89$ ($p<.001$) para a sub-escala de tristeza.

O EORTC QLQ-C30 é um questionário de auto-relato desenvolvido para avaliar a qualidade de vida (QdV) relacionada com a saúde de pacientes com doença oncológica. É apropriado para ser usado desde o momento do diagnóstico até à sobrevivência de longo prazo. É constituído por 30 questões, 5 escalas funcionais (funcionamento físico, social, emocional, cognitivo e de papel), 3 escalas de sintomas (fadiga, dor, náusea e vómitos) e uma escala de avaliação da condição global (saúde e QdV) para além de 6 escalas de um único item (dispneia, insónia, perda de apetite, obstipação, diarreia e dificuldades financeiras). Os valores mais elevados nas escalas funcionais e na

escala de estado de saúde ou QdV global indicam um melhor nível de funcionamento ou QdV, enquanto os valores mais elevados nas escalas de sintomas ou de um único item indicam um maior nível de sintomatologia ou problemas. A maioria dos itens são avaliados por uma escala tipo Likert de 4 pontos (“não”, “um pouco”, “bastante” e “muito”), com a exceção dos dois itens da sub-escala de Saúde global e QdV, que usam uma escala modificada análoga linear de 7 pontos (em que “1” é péssima a “7” ótima). A pontuação é padronizada e varia de 0-100, com uma pontuação mais elevada; indicando uma maior QdV. A escala de QdV global é uma medida breve e geral de QdV, com alta confiabilidade interna e validade preditiva. A versão Portuguesa apresentou um alfa de Cronbach para a escala de Saúde e QdV Global de .88 e valores a variar de .57 e .87 para as restantes sub-escalas, sendo a de funcionamento cognitivo e a de funcionamento emocional as que apresentaram os valores extremos (Pais-Ribeiro, Pinto & Santos, 2008). Os valores obtidos de correlação entre as duas aplicações do instrumentos foram moderados (entre .16 e .31 para as sub-escalas funcionais e entre .21 e .39 para as escalas de sintomas, indicando que consiste numa medida de estado, ou seja, sensível às variações da qualidade de vida (Pais-Ribeiro, Pinto & Santos, 2008).

Procedimento

Os estudos de adaptação e validação do CCQ para a população portuguesa seguiram a seguinte metodologia: estudo piloto com (a) tradução; (b) retroversão; (c) grupo de discussão e (d) aplicação à população alvo, seguido do estudo principal, com nova aplicação, mais alargada, à população alvo. A tradução para o idioma português foi realizada por duas pessoas, bem como a retroversão. Foi realizada uma discussão de grupo para se obter consenso total acerca da equivalência lexical e cultural. A análise de validade de conteúdo foi realizada por dois psicólogos. Depois de definida a equivalência, aplicou-se o questionário a pacientes de níveis educacionais baixos. Depois da versão final ficar definida, escolheu-se o formato de apresentação para o questionário idêntico ao original (ver Anexo A). O questionário foi geralmente bem aceite pelas pacientes de todas as idades e níveis educacionais. Após análise dos resultados do estudo piloto, procedemos à aplicação mais alargada para uma análise mais consistente da sua aplicabilidade à população portuguesa, cujos resultados são apresentados no presente trabalho. Foram realizadas duas aplicações com o instrumento, com 8 semanas de intervalo temporal. Foi obtida autorização dos autores para a utilização do CCQ previamente.

Análise dos dados

As análises quantitativas incidiram na análise da distribuição dos itens, no estudo da sua validade e fidelidade (dimensionalidade, consistência interna, fidelidade teste-reteste e validade concorrente). As análises estatísticas foram realizadas com o auxílio do software IBM SPSS Statistics para o Windows (versão 19.0).

RESULTADOS

Teste de Normalidade

Para averiguarmos a normalidade da distribuição dos resultados obtidos com o questionário, utilizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov para os resultados obtidos nas 2 sub-escalas globais utilizadas pelos autores (Individual e Interpessoal). Ambos os resultados apresentaram uma distribuição estatisticamente diferente da distribuição normal, ambas com $p < .005$.

Análise da distribuição das respostas e das relações entre os itens

Como o instrumento compreende uma escala de respostas de tipo ordinal, a análise descritiva das respostas incluíram os seguintes parâmetros estatísticos: valores mínimos e máxi-

mos, 1º e 3º quartis, valores de moda e mediana. Os resultados da análise descritiva revelam uma distribuição adequada dos itens da escala. Todos os itens apresentaram valores mínimos e máximos a variar entre os valores extremos da distribuição (1 e 4). Os valores da mediana variaram na maioria dos itens entre os valores 2 e 3, embora os itens 10 e 13 tenham apresentado o valor extremo máximo (4). Os valores da moda variaram na maioria dos itens entre os valores 2 e 3, embora os itens 9, 10, 11, 13, 15, 17, 19 e 21 tenham apresentado valores extremos, mais especificamente, os itens 11, 15 e 17 apresentaram o valor mínimo e os itens 9, 10, 13, 19 e 21 apresentaram o valor máximo. Os valores para o 1º quartil variaram entre 1 e 3, tendo a maioria variado entre 1 e 2, enquanto os valores para o 3º quartil variaram entre 2 e 4, tendo a grande maioria variado entre 3 e 4.

A relação entre os itens da escala foi analisada através da observação da matrix-R, do KMO (Kaiser-Meyer-Okin) e do teste de esfericidade de Bartlett. Todos os itens apresentam boas correlações com todas as outras, não existindo coeficientes de correlação particularmente elevados, verificando-se um valor do determinante ($1.64E-05$) superior ao valor necessário ($.00001$), o que faz com que não se coloque a possibilidade, por ora, de remoção de itens. A

observação do KMO para múltiplas variáveis leva-nos a concluir que o grau de adequação da amostra se encontra acima do valor mínimo, de .50, estabelecido por Kaiser (1974), sendo de .64. O valor de KMO para variáveis individuais, observadas na diagonal da matriz de anti-imagem da correlação, mostram valores abaixo do mínimo de .50 para os seguintes itens: 1 e 4 (ambos com .49), 8 (com .50) e 12 (com .48). O resultado obtido no teste de esfericidade de Bartlett é significativo ($p < .001$), o que nos indica que a nossa matriz-R não é uma matriz de identidade, pelo que as relações entre os itens existentes no nosso instrumento são relações que desejamos incluir.

Dimensionalidade e consistência interna

Apesar dos autores do instrumento original terem proposto uma solução fatorial de 4 fatores para a sub-escala individual, salientaram que estes fatores contêm somente um pequeno número de itens pelo que a utilização do total da sub-escala individual é mais robusta e válida (Moorey, Frampton & Greer, 2003). De acordo com esta indicação dos autores, de facto, consideramos que apesar dos itens nos parecerem adequados para avaliar as estratégias de coping para lidar com o cancro, os

fatores adotados não são muito discriminatórios ou esclarecedores do tipo de estratégias de coping utilizadas. Como o objetivo da escala não é comparar as pontuações obtidas em diferentes fatores num único momento de avaliação, mas comparar a evolução do estado das estratégias de coping globais com a intervenção, optámos por não adotar fatores e utilizar somente os valores obtidos nas duas sub-escalas, individual e interpessoal.

A análise da consistência interna dos itens que compõem a escala foi realizada através do alfa de Cronbach. Esta análise englobou os resultados item a item, a correlação do item com o total da escala (coeficiente corrigido) e o contributo do item para o alfa da escala, cujos valores se apresentam na quadro 3.

Quadro 3. Análise da Consistência Interna

Itens	Coefficiente corrigido	Coefficientes alfa de Cronbach excluindo o item
A	.05	.81
B	.1	.81
1	.29	.8
2	.33	.79
3	.29	.80
4	.19	.80
5	.37	.80
6	.30	.80
7	.46	.79
8	.30	.80
9	.23	.80
10	.06	.81
11	.33	.80
12	.27	.80
13	.17	.80
14	.36	.80
15	.42	.79
16	.52	.79
17	.49	.79
18	.57	.79
19	.66	.78
20	.58	.78
21	.58	.78
alfa		.80

Obteve-se um alfa de Cronbach de .80 para a escala completa. Ainda em relação à análise da consistência interna, a observação das correlações item-total corrigido, leva-nos a concluir que os itens se encontram relativamente bem correlacionados com a escala total, já que todos os itens apresentam correlações item-total corrigido acima de .30. Os itens apresentam correlações item-total corrigido que variam entre .05 (item A) e .66 (item 19), o que nos indica que cada item está a medir parcialmente o mesmo constructo subjacente, sem ser redundante com os demais itens. Através da observação dos resultados obtidos relativamente à contribuição de cada item para o valor de alfa de Cronbach, podemos constatar que não se observa que a remoção de algum item conduzisse ao aumento significativo do valor do coeficiente global da escala (observando-se que retirar individualmente o item “A”, “B” ou “10” conduziria ao aumento o valor do coeficiente para .81), pelo que não consideramos pertinente colocar a hipótese dessa remoção.

Fidelidade Teste-reteste

As correlações teste-reteste foram positivas e altamente significativas, com a escala individual a apresentar uma correlação de Spearman de .59 ($p < .001$) e a interpessoal de .65 ($p < .001$).

Correlações entre o CCQ e as outras escalas

A correlação da sub-escala interpessoal do CCQ com a sub-escala de ansiedade da HADS foi de .23 ($p < .05$), não se verificando quaisquer outra correlação entre estas escalas.

Quanto à correlação das sub-escalas do CCQ e o CEC, observaram-se correlações negativas significativas de baixa magnitude, a saber: entre a sub-escala individual do CCQ e o total da CEC de $-.19$ ($p < .05$); entre a sub-escala individual do CCQ e o fator de raiva de $-.19$ ($p < .05$), e, por último, uma correlação negativa da sub-escala interpessoal do CCQ e o fator de raiva do CEC de $-.2$ ($p < .05$).

Encontraram-se correlações negativas significativas com algumas sub-escalas do QLQ C-30, a saber: entre ambas as sub-escalas do CCQ e a de funcionamento físico do QLQ C-30 ($rS = -.37$, $p < .05$) e ($rS = -.33$, $p < .05$); entre a sub-escala interpessoal e a de funcionamento de papel ($rS = -.32$, $p < .05$), a de funcionamento cognitivo ($rS = -.38$, $p < .05$) e a de funcionamento social ($rS = -.42$, $p < .05$). Encontraram-se também uma correlação positiva significativa entre a sub-escala interpessoal e a sub-escala de sintomas de dor $rS = .57$, $p < .001$, e negativa com a de dispneia $rS = -.35$, $p < .05$.

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos com a aplicação do CCQ não obedecem a uma distribuição normal, o que se compreende por este instrumento avaliar as estratégias de coping adquiridas com intervenções da abordagem cognitivo-comportamental, sendo previsível que o uso dessas estratégias pelas doentes de cancro da mama que não receberam qualquer intervenção seja bastante díspar. Com os resultados pode-se verificar uma satisfatória distribuição e relação entre os itens da escala, bem como, uma boa consistência interna. Um resultado importante foi o relativo à fidelidade teste-reteste, devido aos objetivos do instrumento, que consiste na avaliação da evolução das estratégias de coping e dos efeitos das intervenções nestas estratégias, o que envolve diferentes aplicações. A este respeito, as correlações entre as duas aplicações da escala foram positivas e significativas, e, simultaneamente, não se trataram de correlações muito elevadas o que nos indica que a escala avalia estados e não traços, isto é, mostra-se sensível às alterações, conforme é esperado.

Quanto à validade concorrente, avaliada pela correlação com os resultados noutras escalas, obteve-se uma relação positiva baixa com a ansiedade, ao contrário do que seria de esperar do

ponto de vista teórico, pois as participantes com mais estratégias de coping deveriam ser as com menor sintomatologia. No entanto, e como este também foi um resultado semelhante ao obtido pelo estudo original (Moorey et al., 2003), este resultado pode dever-se às participantes com maior ansiedade serem as que têm maior necessidade de mobilizar estratégias de coping, ou seja, quanto maior percepção de sofrimento existe mais as estratégias de coping aumentam, enquanto quando os níveis de ansiedade são menores não é tão necessário usar estratégias de coping conscientes. Pode-se aplicar a mesma leitura dos resultados à relação positiva com a sub-escala de sintomas de dor da QdV, bem como, às relações negativas encontradas com várias sub-escalas funcionais da QdV. Somente o sintoma de dispneia não apresenta este padrão de relação, apresentando uma relação negativa com a sub-escala interpessoal, demonstrando que as participantes que usam mais estratégias de coping interpessoais são as que apresentam menos dificuldades respiratórias. No que se refere à relação com o controlo emocional, confirmou-se uma relação negativa, o que também pode ser explicado, à semelhança da relação com a sintomatologia e às sub-escalas funcionais de QdV, por as doentes que apresentam menor controlo emocional, especialmente da emoção de raiva, poderem ser as que têm maior necessidade de mobilizar estratégias de coping.

Esta escala apresenta-se, então, bastante relacionada com os outros instrumentos de avaliação utilizados.

CONCLUSÃO

Com a análise da distribuição das respostas, das relações entre os itens, da dimensionalidade, da consistência interna, da correlação entre os resultados das duas aplicações e as correlações com outras escalas pretendeu-se analisar as características psicométricas do Questionário de Formas de Lidar com o Cancro, que consiste num instrumento de 21 itens, desenvolvido com o intuito de avaliar as estratégias de coping adquiridas com intervenção psicológica de inspiração cognitivo-comportamental. Trata-se de uma escala de auto-resposta de fácil preenchimento, que apresenta boa consistência interna e fidelidade teste-reteste e apresenta resultados bastante correlacionados com os obtidos com outros instrumentos de avaliação desta população.

Os resultados obtidos indicam-nos que se trata de uma escala útil e válida para o objetivo de avaliação da evolução das estratégias para lidar com o cancro.

Futuras investigações deverão estudar a aplicação deste instrumento a outros tipos de cancro e a pacientes do sexo masculino, com vista à comparação das características psicométricas deste instrumento com outras aplicações.

REFERÊNCIAS

Aaronson, N., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N., Filiberti, A., Flechtner, H., Fleishman, S., Haes, J., Kaasa, S., Klee, M., Osoba, D., Razavi, D., Rofe, P., Scaub, S., Sneeuw, K., Sullivan, M. & Takeda, F. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ – C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85(5), 3, 365-376.

Aldwin, C., Folkman, S., Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1980, September). Ways of Coping: A process measure. 88th annual meeting of the American Psychological Association (Ed.). Montreal, Quebec, Canada.

Aldwin, C. M., & Revenson, T. A. (1987). Does Coping Help? A Reexamination of the Relation Between Coping and Mental Health. *Journal of Personality and Social Psychology* 53(2), 337-348.

Baldwin, A. S., Kellerman, Q. D., & Christensen, A. J. (2010). Coping with chronic illness. In Suls, J. M., Davidson, K. W. & Kaplan, R. M. (Ed.), *Handbook of Health Psychology and Behavioral Medicine* (pp. 494-507). New York: The Guilford Press.

Bem, D. J. & Funder, D. C. (1978). Predicting more of the people more of the time: Assessing the personality of situations. *Psychological Review*, 85, 485-501.

Carver, C. S. & Scheier, M. F. (2002). Coping processes and adjustment to chronic illness. In Christensen & Antoni, M. H. (Eds.). *Chronic physical disorders: Behavioral medicine's perspective* (pp. 47-68). Oxford, UK: Blackwell.

Carver, C. S., Scheier, M. F. & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically base approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.

Dance, K. A. & Neufeld, R. W. (1988). Aptitude-treatment interaction research in the clinical setting: A review of attempts to dispel the “patient uniformity myth”. *Psychological Bulletin*, 104, 192-213.

Dempster, M., Noleen, K. M., Brennan, E., Donnelly, M., Murray, L. J., & Johnston, B. T. (2011). Psychological distress among family carers of eosophageal cancer survivors: the role of illness cognitions and coping. *Psycho-oncology*, 20, 698-705.

De Ridder D. & Schreurs, K. (1996). Coping, social support and chronic disease: a research agenda. *Psychol Health Med*, (1),71–82.

IBM SPSS Statistics for Windows (Version 19.0) [Computer Software]. Armonk, NY: IBM Corp.

Instituto Nacional de Estatística (2011). *Classificação Portuguesa das Profissões*. Lisboa: INE.

Kaiser, H. F. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, 39, 31-36.

Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.

Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (Eds.). (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing.

Maes, S., Leventhal, H. & De Ridder, D. T. D. (1996). Coping with chronic diseases. In Zeidner, M., Endler, N.S. (Eds). *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications* (p. 221–251). Wiley: Oxford (UK).

Martínez, M. T. G. (2008). Análisis de un instrumento de evaluación del afrontamiento del estrés en sujetos com cáncer. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 25(1), 35-49.

Moorey, S., Frampton, M., & Greer, S. (2003). The cancer coping questionnaire: a self-rating scale for measuring the impact of adjuvant psychological therapy on coping behaviour. *Psycho-oncology*, 12, 331-344.

Moorey, S., & Greer, S. (Eds.). (2002). *Cognitive behaviour therapy for people with cancer*. Oxford: Oxford University Press.

Nekolaichuk, C. L., Cumming, C., Turner, J., Yushchyshyn, A., & Rami, S. (2011). Referral patterns and psychosocial distress in cancer patients accessing a psycho-oncology counselling service. *Psycho-oncology*, 20, 326-332.

Pais-Ribeiro, J., Pinto, C. & Santos, C. (2008). Validation study of the Portuguese version QLC-C30-V.3. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 89-102.

Pais-Ribeiro, J. L., Ramos, D. & Samico, S. (2003). Contribuição para uma validação conservadora da escala reduzida de ajustamento mental ao cancro (Mini-MAC). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(2), 231-247.

Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R. & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225-237.

Patrão, I. (2007). O Ciclo psico-oncológico no cancro da mama: Estudo do impacto psicossocial do diagnóstico e dos tratamentos. *Dissertação de Doutoramento em Psicologia Aplicada, na Especialidade de Psicologia da Saúde*. Universidade Nova de Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Prieto, G., Muñoz, J., Almeida, L. S. & Bartram, D. (1999). Uso de los tests psicológicos en España, Portugal e Iberoamérica. *Revista Iberoamericana de Diag-*

nóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica, 2(8), 67-83.

Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78.

Watson, M. & Greer, S. (1983). Development of a questionnaire measure of emotional control. *Journal of Psychosomatics Research*, 27 (4), 299-305.

Watson, M., Greer, S., Young, J., Inayat, Q., Burgess, C. & Robertson, B. (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale. *Psychol Med* (18), 203–209.

Williams, G. C., McGregor, H. A., Sharp, D., Levesque, C., Kouides, R. W., Ryan, R. M. et al. (2006). Testing a self-determination theory intervention for motivating tobacco cessation: Supporting autonomy and competence in a clinical trial. *Health Psychology*, 25, 91-101.

Tobin, D.L., Holroyd, K.A., Reynolds, R.V., Wigal, J.K. (1989). The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cogn Ther Res* (13): 343–361.

Vasile, D., Vasiliu, O., Vasile, M., Terpan, M. & Brisculescu, R. (2008). Improving the quality of life in patients with malignant tumors using cognitive psychotherapy. [Abstract]. *European Psychiatry*, 23(2), S302-S303.

White, C. A. (2006). Psychosocial oncology. *Psychiatry*, 5(3), 96-98.

Zigmond, A. S. & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

ANEXO A

CCQ

As pessoas têm muitas formas de lidar com o stress que o cancro lhes causa. Qual a intensidade do stress que sentiu durante a última semana?

Muito Stress	Stress Moderado	Pouco Stress	Nenhum Stress
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Preocupou-se com o cancro na última semana?

A maioria do tempo	Muito Tempo	Algum Tempo	Nenhum Tempo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Muito Frequentemente	Frequentemente	Algumas Vezes	Nunca
1. Planos definitivos para o futuro?	4	3	2	1
2. Tentou respirar lenta e profundamente para lidar com a ansiedade?	4	3	2	1
3. Distraiu-se de pensamentos de preocupação?	4	3	2	1
4. Lembrou-se que as dores podem ser causadas por outras coisas sem ser o alastrar do cancro?	4	3	2	1
5. Listou as prioridades para a semana de modo a deixar feitas as coisas importantes?	4	3	2	1
6. Parou para refletir acerca da relatividade da gravidade da doença?	4	3	2	1
7. Observou quais são os seus pontos fortes para lidar com o cancro?	4	3	2	1
8. Lidou com a frustração canalizando-a para outras coisas (por exemplo, atividade física como tratar da casa ou jardinagem)?	4	3	2	1
9. Recordou-se a si próprio das coisas que tem na vida para além do cancro?	4	3	2	1
10. Organizou o seu dia de forma a desfrutar dele independentemente do cancro?	4	3	2	1
11. Treinou o relaxamento?	4	3	2	1
12. Deu resposta a pensamentos de preocupação?	4	3	2	1
13. Planeou o seu dia e envolveu-se em atividades não relacionadas com o cancro?	4	3	2	1
14. Certificou-se que pensa em alguns aspetos positivos da sua vida?	4	3	2	1

Se tem um relacionamento com alguém, pense em como você e o seu companheiro(a) têm lidado com o cancro esta semana. Na última semana você fez:

	Muito Frequentemente	Frequentemente	Algumas Vezes	Nunca
15. Envolveu o seu companheiro numa atividade que a ajuda a lidar com o cancro?	4	3	2	1
16. Falou com o seu companheiro acerca do impacto do cancro nas suas vidas?	4	3	2	1
17. Perguntou ao seu companheiro o que ele pensa em vez de imaginar o que ele pensa?	4	3	2	1
18. Tentou ver o cancro como um desafio que têm de enfrentar juntos?	4	3	2	1
19. Analisou como o seu companheiro a pode apoiar?	4	3	2	1
20. Falou com o seu companheiro sobre como pode organizar as coisas para não sentir tanta pressão (por exemplo, mudar quem faz as tarefas domésticas)?	4	3	2	1
21. Pensou em como o cancro vos tem aproximado?	4	3	2	1