

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**CÁSSIA REGINA GONTIJO GOMES**

**ADAPTAÇÃO CULTURAL DO INSTRUMENTO "*STANDFORD INVENTORY OF  
CANCER PATIENT ADJUSTMENT*" PARA O BRASIL**

**SÃO CARLOS / SP**

**2015**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**CÁSSIA REGINA GONTIJO GOMES**

**ADAPTAÇÃO CULTURAL DO INSTRUMENTO "*STANFORD INVENTORY OF  
CANCER PATIENT ADJUSTMENT*" PARA O BRASIL**

**Dissertação apresentada ao Programa  
de Pós-Graduação em Enfermagem da  
Universidade Federal de São Carlos  
para obtenção do título de Mestre, sob a  
orientação da Profa. Dra. Anamaria  
Alves Napoleão.**

**SÃO CARLOS / SP**

**2015**

Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da Biblioteca Comunitária UFSCar  
Processamento Técnico  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

G633a Gomes, Cássia Regina Gontijo  
Adaptação cultural do instrumento "Standford  
Inventory of Cancer Patient Adjustment" para o  
Brasil / Cássia Regina Gontijo Gomes. -- São  
Carlos : UFSCar, 2016.  
50 p.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de  
São Carlos, 2015.

1. Autoeficácia. 2. Pesquisa metodológica em  
enfermagem. 3. Comparação transcultural. 4. Tradução.  
5. Neoplasias. I. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

---

**Folha de Aprovação**

---

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Cassia Regina Gontijo Gomes, realizada em 15/07/2015:

---

Profa. Dra. Anamaria Alves Napoleão  
UFSCar

---

Profa. Dra. Namie Okino Sawada  
USP

---

Profa. Dra. Priscilla Hortense  
UFSCar

*A Deus,  
que me permitiu a realização deste tão  
desejado sonho e sempre me protegeu em  
todas as viagens. A ELE, que permaneceu  
na barca comigo o tempo todo;*

*À mamãe **Magda**,  
pelas palavras de coragem, pela escuta e amor  
demonstrados em todas as minhas escolhas e  
por nunca medir esforços para me ajudar;*

*Aos meus amados irmãos **Dudu, Xanda e Juninho**,  
pela perseverança em me ajudar e  
interesse nas decisões pessoais e  
profissionais durante  
a construção desse sonho;*

*Aos meus anjinhos **Letícia, Miguel, Iaiá e Francisco**,  
por suavizarem com pureza e alegria as lutas do meu dia-a-dia,  
com todo amor e admiração,  
dedico.*

*“Combati o bom combate, completei a corrida, guardei a fé.”*

*São Paulo*

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus pela proteção, por guiar-me e carregar-me em seus braços durante minha trajetória;

À mãe, por ser a pessoa que mais me ensinou nessa vida, me ensinou o amor;

Ao Juninho, por ser meu melhor amigo;

À Xanda por me socorrer a qualquer hora e a todo o momento;

Ao Dudu por ser meu paizinho;

A minhas tias Ângela e Martinha, que me apoiaram com carinho nas minhas escolhas pessoais e profissionais;

À Profa. Dra Anamaria Alves Napoleão, pela confiança, paciência, ensinamento e orientação em todas as fases deste trabalho.

À família do meu coração, Mari e Estela, por simplesmente serem o que há de melhor em São Carlos, pelo incentivo, pela força, pelos inúmeros sorrisos e pela amizade sincera;

Aos pacientes com câncer, razão da minha trajetória profissional, por me ensinarem tanto sobre os valores da vida;

Aos profissionais do Hospital do Câncer, que sempre foram receptivos e solícitos quando precisei;

À Profa. Dra. Luciana Regina Ferreira da Mara pela paciência, apoio e confiança quando ainda iniciava minhas pesquisas;

À Profa. Dra. Namie Okino Sawada, à Profa. Dra. Priscilla Hortense e à Profa. Dra. Fabiana Orlandi de Souza pelo importante auxílio durante a etapa de Qualificação deste trabalho;

Aos membros do Comitê de Especialistas por compartilharem suas experiências e pela essencial contribuição neste estudo;

Ao Prof. Dr. André Luis Masiero pela escuta constante, pelos conselhos sábios e colaboração para o desenvolvimento deste estudo;

Ao Prof. Dr. Francisco de Assis Carvalho do Vale, por tantas vezes ter me acolhido em seu grupo de pesquisa;

Ao Departamento de Enfermagem da UFScar, sua chefia, coordenação, corpo docente e funcionários pela colaboração;

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pelo apoio financeiro desta pesquisa.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	9
1 A TEORIA DA AUTOEFICÁCIA .....	9
2 AUTOEFICÁCIA EM PACIENTES COM CÂNCER.....	12
3 INSTRUMENTOS QUE AVALIAM A AUTOEFICÁCIA DE PACIENTES COM CÂNCER.....	15
4 ADAPTAÇÃO CULTURAL DE INSTRUMENTOS DE MEDIDAS .....	17
OBJETIVO.....	20
MÉTODO.....	21
DISCUSSÃO .....	29
CONCLUSÃO .....	32
REFERÊNCIAS.....	33
ANEXOS .....	38
ANEXO 1.....	39
ANEXO 2.....	40
APÊNDICE .....	44
APÊNDICE 1 .....	45
APÊNDICE 2.....	47
APÊNDICE 3.....	49
APÊNDICE 4.....	50

## RESUMO

Autoeficácia é o conceito central da teoria da cognição social de Albert Bandura e refere-se ao juízo pessoal que os indivíduos fazem sobre o quanto são capazes de organizar atividades em situações imprevisíveis e geradoras de estresse. Nesse contexto, sobressaem as pessoas que enfrentam doenças crônicas como o câncer, cuja condição de saúde as leva a conviver com várias limitações em sua vida cotidiana. O objetivo deste estudo metodológico foi adaptar culturalmente o instrumento *Stanford Inventory of Cancer Patient Adjustment* (SICPA) para o Brasil. Este instrumento foi desenvolvido para mensurar a autoeficácia percebida em pacientes com câncer e possui 38 itens, avaliados em escalas Likert que variam de 0 (nada confiante) a 10 (totalmente confiante) pontos. O intervalo possível para o total da medida é de 0 a 380, no qual quanto maior o valor, maior a autoeficácia. O processo de adaptação seguiu os passos recomendados pela literatura: tradução para língua portuguesa, síntese, retrotradução, avaliação por um comitê de especialistas, pré-teste e apreciação do autor do instrumento. Participaram do estudo quatro tradutores, seis especialistas e 30 pacientes com diagnóstico de câncer. Dois tradutores eram brasileiros; um com formação na área de saúde e outro formado em Letras. Os outros dois tradutores, eram nativos da língua inglesa e residentes há mais de um ano no Brasil. Quanto aos especialistas, contou-se com um médico oncologista; uma enfermeira, doutorada na área de enfermagem médico-cirúrgica com enfoque em autoeficácia em pacientes com câncer; outra enfermeira especialista em metodologia de instrumentos; uma terceira enfermeira, especialista em metodologia de instrumentos e com experiência no constructo autoeficácia; um psicólogo e um tradutor profissional. Em relação às características clínicas dos pacientes do pré-teste, 40% tinham diagnóstico de câncer de mama, seguidos por cabeça e pescoço (27%) e colorretal (26%). Na etapa de avaliação do comitê de especialistas, as mudanças mais consistentes na versão adaptada do instrumento foram: na questão que se referia à capacidade de afastar a tristeza em relação ao câncer e na sugestão de colocar todos os itens do instrumento na primeira pessoa do singular. Na etapa de pré-teste, os sujeitos não sugeriram nenhuma mudança nos itens do instrumento. Assim, concluímos que o SICPA foi adaptado com sucesso. A versão adaptada do SICPA deverá ser submetida a testes de validade e confiabilidade com as devidas autorizações concedidas pelos autores originais do instrumento.

**Descritores:** autoeficácia, pesquisa metodológica em enfermagem, comparação transcultural, tradução, neoplasias.

## *ABSTRACT*

The self-efficacy is the main concept of the social cognitive theory of Albert Bandura and it refers to the personal judgement that individuals make about how much they are able to organize and implement activities in unpredictable and stressful circumstances . In this sense, standout people who face chronic diseases like cancer, whose health condition leads them to live several limitations in their daily lives. The aim of this methodological study was to culturally adapt the instrument Stanford Inventory of Cancer Patient Adjustment (SICPA) to Brazil. This tool was developed to measure the perceived self-efficacy in cancer patients and has 38 items, assessed at Likert scale ranging from 0 (no confident) to 10 (totally confident) points. The possible range for the total measurement is 0 to 380, in which the larger the value, greater self-efficacy. The adaptation process followed the steps recommended in the literature: translation to the Portuguese language, synthesis, back translation, appreciation by a committee of experts, pre-test and appraisal of the instrument of the author. The study included four translators, six specialists and 30 patients diagnosed with cancer. Two of the translators were Brazilian; one of them with degree in health area and the other with Letters degree. The other two translators were native English speaking and more than a year residents in Brazil. Concerning the experts, there was an oncologist physician; a nurse, a PhD in medical-surgical nursing field with focus on self-efficacy in cancer patients; another nurse specialist on instruments methodology; a third nurse specialist on methodological tools and experienced in the self-efficacy construct; a psychologist and a professional translator. Regarding the clinical characteristics of the pre-test patients, 40% had a diagnosis of breast cancer, followed by head and neck (27%) and colorectal cancer (26%). In the evaluation stage of the expert committee, the most consistent changes in the adapted version of the instrument were: the question that concerned the ability to ward off sadness in relation to cancer and the suggestion to put all the items of the instrument in the first person singular. In the pretest phase, the subjects did not suggest any change in the instrument items. Thus, we conclude that the SICPA has been successfully adapted. The adapted version of SICPA must be submitted to validity and reliability tests with the required authorizations granted by the original authors of the instrument.

**Descriptors:** self-efficacy; nursing methodology research; Cross-cultural comparison; Translating; neoplasms.

## **INTRODUÇÃO**

### **1 A TEORIA DA AUTOEFICÁCIA**

Autoeficácia é o conceito central da teoria do aprendizado social de Albert Bandura, psicólogo canadense, e refere-se ao juízo pessoal que os indivíduos fazem sobre o quanto são capazes de organizar e programar atividades em situações desconhecidas, passíveis de conter elementos ambíguos, imprevisíveis e geradores de estresse. A percepção de autoeficácia pode ter repercussões diversas no comportamento, nos padrões de pensamento e nos aspectos emocionais, influencia a escolha das atividades e dos ambientes ou situações, determina da mesma forma, quanto esforço o indivíduo vai despende e durante quanto tempo persistirá perante obstáculos e más experiências (BANDURA, 1989).

Na análise do aprendizado social, as expectativas de eficácia pessoal são baseadas em quatro maiores fontes de informações: realização de desempenho (experiência direta), experiência indireta (ou vicária), persuasão verbal e estado físico e emocional (BANDURA, 1977).

A realização de desempenho ou experiência direta é uma fonte de informação de eficácia especialmente influenciada em experiências de poder pessoal. Os sucessos aumentam as expectativas de poder; repetidas falhas os diminuem, particularmente, se estas falhas ocorrem cedo no curso de eventos. Depois que as fortes expectativas de eficácia são desenvolvidas através de sucessos repetidos, o impacto negativo de falhas ocasionais provavelmente se reduz. Na verdade, falhas ocasionais, que são mais tarde superadas por determinado esforço, podem fortalecer a persistência pessoal se o indivíduo achar que, através do esforço, até os obstáculos mais difíceis podem ser dominados.

Uma vez estabelecida, a autoeficácia elevada tende a generalizar-se para outras situações nas quais o desempenho era diminuído pela preocupação com incapacidades pessoais. Como resultado, as melhoras no funcionamento comportamental são transferidas não somente para situações similares, mas também para atividades que são substancialmente diferentes. Por exemplo, a autoeficácia aumentada, adquirida através do domínio rápido de uma específica fobia a determinado animal pode aumentar os esforços de enfrentamento em situações sociais, bem como reduzir o medo de outros animais. No entanto, os efeitos generalizados ocorrem mais previsivelmente para as atividades que são similares (BANDURA, 1977, 1994).

Na fonte Experiência indireta ou vicária, as pessoas não confiam no poder vivenciado como a única fonte de informação relacionada a seus níveis de autoeficácia. Muitas expectativas são derivadas da experiência indireta, ou seja, ver outras pessoas desempenharem atividades desafiadoras sem conseqüências adversas gera expectativas nos observadores de que eles também irão melhorar se intensificarem e persistirem nos seus esforços. Os indivíduos se convencem que se outros podem fazê-lo, eles devem ser capazes pelo menos de alcançar alguma melhora no desempenho. A experiência indireta, que depende das inferências vindas de comparações sociais, é uma fonte menos dependente de informação sobre as capacidades pessoais do indivíduo quando comparada a evidência direta de realizações pessoais.

Os fóbicos se beneficiam mais ao ver os outros superarem suas dificuldades com determinados esforços do que ao escutarem conselhos “profissionais” Mostrar os ganhos alcançados pelo comportamento de enfrentamento com esforço não só minimiza o impacto negativo de problemas temporários, mas também demonstra que até a pessoa mais ansiosa pode eventualmente ter sucesso através da perseverança (BANDURA, 1977, 1994).

A Persuasão social ou persuasão verbal é uma fonte amplamente usada por sua disponibilidade imediata e fácil de influenciar o comportamento humano. As pessoas são levadas por meio de sugestões, a acreditar que podem enfrentar com sucesso o que as amedrontava no passado. As expectativas de eficácia induzidas desta maneira são provavelmente mais fracas do que aquelas vindas das realizações pessoais, porque não fornecem uma base experimental autêntica para os indivíduos. Diante de ameaças de perigos e uma longa história de fracassos, qualquer expectativa de poder que é induzida por persuasão pode ser imediatamente extinguida por experiências desconformes. Os resultados de várias linhas de pesquisa comprovam a limitação de procedimentos que tentam produzir expectativas de resultados nas pessoas simplesmente ao dizer-lhes o que é necessário fazer (BANDURA, 1977, 1994).

Os Estados físicos e emocionais são fontes em que devemos considerar as reações de estresse e tensão como sinais de vulnerabilidade ao desempenho ruim. Contudo, não é o grau de intensidade das reações físicas e emocionais que é importante, mas como elas são interpretadas. As pessoas que têm um alto senso de eficácia podem ver seus estados de excitação como facilitador energizante do desempenho, enquanto que outras, com dúvidas pessoais, consideram sua excitação como um debilitador (BANDURA, 1989, 1994).

Pessoas com crenças positivas sobre suas capacidades fazem maior esforço e persistem por um tempo maior quando se deparam com dificuldades inesperadas em relação a pessoas com baixa autoeficácia (BANDURA, 1977). Em contrapartida, pessoas que duvidam de suas capacidades têm baixas aspirações e fraco compromisso com as metas que precisam alcançar. Quando confrontados com tarefas difíceis, debruçam sobre as suas deficiências pessoais e nos obstáculos que irão encontrar, ao invés de se concentrarem na busca da solução (BANDURA, 1994).

Um reduzido nível de autoeficácia está relacionado à depressão, ansiedade, sentimento de impotência, à baixa autoestima e a pensamentos pessimistas quanto às capacidades pessoais (BENITES et al., 2006).

O conceito de autoeficácia, quando adotado na área de saúde, explica que o comportamento em saúde é determinado pela expectativa de resposta e pela expectativa de eficácia. A expectativa de resposta consiste na convicção (crença) de que um dado comportamento determinará uma resposta específica. A expectativa de eficácia consiste na convicção da capacidade que uma pessoa tem para desempenhar um comportamento específico, numa situação que dê a resposta desejada (NEVES, 2010).

Um indivíduo pode acreditar que um comportamento proporciona certo resultado (expectativa de resultado) e supõe ser capaz de executá-lo (expectativa de autoeficácia). Contudo, outras possibilidades surgem quando o indivíduo sabe que um comportamento gera determinado resultado, mas não se considera capaz de executá-lo, ou ainda quando o indivíduo se julga capaz de realizar um comportamento, mas não tem convicção de que o mesmo produza um resultado (ORÍ, 2008).

Bandura defende que o senso de baixa autoeficácia pode contribuir para reações de depressão comumente relatadas entre os pacientes com diagnóstico de câncer. A ineficácia percebida vivenciada em eventos aversivos geralmente leva a ansiedade debilitante, fortes dúvidas pessoais sobre a competência de se obter bons resultados, gerando assim sentimentos de desânimo e desespero (BANDURA, 1982).

A teoria da autoeficácia tem sido muito explorada no Brasil, especialmente nas áreas da saúde e educação. Estudos apontam que este constructo tem sido amplamente útil no tratamento de pacientes que sofrem dor crônica (SALVETTI, PIMENTA, 2007), na adesão ao tratamento antiretroviral (LEITE et al, 2002), na avaliação de idosos fragilizados (FORTES-BURGOS, NERI, CUPERTINO, 2008, RABELO, CARDOSO, 2007), no estímulo à prática da amamentação materna (SPEHAR, SEIDL, 2013, DODT et al, 2013), como mediador na

melhora da saúde bucal (SOUZA, SILVA, GALVÃO, 2002) na motivação de crianças com dificuldades de aprendizagem (MEDEIROS et al, 2000), no desempenho escolar de alunos do ensino fundamental (RODRIGUES, BARRERA, 2007), entre outros.

## **2 AUTOEFICÁCIA EM PACIENTES COM CÂNCER**

O câncer é considerado uma doença complexa, que necessita de tratamentos dolorosos e gera incertezas sobre sua cura, causando impacto importante na vida de quem recebe este diagnóstico. De acordo com estimativas mundiais do projeto Globocan, da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (IARC, do inglês International Agency for Research on Cancer), da Organização Mundial da Saúde (OMS), houve 14,1 milhões de casos novos de câncer e um total de 8,2 milhões de mortes por câncer, em todo o mundo, em 2012. A carga do câncer continuará aumentando nos países em desenvolvimento e crescerá ainda mais em países desenvolvidos se medidas preventivas não forem amplamente aplicadas (INCA 2014).

No Brasil, a estimativa para o ano de 2014, que é válida também para o ano de 2015, aponta para a ocorrência de aproximadamente 576 mil casos novos de câncer, incluindo os casos de pele não melanoma, reforçando a magnitude do problema do câncer no país. O câncer de pele do tipo não melanoma (182 mil casos novos) será o mais incidente na população brasileira, seguido pelos tumores de próstata (69 mil), mama feminina (57 mil), cólon e reto (33 mil), pulmão (27 mil), estômago (20 mil) e colo do útero (15 mil). Sem considerar os casos de câncer de pele não melanoma, estimam-se 395 mil casos novos de câncer, 204 mil para o sexo masculino e 190 mil para sexo feminino. Em homens, os tipos mais incidentes serão os cânceres de próstata, pulmão, cólon e reto, estômago e cavidade oral; e, nas mulheres, os de mama, cólon e reto, colo do útero, pulmão e glândula tireóide (INCA 2014).

A Sociedade Brasileira de Oncologia assumiu no último ano que a dor e o desconforto relacionados ao câncer desempenham forte impacto na qualidade de vida de pacientes oncológicos. Evidências cada vez maiores de que a sobrevivência do doente está ligada ao controle dos sintomas enfatizam a necessidade de que o paciente receba apoio psicossocial, inclusive apoio emocional e de informações e o treinamento de habilidades de enfrentamento, tais como a autoeficácia. (SBOC, 2014).

O conceito de autoeficácia pode ser aplicado em uma variedade de condições crônicas, entre elas o câncer, cujo estado de saúde leva os pacientes a conviver com inúmeras

limitações em sua vida cotidiana, como ir ao médico e tomar medicamentos regularmente. Somado a isso, há períodos em que a sua condição de saúde pode se agravar e exigir hospitalização, ocasionando assim apatia, irritabilidade, tristeza, entre outros sintomas; o que gera sofrimento físico e emocional para o paciente e para aqueles que o rodeiam (LORENCETTI, SIMONETTI, 2005).

Estudos têm investigado a influência da autoeficácia na qualidade de vida dos pacientes com câncer. Autores internacionais pesquisaram o papel da autoeficácia para motivar os pacientes com câncer a realizarem atividade física. Encontrou-se que o nível de dor, a sensação de vitalidade, os níveis de qualidade de vida relacionada à saúde e de autoeficácia estão intimamente ligados e são capazes de aumentar a atividade física em sobreviventes do câncer (PERKINS et al 2009, PHILIPS, MCAULEY, 2014).

Pacientes que se submeteram ao tratamento de radioterapia têm apresentado uma elevação dos níveis de ansiedade e deterioração na qualidade de vida. A autoeficácia tem se apresentado como um fator importante para a melhora destas variáveis (MYSTAKIDOU et al, 2013).

Autores israelenses realizaram uma pesquisa com o objetivo de conhecer os efeitos do estresse percebido e da autoeficácia percebida na qualidade de vida de indivíduos com câncer. Através deste estudo foi possível concluir que a autoeficácia reduz a experiência da percepção de estresse e aumenta a qualidade de vida dos doentes (KREITLER, PELEG, EHRENFELD, 2007).

Um estudo prospectivo, desenvolvido na Alemanha investigou 118 mulheres com câncer de mama. O objetivo do estudo foi conhecer a associação da autoeficácia com o medo de progressão da doença durante o ano após o diagnóstico. Os achados revelaram que a baixa autoeficácia está intimamente associada com os medos disfuncionais em pacientes com câncer de mama. Os autores concluem a investigação salientando a importância de que a autoeficácia seja trabalhada com os pacientes logo após a comunicação do diagnóstico, visto que ela é capaz de reduzir o medo de progressão da doença (MELCHIOR et al, 2013).

Em um estudo de coorte realizado na China com mulheres submetidas à cirurgia da mama para tratamento do câncer, autores identificaram que autoeficácia no pós-cirúrgico beneficia a adaptação social precoce, mulheres que apresentaram maior nível de autoeficácia apresentaram melhor autoimagem e disposição para se relacionar com os amigos (LAM, FIELDING, 2007).

Pesquisadores japoneses realizaram um estudo com 47 indivíduos com diagnóstico de câncer gastrointestinal. O objetivo desta investigação foi examinar através de questionários, a relação entre qualidade de vida, ansiedade, depressão, sintomas de estresse e autoeficácia. Os achados revelaram que existe uma forte associação entre autoeficácia e ajustamento psicológico, e que é válido implementar intervenções direcionadas às várias fases do tratamento do câncer. Estes resultados implicam também em considerar que a percepção de autoeficácia possui forte influência em variáveis subjetivas, tais como qualidade de vida, ansiedade, depressão e sintomas de estresse (KOHNO et al, 2010).

Em um estudo nacional que objetivou analisar a qualidade de vida, o bem estar psicológico e a autoeficácia, em 37 mulheres jovens com câncer de mama invasivo, autores identificaram que o bem estar psicológico e a autoeficácia são variáveis importantes para a qualidade de vida nessas pacientes (CASTRO, SALVADOR, MENEGHETTI, 2011).

Um estudo multicêntrico que objetivou estabelecer a relação entre autoeficácia, apoio social e angústia em pacientes em aconselhamento genético para câncer hereditário, encontrou em seus resultados que os pacientes que recebem apoio social têm a autoeficácia mais elevada e que este achado é capaz de minimizar a associação entre angústia e o impacto da doença (CARLSSON et al, 2004).

Um estudo desenvolvido nos EUA analisou 177 mulheres com diagnóstico de câncer mama. As pacientes faziam parte de um grupo que utilizava um software de saúde (*ehealth*) para trocar experiências e motivações a respeito da doença, tratamento e mudanças na vida. Os autores encontraram em seus resultados que a autoeficácia apresenta-se como moderadora entre a troca de informações e o bem estar emocional de mulheres com câncer de mama. As pacientes com maior nível de eficácia trocavam mais informações e eram mais receptivas aos informes dos outros, enquanto que para aquelas que apresentavam baixo senso de eficácia o impacto da troca de informações sobre o bem estar emocional demonstrou-se negativo (NAMKOONG et al, 2010).

Em um estudo de intervenção desenvolvido no Canadá com 273 pacientes com câncer, os autores identificaram que existem fortes correlações entre as variáveis, qualidade de vida, autoeficácia e humor. Essa correlação foi encontrada em três diferentes momentos, antes de iniciar o programa de intervenção, ao fim da intervenção e três meses após o término da intervenção. Foi possível constatar também que pacientes que recebiam o treinamento de

habilidades de enfrentamento apresentavam maior qualidade de vida e estado de humor (CUNNINGHAM, LOCKWOOD, CUNNINGHAM, 1991).

Um estudo longitudinal realizado na Alemanha analisou o impacto da autoeficácia no enfrentamento do câncer em relação à fadiga física e aos sintomas depressivos. Os autores contaram com uma amostra de 175 pacientes com diagnóstico de câncer melanoma e identificaram que quanto maior o nível de eficácia pessoal, menores são os índices de cansaço físico e depressão. Os achados chamam a atenção dos profissionais de saúde no que se refere à relevância de intervenções de autoeficácia no apoio psicológico de pacientes com melanoma (ALBRECHT et al, 2013).

Um estudo nacional que objetivou estabelecer a relação entre autoeficácia e qualidade de vida de doentes crônicos encontrou em seus resultados que existem relações importantes entre essas duas variáveis, indicando que aqueles indivíduos que possuem maior senso de autoeficácia são também aqueles que possuem mais alta qualidade de vida em geral (CASTRO, PINTO, POCIANO, 2009).

Os estudos elencados acima enfatizam a necessidade de refletir sobre a forma como os pacientes com câncer são afetados psicologicamente pela doença e seu tratamento. Nesse sentido, a literatura científica tem demonstrado evidências suficientes de que o nível de autoeficácia é uma variável importante a ser avaliada em indivíduos com diagnóstico de câncer, visto que a autoeficácia está vinculada ao uso de estratégias para o enfrentamento capazes de promover o bem estar ao paciente e aumentar sua qualidade de vida (BANDURA, 1997; SCHWARZER et al, 2005).

### **3 INSTRUMENTOS QUE AVALIAM A AUTOEFICÁCIA DE PACIENTES COM CÂNCER**

Foram identificados em bases de dados internacionais, três instrumentos que avaliam a autoeficácia de pacientes com câncer. São descritos abaixo em ordem cronológica de publicação:

1. *Stanford Inventory of Cancer Patient Adjustment* (SICPA) - desenvolvido na Califórnia com o objetivo de mensurar a autoeficácia percebida em pacientes com câncer. Esse instrumento avalia a confiança dos indivíduos em suas habilidades funcionais para enfrentamento dos problemas relacionados ao câncer. Os pacientes são

instruídos a circular o número de 0 a 10 na escala, 0 (nada confiante) a 10 (totalmente confiante), o que melhor representa sua confiança em enfrentar as situações descritas. O instrumento constitui-se de 38 itens, avaliados em escalas Likert de 11 pontos. Os valores são somados (escores totais variam 0-380) ao fim da aplicação do instrumento, sendo que quanto mais alta a pontuação, maior o nível de autoeficácia. O instrumento original demonstrou alta confiabilidade teste-reteste ( $r: 0.95$ ) (TELCH & TELCH, 1986). O SICPA consiste em seis subescalas e demonstrou consistência interna alta (alfa de Cronbach de 0.77 a 0.92). As subescalas são: (a) enfrentamento dos procedimentos médicos, (b) comunicação com médicos, amigos e familiares, (c) participação em atividades físicas, sociais e profissionais, (d) gerenciamento pessoal, (e) estado emocional e (f) autossatisfação (TELCH & TELCH, 1986).

2. *Cancer Behavior Inventory – Long Version (CBI - L)* A CBI-L – desenvolvido nos EUA como uma medida de autoeficácia para lidar com o câncer. O instrumento é composto por 33 itens e sete subescalas, incluindo: (1) manutenção da atividade e independência; (2) lidar com tratamento- efeitos colaterais relacionados; (3) aceitação do câncer / manutenção de atitude positiva; (4) procura e compreensão de informações médicas; (5) regulamento afetivo; (6) busca por assistência; e (7) gestão de estresse para consultas médicas. Estas subescalas refletem as principais tarefas de enfrentamento vivenciadas pelos pacientes com câncer. O CBI-L apresentou confiabilidade de 0,82 a 0,89 para as sete subescalas e 0,94 para a escala inteira (alfa de Cronbach) (MERLUZZI, SANCHEZ, 1997).
3. *Cancer Behavior Inventory – Brief Version (CBI- B)* - uma medida de 12 itens que avalia a autoeficácia para lidar com o câncer. O instrumento é derivado da versão mais longa de 33 itens (CBI-L). Possui quatro subescalas: (1) a manutenção da independência e atitude positiva; (2) participação no cuidado médico; (3) enfrentamento e gerenciamento do estresse; e (4) gerenciamento afetivo. A confiabilidade do instrumento através do Cronbach variou entre 0,84-0,88. A validade da CBI-B foi demonstrada por correlações positivas com as medidas de qualidade de vida e otimismo, e correlações negativas com medidas de depressão e impacto da doença (HEITZMANN et al., 2011).

É válido ressaltar que nenhum destes instrumentos foi adaptado e validado para a cultura brasileira.

#### 4 ADAPTAÇÃO CULTURAL DE INSTRUMENTOS DE MEDIDAS

Instrumentos desenvolvidos em países de diferentes culturas e idiomas não são apropriados para serem utilizados em outros locais sem a tradução e adaptação cultural (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

O instrumento *Stanford Inventory of Cancer Patient Adjustment* (SICPA) encontra-se no idioma inglês e foi desenvolvido para a população norte-americana. Assim como esse, a maioria dos instrumentos apresenta-se em inglês e, com o crescimento do número de questionários desenvolvidos para uma cultura específica, passou-se a considerar sua utilização em outros países, culturas e línguas a partir de um processo de tradução e adaptação cultural destes instrumentos (FALCÃO et al., 2003). Para isso, esse processo deve seguir normas internacionalmente aceitas, pois a adaptação cultural de um questionário sobre saúde para uso em um novo país, cultura e/ou língua necessita de um método que mantenha a equivalência entre a versão original e a de destino (BEATON et al., 2002).

Guillemin, Bombardier e Beaton (2000), propuseram diretrizes a serem seguidas para adaptação cultural de um instrumento, abrangendo seis etapas essenciais descritas a seguir:

1. A **tradução** de um instrumento para outra língua deve ser realizada por dois tradutores independentes, qualificados, nativos no idioma no qual será adaptado o instrumento, cientes dos objetivos do estudo e conceitos envolvidos. Isso permite a detecção de erros, interpretações divergentes e itens ambíguos, preservando a integridade do instrumento de medida e o significado de cada item entre as duas línguas.
2. A **síntese das traduções** é realizada pelos dois tradutores e o pesquisador. O objetivo é sintetizar o resultado das traduções. Deve-se adotar o instrumento original, bem como as duas versões das traduções e produzir uma tradução comum. É indicada a emissão de um relatório escrito que documente o processo de síntese, cada um dos problemas encontrados e como eles foram resolvidos.
3. A **retrotradução** (“*back-translation*”), ou seja, a tradução do instrumento de volta à língua de origem busca melhorar a qualidade da versão final. Divergências na primeira tradução podem ser amplificadas e reveladas na retrotradução, assim como a falta de adaptação ao contexto de destino cultural. Deve ser realizada por tradutores independentes, qualificados e nativos do idioma do instrumento em questão, os quais não devem conhecer o propósito da tradução, pois, sem um conhecimento prévio da

intenção do instrumento original, estarão livres de vieses, podendo revelar significados ou interpretações inesperadas na versão final.

4. A constituição de um *comitê de juízes*, para comparar a versão original com a versão traduzida, deverá produzir uma versão final do instrumento com base nas traduções obtidas nas etapas anteriores, a fim de preservar as equivalências entre as versões do instrumento. O comitê deve também avaliar a apresentação do questionário, a escala de respostas para cada questão, além de utilizar técnicas estruturadas para resolver discrepâncias. A participação no comitê deverá ser multidisciplinar, constituída por especialistas nos conceitos a serem explorados, garantindo que a tradução seja completamente compreensível pela modificação ou eliminação de itens irrelevantes, insuficientes e ambíguos, gerando um instrumento seguro, com melhores componentes substitutos à situação de adaptação cultural. Beaton et al. (2000) destacam que a composição mínima do comitê deve incluir pesquisadores de metodologia, profissionais de saúde, profissionais de idiomas e os tradutores envolvidos no processo.

A equivalência cultural das versões original e final do instrumento deve considerar as equivalências semântica, idiomática, experiencial e conceitual (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

- ✓ **Equivalência semântica:** refere-se à equivalência dos significados das palavras. É a transferência de significado através da linguagem, obtendo-se um efeito similar sobre os respondentes que falam línguas diferentes. O vocabulário e a gramática podem sofrer alterações na construção das sentenças (GUILLEMIN, BOMBARDIER, BEATON, 1993; HERDMAN, FOX-RUSHBY, BADIA, 1998).
- ✓ **Equivalência idiomática:** é aquela relativa aos significados das expressões idiomáticas e coloquiais, as quais devem ser substituídas por expressões equivalentes na cultura alvo (GUILLEMIN, BOMBARDIER, BEATON, 1993).
- ✓ **Equivalência cultural**, ou também chamada **experiencial:** as situações retratadas nos itens da versão original devem corresponder às vivenciadas na cultura alvo, ou seja, na cultura brasileira (BEATON et al, 2000).
- ✓ **Equivalência conceitual:** está relacionada à validade do conceito explorado e aos eventos vivenciados pelos indivíduos da cultura-alvo. O instrumento está medindo o mesmo constructo teórico em cada cultura. Alguns itens podem ser equivalentes

quanto ao significado, mas não equivalentes quanto ao conceito (GUILLEMIN, BOMBARDIER, BEATON, 1993; HERDMAN, FOX-RUSHBY, BADIA, 1998).

É válido ressaltar que o comitê de especialistas está apto a modificar ou eliminar itens irrelevantes, inadequados e ambíguos e assim gerar substitutos que melhor se encaixem a situação alvo cultural, mantendo o conceito geral dos itens do instrumento que foram excluídos (GUILLEMIN, BOMBARDIER, BEATON, 1993).

5. O *pré-teste* é a fase final do processo de adaptação cultural de um instrumento. Nessa etapa, uma amostra da população a ser estudada responde ao questionário para verificar sua compreensão e clareza, o que permite identificar se há erros ou desvios na tradução. Permite também a verificação da validade de face. Beaton et al. (2000) sugerem que entre 30 e 40 pessoas deveriam participar do pré-teste, mas isso depende da população alvo do instrumento.
6. ***Apresentação da documentação para os desenvolvedores ou Comitê Coordenador para Avaliação do processo de adaptação:*** A fase final do processo de adaptação é a submissão de todos os relatórios e formulários para os autores do instrumento ou para a comissão de avaliação da versão traduzida. Eles, por sua vez, verificarão se as etapas recomendadas foram seguidas, e se os relatórios parecem estar refletindo bem esse processo.

A adaptação cultural de um instrumento de saúde gera para a ciência inúmeras vantagens. Para isso, o pesquisador precisa adotar um processo metodológico complexo que possibilite a troca de informações entre comunidade científica e a comparação de resultados de pesquisa em diferentes países (ALEXANDRE, GUIRARDELLO, 2002).

## **JUSTIFICATIVA**

Um indivíduo com baixa autoeficácia, provavelmente, tem uma menor expectativa com relação ao seu desempenho em promover e manter as mudanças necessárias para sua recuperação (LEE, SHEHAN, 1989).

Na literatura nacional, não foi identificado qualquer instrumento específico para a avaliação da autoeficácia em pacientes com câncer que tenha sido adaptado e validado para uso no Brasil. Na literatura internacional, foi identificado o *Stanford Inventory of Cancer Patient Adjustment* (SICPA), desenvolvido no idioma inglês, para avaliar a confiança dos indivíduos em suas habilidades funcionais para enfrentar os problemas relacionados ao câncer (TELCH & TELCH, 1986). O SICPA tem sido utilizado em pesquisas internacionais, o que pode ser evidenciado pelos estudos publicados que utilizaram esse instrumento (ZHANG et al, 2014, WEBER et al, 2008, CUNNINGHAM, LOCKWOOD, CUNNINGHAM, 1991, WEBER et al, 2007). Ademais, o SCIPA foi identificado nas buscas na literatura como o instrumento de avaliação da autoeficácia em pacientes com câncer mais utilizado em estudos científicos.

Caso seja adaptado para a população brasileira, poderá propiciar a comparação de resultados de pesquisas e de efeitos de intervenções, em relação à autoeficácia em pacientes com câncer, entre diferentes países. Poderá ser mais um recurso para o planejamento da assistência em saúde voltada aos indivíduos com diagnóstico de câncer. Poderá, ainda, ser utilizado para avaliar os efeitos de sistemas de apoio e outros sistemas de intervenção relacionados à autoeficácia, que objetivam minimizar as conseqüências negativas do câncer e dos tratamentos existentes. Assim, considera-se relevante realizar o processo de adaptação cultural do instrumento para o Brasil, e posterior, validação.

## **OBJETIVO**

O objetivo do presente estudo foi adaptar culturalmente o *Stanford Inventory of Cancer Patient Adjustment* (SICPA) para o português do Brasil para ser utilizado em pacientes com diagnóstico de câncer.

## **MÉTODO**

### **1. Delineamento do estudo**

Trata-se de um estudo metodológico cuja proposta é adaptar culturalmente um instrumento de avaliação da autoeficácia percebida para pacientes oncológicos no Brasil. Um estudo metodológico se diferencia de outros delineamentos de pesquisa por não contemplar todas as etapas do processo de pesquisa, sendo que o pesquisador metodológico está interessado em identificar um constructo intangível e torná-lo tangível com uma ferramenta de papel e lápis ou instrumento de investigação (LOBIONDO-WOOD, HABER, 1998).

### **2. Autorização dos autores do instrumento**

A autorização para adaptação cultural do SICPA no Brasil foi concedida pelos dois autores do instrumento via correio eletrônico (ANEXO 1).

### **3. Procedimento metodológico**

O processo de adaptação cultural foi conduzido seguindo normas metodológicas internacionalmente aceitas (GUILLEMIN, BOMBARDIER, BEATON, 1993, BEATON et al, 2000). As etapas são as seguintes: tradução; síntese; retrotradução; revisão por um comitê de especialistas; pré-teste; apreciação do autor original (Figura 1).

**Tradução:** A primeira fase consistiu na tradução do instrumento do inglês para o português falado no Brasil. Para esse fim, dois tradutores bilíngües, que possuíam o português como língua materna, fizeram duas traduções independentes. Um deles era formado em Enfermagem, possuía experiência na área de saúde e foi informado sobre os conceitos envolvidos no instrumento, enquanto o outro era formado em Letras, não era da área de saúde nem obteve o conhecimento de tais conceitos.

**Síntese:** Para realização da síntese, utilizou-se o instrumento original, em inglês, e as duas traduções. Através de uma reunião entre os tradutores e as pesquisadoras

discutiram-se as discrepâncias entre as duas versões e a melhor forma de resolvê-las. Todo o processo foi documentado por escrito.

**Retrotradução:** Após a obtenção da tradução comum, o instrumento foi vertido novamente para o inglês por outros dois tradutores: pessoas bilíngües que tinham a língua inglesa como língua materna. Um deles era formado em Lingüística e o outro em Economia, ambos nasceram nos Estados Unidos da América e viviam a dois anos no Brasil. Esses dois retrotradutores não tinham nenhum conhecimento sobre os conceitos envolvidos no instrumento e produziram duas traduções independentes.

**Comitê de Especialistas:** Para fazer parte do comitê de especialistas, os critérios de inclusão foram: domínio das duas línguas (português brasileiro e inglês), ter conhecimento sobre o tema câncer e sobre a metodologia de adaptação de instrumentos. Cada especialista atendeu a pelo menos dois desses critérios. Organizou-se um comitê com seis especialistas: um médico especialista em oncologia; uma enfermeira, doutora na área de enfermagem médico-cirúrgica com enfoque em autoeficácia em pacientes com câncer; outra enfermeira especialista em metodologia de instrumentos; uma terceira enfermeira, especialista em metodologia de instrumentos e com experiência no constructo autoeficácia; um psicólogo e um tradutor profissional. Todos os integrantes receberam as traduções, a síntese, as duas retrotraduções, bem como um instrumento desenvolvido para facilitar as análises, elaborado pelas pesquisadoras. Este instrumento era composto pelas questões do SICPA em inglês, sua respectiva tradução para o português falado no Brasil, e um quadro para que o especialista marcasse se concordava ou não com as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual de cada questão.

Cada especialista fez uma avaliação inicial independente durante 10 dias. Com essa avaliação, foi possível realizar o cálculo da taxa de concordância (WYND, SCHMIDT, SCHAEFER, 2003). Esta taxa foi calculada para cada item a fim de determinar quantitativamente se havia correspondência com o conceito original, usando a seguinte fórmula (TILDEN, MAY, 1990):

$$\% \text{ Concordância: } \frac{\text{Número de especialistas que concordaram}}{\text{Número total de especialistas}} \times 100$$

Os itens do questionário foram considerados com boa concordância pelo comitê somente quando a taxa de concordância fosse maior que 70% (WYND, SCHMIDT, SCHAEFER, 2003).

Para análise qualitativa, foi realizada uma reunião por videoconferência com os membros do comitê para discussão dos itens do instrumento com taxa de concordância inferior a 70%. O objetivo desta reunião foi consolidar todas as versões do instrumento e indicar quais características deveriam ser consideradas na versão para pré-teste. Um consenso foi atingido, considerando as equivalências semântica, idiomática, experimental e conceitual (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Após todas as sugestões feitas pelos especialistas, durante a reunião, uma versão foi elaborada para pré-teste.

**Pré-teste:** O pré-teste foi aplicado em 30 sujeitos. Foram selecionados para esta etapa os sujeitos que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: (1) idade igual ou superior a 18 anos, independente do sexo e etnia, (2) ter diagnóstico de câncer comprovado através do prontuário do paciente, (3) estar em tratamento quimioterápico e radioterápico (em qualquer fase do tratamento). Foram excluídos os indivíduos com diagnósticos psiquiátricos prévios, pessoas com demência ou alterações no nível de consciência, diagnosticadas, notificadas em prontuário ou informadas pela família ou equipe de saúde.

Cada participante respondeu às questões, completando a versão do instrumento adaptado. Logo após, foram entrevistados individualmente com relação ao entendimento dos itens e ao preenchimento das respostas do SICPA. A leitura de cada item poderia ser realizada até três vezes. Após essas tentativas, se o paciente não o compreendesse, o item deveria ser deixado sem preencher (FREITAS, et al, 2014). Após responderem ao instrumento, cada sujeito foi questionado sobre as dificuldades e a compreensibilidade da versão adaptada do através do Instrumento de Praticabilidade.

**Avaliação pelo autor do instrumento:** a versão pós - pré-teste foi enviada via correio eletrônico para a apreciação do autor original do instrumento.

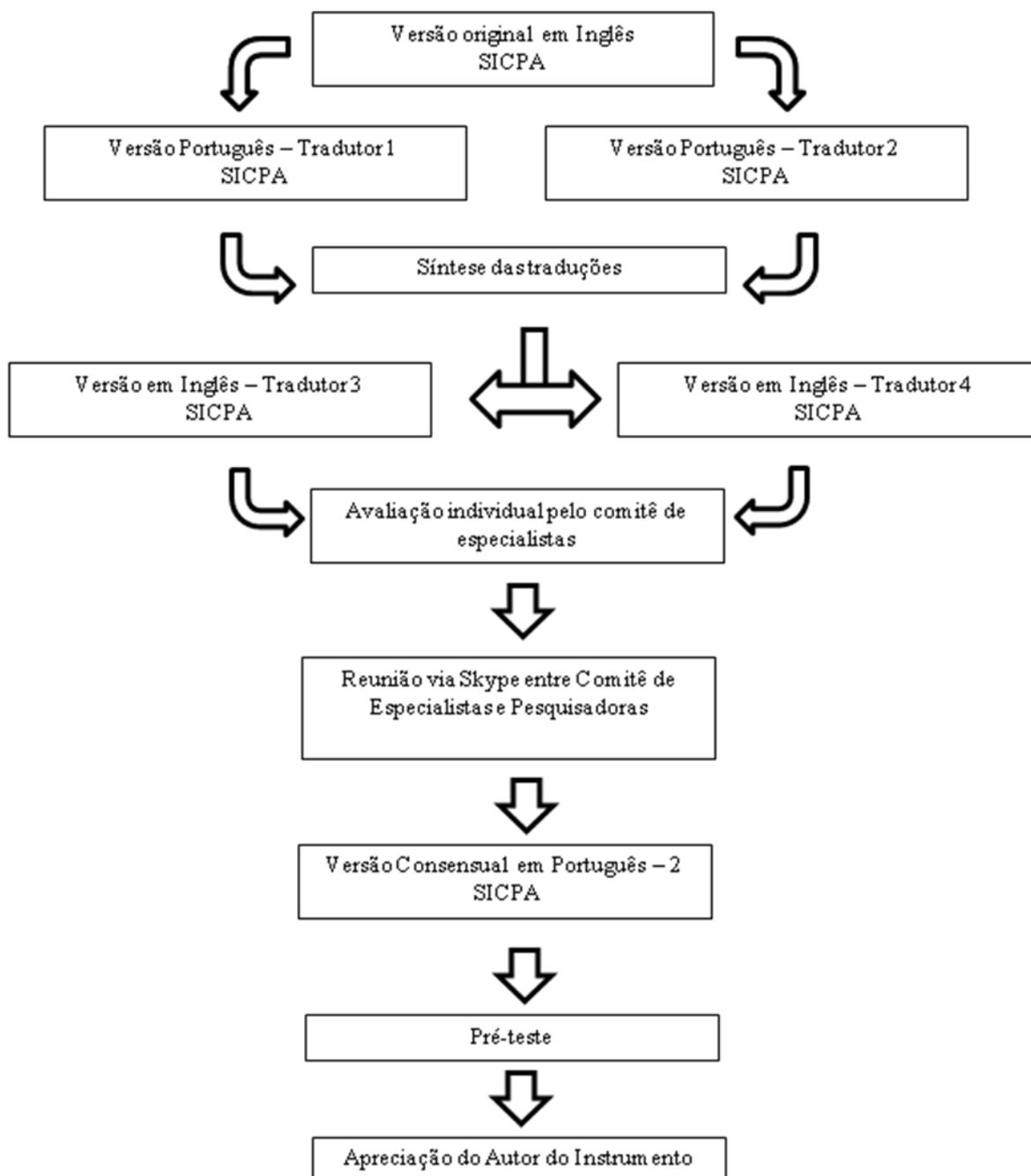


Figura 1: Processo de tradução e adaptação cultural do *Stanford Inventory of Cancer Patient Adjustment*

#### 4. Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (CEP - UFSCar) e do Hospital São João de Deus (CEP - HSJD), sob os processos nº 987.728/15 e 939.425/15 (ANEXO 2). Todos os participantes das etapas do estudo, os sujeitos e os especialistas, receberam informações verbais e escritas sobre o estudo e concordaram em participar assinando o Termo de

consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE 1). O anonimato dos sujeitos foi preservado por meio da identificação do questionário através de números, bem como pela utilização de um ambiente privativo para a entrevista.

## **5. Instrumentos**

O SICPA foi desenvolvido na Califórnia com o objetivo de mensurar a autoeficácia percebida em pacientes com câncer. Esse instrumento avalia a confiança dos indivíduos em suas habilidades funcionais para enfrentamento dos problemas relacionados ao câncer. Os pacientes são instruídos a circular o número de 0 a 10 na escala, 0 (nada confiante) a 10 (totalmente confiante), o que melhor representa sua confiança em enfrentar as situações descritas. O instrumento constitui-se de 38 itens, avaliados em escalas Likert de 11 pontos. Os valores são somados (scores totais variam 0-380) ao fim da aplicação do instrumento, sendo que quanto mais alta a pontuação, maior o nível de autoeficácia. O instrumento original demonstrou alta confiabilidade teste-reteste ( $r: 0.95$ ) (TELCH & TELCH, 1986).

O SICPA consiste em seis subescalas e demonstrou consistência interna alta (alfa de Cronbach de 0.77 a 0.92). As subescalas são: (a) enfrentamento dos procedimentos médicos, (b) comunicação com médicos, amigos e familiares, (c) participação em atividades físicas, sociais e profissionais, (d) gerenciamento pessoal, (e) estado emocional e (f) autossatisfação (TELCH & TELCH, 1986).

A versão original do SICPA deve ser solicitada diretamente aos autores do instrumento.

Em conjunto com o SICPA, foi utilizado um questionário para coleta de dados sociodemográficos e clínicos dos sujeitos do pré-teste, tais como, estado civil, cor, escolaridade, idade, sexo, renda mensal aproximada, número de pessoas com quem reside, conhecimento do diagnóstico, presença de metástase, tipos de tratamento ao quais se submete, culto/religião (APÊNDICE 2). Salienta-se que esse questionário foi elaborado pelas pesquisadoras.

Foi utilizado ainda um questionário sobre as dificuldades e a compreensibilidade da versão adaptada do SICPA, denominado Instrumento de Praticabilidade (APÊNDICE 3) elaborado pelas pesquisadoras deste estudo e embasado no trabalho desenvolvido por Colucci e Alexandre, 2009.

## Análise dos dados

Os dados do questionário foram inseridos em um software estatístico (Excel / 2008 para Microsoft Windows). Foi realizada análise descritiva para a caracterização sociodemográfica e clínica dos sujeitos e para determinar a praticabilidade do instrumento.

## RESULTADOS

### *Tradução, Síntese e Retrotradução*

Dois tradutores brasileiros realizaram as traduções do instrumento original, de forma independente. Apesar de um ser da área da saúde e o outro da área da educação, não houve muitas discrepâncias entre as traduções.

A reunião entre os tradutores e as pesquisadoras, para redação da síntese, durou 1 h e 25 m. As pesquisadoras participaram como mediadoras e os dois tradutores discutiram as poucas diferenças nas traduções. A síntese foi realizada sem dificuldades.

Quanto à retrotradução, foi realizada por dois tradutores norte americanos, residentes no Brasil há dois anos. As traduções foram realizadas de forma independente. Os tradutores tinham conhecimento das línguas inglês e português, não eram da área da saúde e não conheciam os objetivos das traduções. As retrotraduções apresentaram-se exatamente iguais e refletiam o conteúdo do SICPA original.

### *Comitê de Especialistas*

Os resultados obtidos através da reunião com o Comitê de Especialistas estão apresentados no Quadro 1.

**Quadro 1:** Comparação da Versão Consensual em português 1 do SICPA (após tradução) com a Versão Consensual em português 2 (após avaliação pelo comitê de especialistas)

Item	SICPA (versão 1)	SICPA (versão 2)
Título	Stanford Inventário de ajustamento do paciente com câncer	Instrumento de ajustamento para pacientes com câncer de Stanford
2	Reduzir <b>qualquer náusea</b> associada ao tratamento de quimioterapia	Consigo <b>controlar náuseas</b> associadas ao tratamento de quimioterapia
3	Manter <b>relaxado</b> enquanto espero por pelo menos uma hora para minha consulta no serviço de oncologia	Consigo me manter <b>tranquilo</b> enquanto espero por pelo menos uma hora para minha consulta no serviço de oncologia.
4	Manter <b>relaxado</b> durante o tratamento de radioterapia e não permitir que pensamentos <b>assustadores</b> <b>me entristeçam.</b>	Consigo me manter <b>tranquilo</b> durante o tratamento de radioterapia e não permito que pensamentos <b>ruins me aborreçam.</b>

5	<b>Reduzir qualquer</b> ansiedade associada com minha coleta de sangue.	Consigo <b>controlar</b> a ansiedade associada à coleta de sangue.
6	<b>Reduzir qualquer</b> ansiedade associada com submissão a testes de diagnóstico.	Consigo <b>controlar</b> a ansiedade associada com a realização de testes de diagnóstico.
11	Continuar a me <b>empenhar</b> no trabalho <b>no ou próximo</b> ao mesmo nível de antes de eu ficar doente.	Consigo continuar <b>realizando</b> meu trabalho <b>no mesmo nível ou próximo</b> ao mesmo nível de antes de ficar doente.
13	Continuar a participar de <b>hobbies</b> e atividades de lazer <b>no ou próximo</b> ao mesmo nível de antes de eu ficar doente.	Consigo continuar participando de atividades de lazer <b>no mesmo nível ou próximo</b> ao mesmo nível de antes de ficar doente.
14	Continuar exercitando <b>no ou próximo</b> ao mesmo nível de antes de eu ficar doente.	Consigo continuar me exercitando <b>no mesmo nível ou próximo</b> ao mesmo nível de antes de ficar doente.
17*	<b>Com sucesso me colocar “fora disso” quando eu começar a me sentir triste ou desanimado (a) sobre a minha doença</b>	<b>Consigo com sucesso afastar o sentimento de tristeza relacionado à minha doença.</b>
18	Com sucesso <b>reduzir</b> sentimentos de solidão.	Consigo <b>controlar</b> com sucesso sentimentos de solidão.
19	Com sucesso <b>reduzir</b> meus medos com relação à minha doença.	Consigo <b>controlar</b> com sucesso meus medos com relação à minha doença.
20	Com sucesso <b>reduzir qualquer raiva</b> associada à minha doença.	Consigo <b>controlar</b> com sucesso o <b>sentimento de raiva</b> associado à minha doença.
21	Pedir e aceitar ajuda de familiares sem sentir culpa ou <b>ser apoloético.</b>	Consigo pedir e aceitar ajuda de familiares sem sentir culpa ou <b>ficar me desculpando.</b>
22	Pedir e aceitar a ajuda de amigos sem sentir culpa ou <b>ser apoloético</b>	Consigo pedir e aceitar a ajuda de amigos sem sentir culpa ou <b>ficar me desculpando.</b>
23	Não <b>hesitar</b> em <b>ligar</b> para o <b>médico</b> assim que <b>eu achar</b> que <b>minha condição</b> mudou.	Não <b>deixo</b> de <b>procurar o serviço de saúde</b> assim que <b>percebo</b> que <b>meu estado de saúde</b> mudou.
27	Sair com amigos <b>de maneira tão frequente</b> como eu <b>fazia</b> antes de <b>me tornar</b> doente.	Consigo sair com amigos <b>com a mesma frequência</b> que eu <b>saía</b> antes de <b>ficar</b> doente.
28	Aproveitar atividades sociais tanto quanto antes de <b>me tornar</b> doente.	Consigo aproveitar atividades sociais tanto quanto antes de <b>ficar</b> doente.
29	Continuar intimidade sexual com meu parceiro <b>no ou</b> próximo ao mesmo nível de antes de ficar doente.	Consigo continuar <b>a ter</b> intimidade sexual com meu <b>(a)</b> parceiro <b>(a)</b> <b>no mesmo</b> nível ou próximo ao mesmo nível de antes de ficar doente.
31	Iniciar <b>discussão</b> com <b>membros</b> familiares sobre mudanças na <b>família</b> e na rotina que eu gostaria de fazer.	Consigo <b>conversar</b> com meus familiares sobre mudanças na casa e na rotina que eu gostaria de fazer.
32	Manter uma <b>dieta bem balanceada.</b>	Consigo manter uma <b>alimentação saudável.</b>

Nota: as modificações foram destacadas em negrito. O item 17 foi totalmente modificado para melhor compreensão da população brasileira, contudo mantiveram-se as equivalências entre a versão original e a adaptada.

Na reunião com o comitê de especialistas e as pesquisadoras, as sugestões e avaliações feitas por todos foram verificadas. Através de um consenso na reunião, a maioria dos itens do instrumento SICPA passou por modificações gramaticais simples (inclusão de um verbo no início da frase, inversão de palavras, substituição de palavras por sinônimos, para facilitar a compreensão das afirmações). Optou-se por substituir a palavra "apologético" pela expressão "ficar se desculpendo". Segundo os especialistas, de forma unânime, o emprego do termo "ficar se desculpendo" mostrou-se mais apropriado para o contexto brasileiro e manteve equivalência de significado com a versão original. Ademais, trocou-se a expressão "relaxado" por "tranquilo", já que é mais frequentemente utilizada. Outras pequenas alterações foram realizadas e podem ser verificadas detalhadamente no Quadro 1.

### ***Pré-teste***

#### **Caracterização sociodemográfica e clínica dos sujeitos do pré-teste**

Um total de 30 indivíduos participou do estudo, com média de idade de 51,1 anos (DP= 12,7). A maioria deles eram mulheres, representando 70% do total e 53% eram casados ou viviam em união consensual. As regiões anatômicas atingidas pelo câncer foram respectivamente: mama (40%), cabeça e pescoço (27%), colorretal (26%) e útero (7%). A maioria dos indivíduos (90%) estava no estágio inicial do tratamento: tempo igual ou inferior a seis meses.

Dentre os sujeitos, quatro eram analfabetos, 13 possuíam ensino fundamental, nove possuíam ensino médio, e quatro, ensino superior. Com isso, foi possível atingir pessoas com níveis de escolaridades diferenciados, o que permitiu verificar melhor o entendimento das questões e a forma autorrespondida de aplicação.

O tempo médio para responder o SICPA adaptado foi de 12 minutos.

Quanto à praticabilidade do instrumento, mais de 80% dos sujeitos (n: 26) declararam que as instruções, os itens e a forma de assinalar as respostas do SICPA adaptado são de fácil compreensão.

O item 26 (*Consigno planejar e seguir adiante com todos os passos necessários para tirar férias*) foi deixado de responder por 46% (n:14) dos sujeitos. Quando indagados a respeito do não preenchimento, os entrevistados responderam que

não sabem se será possível tirar férias, pois estão em tratamento e não há perspectiva de “quando isso irá terminar”.

#### ***Avaliação pelo autor do instrumento:***

A etapa final da adaptação cultural abarcou o envio do instrumento SICPA adaptado para a apreciação do autor original. O desenvolvedor do instrumento se reservou ao direito de não emitir nenhum tipo de avaliação relacionada ao instrumento adaptado, devido a estar envolvido com outra área de pesquisa, e não a oncologia há muitos anos.

## **DISCUSSÃO**

Esse estudo descreveu o processo de adaptação cultural de um instrumento que avalia a autoeficácia de pacientes com diagnóstico de câncer no Brasil. Utilizou-se um modelo teórico que apresenta descrições claras e detalhadas dos passos envolvidos no processo (GUILLEMIN, BOMBARDIER, BEATON, 1993, BEATON et al, 2000).

O emprego de uma metodologia sistematizada para o processo de adaptação cultural de instrumentos impede inúmeras tendenciosidades e erros, que vão desde a escolha inapropriada de um instrumento até a utilização de um questionário que não foi adequadamente testado (DUARTE, et al, 2003).

É usual encontrar instrumentos de saúde utilizados em pesquisas científicas que não seguem as normas preconizadas e aqui relatadas. Autores brasileiros realizaram um estudo de revisão que teve por objetivo analisar sete artigos científicos que adaptaram culturalmente instrumentos de saúde, do idioma original para a língua portuguesa falada no Brasil. Foi possível notar que os autores de cada um dos estudos analisados adotaram diferentes métodos para a realização da adaptação cultural do instrumento e que alguns deles, nem mesmo detalharam os passos seguidos. Os pesquisadores enfatizaram em seus achados, o quanto o processo de adaptação de instrumentos é dispendioso e exige esforço por parte dos pesquisadores (DO CARMO et al,2012).

Em relação ao alcance dos objetivos do presente estudo, o método adotado favoreceu ao SICPA formato e linguagem de fácil compreensão.

As etapas de tradução, síntese e retrotradução desse estudo foram

realizadas de forma simples e rápida e se caracterizaram, principalmente, por alterações gramaticais mais apropriadas à Língua Portuguesa do Brasil e por alterações que visavam à equivalência cultural com a população do estudo.

Em consonância com o proposto por Reichenheim e Morais (2007) e Beaton et al (2000) notou-se neste estudo a suma importância da escolha adequada dos tradutores que iniciaram o processo de adaptação cultural, tanto os que realizaram a primeira etapa, quanto os retro – tradutores. Pessoas bilíngües com perfis diferentes, um profissional da saúde e um profissional de lingüística, ofereceram ao SICPA uma tradução clínica e que igualmente reflete a língua usada pela população brasileira em geral. Da mesma forma foi possível certificar o quanto a escolha apropriada dos retro – tradutores favoreceu a evolução da adaptação cultural. O fato de optar - se por tradutores bilíngües, cuja língua mãe é o inglês para a realização da terceira etapa, assegurou que o conteúdo do SICPA no português refletisse o conteúdo da versão original.

A escolha propícia dos tradutores e membros do comitê de especialistas é peça fundamental para garantir a qualidade das traduções, retro – traduções e validação de um instrumento ou escala (SOUSA, ROJJANASRIRAT, 2011). Em acordo com essa afirmativa, autores brasileiros publicaram em 2010 um estudo que visava adaptar culturalmente um instrumento de autoeficácia para a prática da amamentação materna, construído no Canadá. Após cumprir rigoroso percurso metodológico, Oriá e Ximenes (2010) relataram que a seleção dos sujeitos que colaboraram em cada uma das fases do protocolo foi fator relevante para se obter um instrumento próximo ao original (mensurando o mesmo constructo) e que fosse compatível com a realidade cultural do Brasil.

Nesta perspectiva e em concordância com outros estudos metodológicos brasileiros, é pertinente afirmar que a contribuição do comitê de especialistas foi fundamental para o sucesso da adaptação cultural (VIANA, et al, 2010, COUTO, et al, 2012), uma vez que a avaliação por um grupo multidisciplinar possibilitou uma versão do SICPA para pré-teste mais consistente e próxima da realidade vivenciada pela população alvo.

O número e perfil dos especialistas que fizeram parte do comitê deste estudo pautaram-se no referencial de Pasquali (1998) e Beaton et al (2000). Contou-se com seis especialistas de diferentes expertises – profissionais de saúde, profissionais experientes na metodologia, profissionais da língua e tradutores, o que agregou ao

SICPA um olhar mais holístico.

A alteração mais consistente, proposta pelo comitê de especialistas, foi colocar todos os itens do instrumento na primeira pessoa do singular. Isso foi feito para tornar a versão adaptada mais próxima da original e tornar os itens mais claros para a população brasileira. Esta alteração é respaldada no referencial teórico adotado neste estudo. “O comitê de especialistas está apto a modificar ou eliminar itens irrelevantes, inadequados e ambíguos e deve gerar substitutos que melhor se encaixem a situação alvo cultural, mantendo o conceito geral dos itens excluídos.” (GUILLEMIN, BOMBARDIER, BEATON, 1993, p. 1423).

Em 2013, foi publicado um estudo internacional que objetivou examinar as diferenças e semelhanças encontradas nos processos de adaptação cultural de um instrumento de qualidade de vida em seis países (Índia, China, Irã, Brasil, Polônia e Portugal). Os achados revelaram pequenas diferenças, contudo bastantes similaridades entre os passos seguidos pelos autores de cada país. Concluiu-se, pois, que um adequado comitê de especialistas poderia ser considerado um importante fator para o planejamento da adaptação cultural de instrumentos de pesquisa (SYMON, et al, 2013).

O pré- teste da versão elaborada pelo comitê de especialistas abarcou a quinta etapa do processo de adaptação. De acordo com o referencial teórico adotado nesse estudo, é nessa fase que cada sujeito preenche o instrumento SICPA, e é entrevistado sobre o que entende por cada item e resposta escolhida. Não são recomendadas análises psicométricas, tais como validade de constructo e confiabilidade, nessa etapa (BEATON et al, 2000).

Ao contrário do que foi observado em outros estudos metodológicos (COLUCCI, ALEXANDRE, 2009, VIANA, et al, 2010, COUTO, et al, 2012), os sujeitos do pré-teste não sugeriram nenhuma alteração no instrumento. A maior parte da amostra demonstrou aceitação e compreensão do instrumento de ajustamento para pacientes com câncer.

É importante notar que os níveis de educação apresentados pela maior parte da amostra estudada se equiparam aos observados em outros estudos nacionais de adaptação cultural (FREITAS, et al, 2014, VALER, et al, 2015).

O envio do SICPA adaptado à seus autores originais consistiu na última etapa do processo de adaptação. Mesmo tendo recebido o consentimento e autorização prévia dos autores do instrumento, para que assim este estudo fosse realizado, estes se

reservaram ao direito de não emitir opiniões a respeito SICPA adaptado para o Brasil, pois não se dedicam mais à investigação de pacientes oncológicos.

Uma limitação do SICPA é a impossibilidade de aplicação a pacientes que receberam o diagnóstico de câncer, mas que não se encontram em tratamento quimioterápico e radioterápico, porque o instrumento abrange questões específicas a pacientes que realizam os dois tratamentos de forma concomitante (como por exemplo: “Consigo me manter tranquilo durante o tratamento de radioterapia e não permito que pensamentos ruins me aborreçam”; “Consigo me manter tranquilo durante a quimioterapia”).

É congruente afirmar que este estudo metodológico contribui para o ensino e a pesquisa, pois retrata detalhadamente cada etapa do processo de adaptação cultural de instrumentos que avaliam constructos subjetivos.

## **CONCLUSÃO**

As etapas metodológicas propostas por Guillemin, Bombardier, Beaton, 1993, Beaton *et al*, 2000 garantiram a adaptação cultural do SICPA.

A versão intitulada Instrumento de ajustamento para pacientes com câncer de Stanford sofreu modificações baseadas em resultados do Comitê de especialistas.

A versão adaptada do SICPA poderá ser submetida a testes de validade e confiabilidade com a devida autorização dos autores do instrumento original. Com isso, será possível confirmar se as propriedades psicométricas do instrumento original mantiveram-se na versão adaptada para brasileiros.

Posteriormente, após a validação do instrumento de ajustamento para pacientes com câncer, será possível fornecer aos pesquisadores brasileiros uma medida de saúde ainda não disponível em nossa cultura.

## REFERÊNCIAS

ALBRECHT, K. et al. Self-efficacy for coping with cancer in melanoma patients: its association with physical fatigue and depression. **Psycho-Oncology**, v. 22, n. 9, p. 1972-1978, 2013.

ALEXANDRE, N. M. C.; GUIRARDELLO, E.B. Adaptación cultural de instrumentos utilizados en salud ocupacional. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**. V. 11, n.2, 2002.

BANDURA, A. Regulation of cognitive processes through perceived self-efficacy. **Developmental Psychology**, v. 25, p. 725-739, 1989.

BANDURA, A. Self-Efficacy mechanism in human agency. **American Psychologist**, v. 37, n. 2, p. 122-147, 1982.

BANDURA, A. Self-Efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological Review**, v. 84, n. 2, p. 191-215, 1977.

BANDURA, A. Self-efficacy. In V. S. Ramachandran (Ed.), **Encyclopedia of human behavior**. Vol. 4, pp. 71-81, 1994. New York: Academic Press. (Reprinted in H. Friedman [Ed.], *Encyclopedia of mental health*. San Diego: Academic Press, 1998).

BEATON, D.E.; BOMBARDIER, C.; GUILLEMIN, F.; FERRAZ, M.B. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine**, v. 25, n.24, p. 3186-3191, Dec, 2000.

BENITES, D; JACQUES, SMC; GAVER, G.; GOMES, HB. Percepção de autoeficácia e autorelato de falhas de memória prospectiva e retrospectiva. **Interação em Psicologia**; v.10, n. 2, p. 207-15, 2006.

CASTRO, E. K.; PINTO, D. W.; PONCIANO, C. F. Auto-eficácia e qualidade de vida de jovens adultos com doenças crônicas: Self-efficacy and quality of life in young adults with chronic disease. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, dez. 2009. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582009000200009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582009000200009&lng=pt&nrm=iso). acessos em 25 jun. 2015.

CASTRO, E.K; SALVADOR, C; MENEGHETTI, B.M. Qualidade De Vida, Bem Estar-Psicológico E Autoeficácia Em Mulheres Jovens Com Câncer De Mama. **R. Interam. Psicol**, v. 45, p. 1, 2011.

CARLSSON, Anniken Hamang et al. Psychosocial factors associated with quality of life among individuals attending genetic counseling for hereditary cancer. **Journal of Genetic Counseling**, v. 13, n. 5, p. 425-445, 2004.

COUTO, R.C.; JESUS, F.L.; BRANDÃO, P.G.B.; BEZERRA, R.C.; SEGUNDO, W.S.S., PORTO, T.M. Tradução e adaptação cultural do Charing Cross Venous Ulcer Questionnaire – Brasi. **Jornal vascular brasileiro**; vol. 11 n. 2 p. 102 - 106, 2012

COLUCI, M.Z.O.; ALEXANDRE, N.M.C. Adaptação cultural de instrumento que avalia atividades do trabalho e sua relação com sintomas osteomusculares. **Acta Paul Enferm**, v. 22, n. 2, p. 149-54, 2009.

CUNNINGHAM, A. J.; LOCKWOOD, G.A.;CUNNINGHAM, J. A. A relationship between perceived self-efficacy and quality of life in cancer patients. **Patient Education and Counseling**,v. 17, n. 1, p. 71-78, 1991.

DO CARMO, B. B. et al. Instrumentos de Avaliação Estrangeiros no Contexto da Saúde Brasileira: processo de tradução, adaptação cultural e validação. **Revista Meta: Avaliação**, v. 4, n. 11, p. 120-134, 2012.

DODT, R.C.M. et al. Influência de estratégia de educação em saúde mediada por album seriado sobre a autoeficácia materna para amamentar. **Texto Contexto Enferm**, v. 22, n. 3, p. 610-8, 2013.

DUARTE,P.S.; MIYAZAKI, M.C.O.S.; CICONELLI, R.M.; SESSO, R. Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos (KDQOL-SF TM). **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo , v. 49, n. 4, p. 375-381, 2003.

FALCÃO, D.M.; CICONELLI, R.M.; FERRAZ, M.B. Translation and cultural adaptation of quality of life questionnaires: an evaluation of methodology. **J Rheumatol** ,v. 2, n. 30, p.379- 385,2003.

FREITAS, Noéle de Oliveira et al . Tradução e adaptação transcultural do Perceived Stigmatization Questionnaire para vítimas de queimaduras no Brasil. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 48, n. 1, p. 25-33, Feb. 2014 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342014000100025&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000100025&lng=en&nrm=iso)>. access on 24 June 2015.

FORTES-BURGOS, A.C.G.; NERI, A.L.; CUPERTINO, A. P. F. B. Eventos estressantes, estratégias de enfrentamento, auto-eficácia e sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 21, n. 1, p. 74-82, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/prc/v21n1/a10v21n1.pdf>>. Acesso em: 14 set 2015.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **J Clin Epidemiol**. v.46, n. 12, p.1417-32, 1993.

HEITZMANN, Carolyn A. et al. Assessing self-efficacy for coping with cancer: development and psychometric analysis of the brief version of the Cancer Behavior Inventory (CBI-B). **Psycho-Oncology**, v. 20, n. 3, p. 302-312, 2011.

HERDMAN, M.; FOX-RUSHBY, J.;BADIA, X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. **Qual Life Res**. V. 7, n. 4, p. 323-335, 1998.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2014. 124p. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24042014.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 15.

KOHNO, Y. et al. Relationship of psychological characteristics and self-efficacy in gastrointestinal cancer survivors. **Psycho-Oncology**, v. 19, n. 1, p. 71-76, 2010.

KREITLER, S.; PELEG, D.; EHRENFELD, M. Stress, self-efficacy and quality of life in cancer patients. **Psycho-Oncology**, v. 16, n. 4, p. 329-341, 2007.

LAM, W.W.T; FIELDING, R. Is self-efficacy a predictor of short-term post-surgical adjustment among Chinese women with breast cancer?. **Psycho-Oncology**, v. 16, n. 7, p. 651-659, 2007.

LEITE, J.C.C. et al. Desenvolvimento de uma escala de auto-eficácia para adesão ao tratamento anti-retroviral. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 15, n. 1, p. 121-133, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/prc/v15n1/a14v15n1.pdf>>. Acesso em: 22 set. 15.

LORENCETTI, A.; SIMONETTI, J. P. As estratégias de enfrentamento de pacientes durante o tratamento de radioterapia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 13, n. 6, p. 944-950, Dec. 2005 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692005000600005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600005&lng=en&nrm=iso)>. access on 25 June 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000600005>.

LIAO, Y.; SHUN, S; LIAO, W.; YU, C.; YANG, P.; LAI, Y. Quality of Life and Related Factors in Patients With Newly Diagnosed Advanced Lung Cancer: A Longitudinal Study. **Oncology Nursing Forum**. V. 41, n. 2, p. 45-55, 2014.

MEDEIROS, P.C. et al. A auto-eficácia e os aspectos comportamentais de crianças com dificuldade de aprendizagem. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 13, n. 3, p. 327-336, 2000.

MEDEIROS, P. C. et al. O senso de auto-eficácia e o comportamento orientado para aprendizagem em crianças com queixa de dificuldade de aprendizagem. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 8, n. 1, p. 93-105, 2003.

MELCHIOR, H. et al. Self-efficacy and fear of cancer progression during the year following diagnosis of breast cancer. **Psycho-Oncology**, v. 22, n. 1, p. 39-45, 2013.

MYSTAKIDOU, K. et al. Relationship of general self-efficacy with anxiety, symptom severity and quality of life in cancer patients before and after radiotherapy treatment. **Psycho-Oncology**, v. 22, n. 5, p. 1089-1095, 2013.

MERLUZZI, T.V.; MARTINEZ, S.M.A. Assessment of self-efficacy and coping with cancer: development and validation of the cancer behavior inventory. **Health Psychology**, v. 16, n. 2, p. 163, 1997.

NAMKOONG, K. et al. Expression and reception of treatment information in breast cancer support groups: how health self-efficacy moderates effects on emotional well-being. **Patient education and counseling**, v. 81, p. S41-S47, 2010.

NEVES, Ana João Fonseca. Teoria de autoeficácia. **Autoeficácia da Grávida no parto: Adaptação e Validação da Escala “Childbirth Self-Efficacy Inventory (Cbsei)”**. Porto. Portugal, 2010. P. 23. Disponível em: < <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9400/1/Autoefic%C3%A1cia%20gr%C3%A1vida%20no%20parto.pdf> >. Acesso em: 22/06/2015

ORIÁ, Mônica Oliveira Batista. Expectativa de resultados. **Tradução, adaptação e validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale: aplicação em gestantes**. Fortaleza. Ceará, 2008. p.32. Disponível em: <<http://pct.capes.gov.br/teses/2008/22001018021P0/TES.pdf> >. Acesso em: 25/06/15.

ORIÁ, M. O. B.; XIMENES, L. B. Tradução e adaptação cultural da Breastfeeding Self-Efficacy Scale para o português. **Acta Paul Enferm**, v. 23, n. 2, p. 230-8, 2010.

PERKINS, Heidi Y. et al. Effects of treatment factors, comorbidities and health-related quality of life on self-efficacy for physical activity in cancer survivors. **Psycho-Oncology**, v. 18, n. 4, p. 405-411, 2009.

PHILLIPS, Siobhan M.; MCAULEY, Edward. Physical activity and quality of life in breast cancer survivors: the role of self-efficacy and health status. **Psycho-Oncology**, v. 23, n. 1, p. 27-34, 2014.

RABELO, D.F.; CARDOSO, C.M. Auto-eficácia, doenças crônicas e incapacidade funcional na velhice. **Psico-USF**, v. 12, n. 1, p. 75-81, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v12n1/v12n1a09.pdf> >. Acesso em: 30 agosto 2015.

REICHENHEIM, M.E; MORAES, C.L. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. **Rev Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p. 665-73, 2007.

RODRIGUES, L.C.; BARRERA, S.D.. Auto-eficácia e desempenho escolar em alunos do Ensino Fundamental. **Psicologia em Pesquisa**, v. 1, n. 2, p. 41-53, 2007.

SALVETTI, M.G.; PIMENTA, C.A.M. Dor crônica e crença de autoeficácia. **Rev Esc Enferm USP**, V.41, n 01, p. 135 -140, 2007.

SANTOS, M.S. et al . A (in)sustentável leveza dos vínculos afetivos: investigando a sexualidade em mulheres que enfrentam o tratamento do câncer de mama. **Vínculo**, São Paulo , v. 10, n. 1, maio 2013 . Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/vnculo/v10n1/v10n1a09.pdf> >. acessos em 25 jun. 2015.

SCHWARZER, R.; BOEHMER, S.; LUSZCZYNSKA, A.; MOHAMED, N. E.; KNOLL, N. Disposicional self-efficacy as a personal resource factor in coping after surgery. **Personality and Individual Differences**, v. 38, p. 807-818, 2005.

Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC). **Consenso sobre dor oncológica**. Belo Horizonte: SBOC, 2014. 28p. Disponível em: < <http://www.sbec.org.br/wp-content/uploads/2014/10/Treatment-Algorithm-Cancer-Pain-P%C3%B3s-Revis%C3%A3o.pdf> >. Acesso em: 25 jun. 15.

SOUSA, V. D.; ROJJANASRIRAT, W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 17, n. 2, p. 268-274, 2011.

SOUZA, G.A.; SILVA, A.M.M.; GALVÃO, R.. A auto-eficácia como mediadora da melhora em índices clínicos de saúde oral. **Pesqui. odontol. bras**, v. 16, n. 1, p. 57-62, 2002.

SPEHAR, M.C.; SEIDL, E.M.F. Percepções maternas no Método Canguru: contato pele a pele, amamentação e autoeficácia. **Psicol. estud.**, Maringá , v. 18, n. 4, p. 647-656, Dec. 2013. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141373722013000400007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141373722013000400007&lng=en&nrm=iso)>. access on 22 Sept. 2015.

SYMON, A.; NAGPAL, J.; MANIECKA-BRYLA, I.; NOWAKOWSKA-GLAB, A.; RASHIDIAN, A.; KHABIRI, R. ; MENDES, I. ; PINHEIRO, A.K.B. ; DE OLIVEIRA, M.F. ; WU; L.P. Cross-cultural adaptation and translation of a quality of life tool for new mothers: a methodological and experiential account from six countries. **Journal of advanced nursing**.vol. 69, n .4 p. 970 -980, 2013.

TELCH, C.F.; TELCH, M. J. Psychological Approaches for Coping with Cancer. **Clinical Psychology**, v. 5, p. 325 -344, 1985.

TELCH, C.F.; TELCH, M. J. Group Coping Skills Instruction and Supportive Group Therapy for Cancer Patients: A Comparison of Strategies. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 54, n. 6, p. 802 -808, 1986.

VALER, D.B.; AIRES, M.; FENGLER, F.L.; PASKULIN, L.M.G. Adaptação e validação do Inventário de Sobrecarga do Cuidador para uso em cuidadores de idosos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 130-138, jan – fev., 2015.

VIANA, H. B.; GUIRARDELLO, E.B.; MADRUGA, V.A. TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO CULTURAL DA ESCALA ASKAS – AGING SEXUAL KNOWLEDGE AND ATTITUDES SCALE EM IDOSOS BRASILEIROS. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 19, n. 2, p. 238-245, June 2010.

ZHANG, M.; CHAN,S. W.; YOUA, L.,WEN, Y.; PENG,L.; LIU, W; ZHENG, M. The effectiveness of a self-efficacy-enhancing intervention for Chinese patients with colorectal cancer: A randomized controlled trial with 6-month follow up. **International Journal of Nursing Studies**, v. 51, p. 1083–1092, 2014.

WEBER, B.A.; ROBERTS; B.L.; MILLS; T.L.; CHUMBLER; N.R.; ALGOOD; C.B. Physical and emotional predictors of depression after radical prostatectomy. **Am J Mens Health**. v. 2, n. 2, p. 165-71, jun. 2008.

WEBER, B.A.; ROBERTS, B.L.; YARANDI, H.; MILLS, T.L.; CHUMBLER, N.R.; ALGOOD, C. Dyadic support and quality-of-life after radical prostatectomy. **J Mens Health Gend**; v. 4, p. 156– 64, 2007.

WYND, C.A.; SCHMIDT, B.; SCHAEFER, M.A. Two quantitative approaches for estimating content validity. **West J Nurs Res**; v 25 , n. 5, p. 508-18, 2003.

YEUNG, N.C.; L.U., Q; L.I.N., W. Specificity May Count: Not Every Aspect of Coping Self-Efficacy is Beneficial to Quality of Life Among Chinese Cancer Survivors in China. **Int.J. Behav. Med.** v. 21, p. 629–637, 2014.

## **ANEXOS**

## **ANEXO 1**

Dear Dr. Cassia Regina Gontijo Gomes,

Thank you for contacting me about my scale. This email confirms our telephone conversation today. During our conversation I granted you permission to translate and modify our Stanford cancer patient scale according to your needs. I explained that this scale was developed more than 30 years ago for a single study that I conducted. The scale follows a self-efficacy format in which a patient rates his/her level of confidence that he/she can perform a particular behavior. This type of scale is designed to target the specific behaviors that a researcher is interested in. Therefore, feel free to modify, add, delete items for your purposes. Because you will be modifying the scale for your research purposes I do not need to review it or agree to the changes. You should make the changes according to your research questions and re-name the scale for your research though perhaps mentioning that it is a modification of our scale. Feel free to mail me a copy of your scale after it's completion. I am glad that our scale has been of use to you.

Respectfully,

Christy F. Telch, Ph.D.

## ANEXO 2

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO CARLOS/UFSCAR



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO CULTURAL DA ESCALA DE AUTOEFICÁCIA "STANDFORD INVENTORY OF CANCER PATIENT ADJUSTMENT" PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS NO BRASIL

**Pesquisador:** Cássia Regina Gontijo Gomes

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 40394314.4.0000.5504

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 939.425

**Data da Relatoria:** 09/02/2015

#### Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa visa realizar a tradução e adaptação cultural da escala de autoeficácia "STANDFORD INVENTORY OF CANCER PATIENT ADJUSTMENT" para pacientes oncológicos no Brasil.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Realizar a tradução e a adaptação cultural do instrumento "Stanford Inventory of Cancer Patient Adjustment" - SICPA em uma amostra de pacientes brasileiros com câncer.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O participante está sujeito a desconfortos mínimos, pois não se trata de medidas de diagnóstico e intervenções. Os desconfortos mínimos podem estar relacionados à ansiedade, ao constrangimento em responder algumas perguntas do questionário que condizem a intimidade dos pacientes. Contudo, serão adotadas as seguintes medidas de prevenção / minimização: local reservado para esclarecer qualquer dúvida em relação ao estudo; anonimato dos dados para garantia de sigilo das informações e arquivamento dos questionários por um período de cinco anos a contar da data da coleta de dados. Ainda, caso ocorra algum dano não previsto, serão

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9683

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br

Continuação do Parecer: 939.425

garantidas formas de indenização em relação aos mesmos.

**Benefícios:**

Com os resultados do presente estudo será possível planejar e elaborar estratégias efetivas para contribuir com os indivíduos com diagnóstico de câncer no enfrentamento da doença.

Os riscos e benefícios estão adequadamente descritos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa é relevante, riscos e benefícios estão adequadamente descritos.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O TCLE contém todas as informações necessárias aos participantes da pesquisa.

O Termo de Autorização da instituição em que serão selecionados os possíveis participantes da pesquisa está adequado.

**Recomendações:**

Não há recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há lista de pendências ou inadequações.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

SAO CARLOS, 28 de Janeiro de 2015

---

**Assinado por:**  
**Ricardo Carneiro Borra**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9683

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br

HOSPITAL SÃO JOÃO DE  
DEUS/FUNDAÇÃO GERALDO  
CORRÊA



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO CULTURAL DA ESCALA DE AUTOEFICÁCIA "STANDFORD INVENTORY OF CANCER PATIENT ADJUSTMENT" PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS NO BRASIL

**Pesquisador:** Cássia Regina Gontijo Gomes

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 40394314.4.3001.5130

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 987.728

**Data da Relatoria:** 01/03/2015

**Apresentação do Projeto:**

O projeto de pesquisa visa realizar a tradução e adaptação cultural da escala de autoeficácia "STANDFORD INVENTORY OF CANCER PATIENT ADJUSTMENT" para pacientes oncológicos no Brasil.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Realizar a tradução e a adaptação cultural do instrumento "Stanford Inventory of Cancer Patient Adjustment" - SICPA em uma amostra de pacientes brasileiros com câncer.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O participante está sujeito a desconfortos mínimos, pois não se trata de medidas de diagnóstico e intervenções. Os desconfortos mínimos podem estar relacionados à ansiedade, ao constrangimento em responder algumas perguntas do questionário que condizem a intimidade dos pacientes. Contudo, serão adotadas as seguintes medidas de prevenção / minimização: local reservado para esclarecer qualquer dúvida em relação ao estudo; anonimato dos dados para garantia de sigilo das informações e arquivamento dos questionários por um período de cinco anos a contar da data da coleta de dados. Ainda, caso ocorra algum dano não previsto, serão garantidas formas de indenização em relação aos mesmos.

**Endereço:** Rua do Cobre, 800

**Bairro:** São João de Deus

**CEP:** 35.500-227

**UF:** MG

**Município:** DIVINOPOLIS

**Telefone:** (37)3229-7661

**Fax:** (37)3229-8251

**E-mail:** cep@hsjd.com.br

HOSPITAL SÃO JOÃO DE  
DEUS/FUNDAÇÃO GERALDO  
CORRÊA



Continuação do Parecer: 987.728

**Benefícios:**

Com os resultados do presente estudo será possível planejar e elaborar estratégias efetivas para contribuir com os indivíduos com diagnóstico de câncer no enfrentamento da doença.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa é relevante, vem acrescentar conhecimento para a área de saúde de como lidar com os clientes oncológicos no Brasil.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O TCLE contém todas as informações necessárias aos participantes da pesquisa.

O Termo de Autorização da instituição em que serão selecionados os possíveis participantes da pesquisa está adequado, porém falta assinatura nas duas páginas dos dois termos.

**Recomendações:**

-Acrescentar no cromograma tempo para aprovação do CEP.

-Solicitar que todas as folhas do TCLE tenha a assinatura do participante e do pesquisador.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto aprovado e as pendências foram adequadas.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

DIVINOPOLIS, 17 de Março de 2015

---

**Assinado por:**  
**Maria Aparecida Silva Marinho**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua do Cobre, 800

**Bairro:** São João de Deus

**CEP:** 35.500-227

**UF:** MG

**Município:** DIVINOPOLIS

**Telefone:** (37)3229-7661

**Fax:** (37)3229-8251

**E-mail:** cep@hsjd.com.br

## **APÊNDICE**

## APÊNDICE 1

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) \_\_\_\_\_ Senhor

Sou Cássia Regina Gontijo Gomes enfermeira e discente do Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos – SP. Estou realizando um estudo intitulado *Tradução e adaptação cultural da escala de autoeficácia "Stanford Inventory of Cancer Patient Adjustment"* para pacientes oncológicos no Brasil e venho por meio deste lhe convidar a participar da pesquisa como juiz especialista.

A pesquisa tem como objetivo traduzir e adaptar o instrumento “*Stanford Inventory of Cancer Patient Adjustment - SICPA*” para a língua portuguesa e uso no contexto brasileiro. O SICPA tem como objetivo avaliar a autoeficácia em pacientes com câncer.

A realização da tradução e adaptação cultural de um instrumento é um processo que exige um grande rigor metodológico, uma vez que se trata de realidades e idiomas diferentes. Muitas vezes, faz-se necessário transformar completamente ou parcialmente alguns itens para capturar os mesmos conceitos propostos na versão original.

Portanto, caso aceite participar da pesquisa, irei entregar o instrumento “*Stanford Inventory of Cancer Patient Adjustment - SICPA*” na versão original e o instrumento traduzido para ser avaliado pelo (a) senhor (a) em relação às equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual. Será entregue um instrumento de avaliação, no qual **você irá analisar cada equivalência e comentar sua opinião.**

Informo ao (à) senhor (a) que sua participação neste estudo é voluntária e necessitará de um encontro com as pesquisadoras responsáveis pelo estudo para que possamos juntos discutir e formar a versão pré-final do instrumento “*Stanford Inventory of Cancer Patient Adjustment - SICPA*”. Para sua maior segurança, será mantido sigilo em relação ao seu nome e/ou quaisquer outros aspectos que possam vir a identificá-lo. As informações utilizadas neste estudo possuirão a única finalidade de colaborar com a presente dissertação de mestrado bem como a divulgação em relatórios e revistas científicas.

Asseguro que a qualquer momento da pesquisa o (a) senhor (a) poderá recusar a continuar participando e, também poderá retirar o seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo.

Caso tenha alguma dúvida, procure-me no meu endereço: Rua José Ferraz Camargo, 350 apto: 622 - Jardim Santa Helena. Tel: (37) 99679180; e-mail: [crgontijo@gmail.com](mailto:crgontijo@gmail.com).

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São João de Deus encontra-se disponível para esclarecer dúvidas e / ou reclamações: 037 32297661; e-mail: [cep@hsjd.com.br](mailto:cep@hsjd.com.br).

Espero contar com sua colaboração e desde já agradeço.

Atenciosamente,

---

Cássia Regina Gontijo Gomes

Pesquisadora

**Assinatura do participante:** \_\_\_\_\_

**Assinatura do pesquisador:** \_\_\_\_\_

## APÊNDICE 2

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO CULTURAL DA ESCALA DE AUTOEFICÁCIA “STANDFORD INVENTORY OF CANCER PATIENT ADJUSTMENT” PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS NO BRASIL”.

**Pesquisadora:** Cássia Regina Gontijo Gomes

**Orientadora:** Profa. Dra. Anamaria Alves Napoleão

**Promotor da Pesquisa:** Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)

**Objetivo:** Você está sendo convidado (a) para participar de uma pesquisa que tem como objetivo realizar a tradução e a adaptação cultural do instrumento “*Stanford Inventory of Cancer Patient Adjustment*” em uma amostra de pacientes brasileiros com câncer. Este instrumento avalia a autoeficácia do paciente para enfrentar o câncer, foi desenvolvido na Califórnia e tem sido utilizado em diversos países.

**Procedimento:** Caso você concorde em participar, será convidado a responder dois questionários com questões fechadas que contém as seguintes variáveis: **1º** - dados de identificação e sócio demográficos (estado civil, cor /raça, anos de estudo, idade, renda mensal aproximada, número de pessoa que reside, culto / religião); caracterização clínica (tipo de câncer, tempo de tratamento); **2º** - questões fechadas sobre autoeficácia para lidar com o câncer (como você tem enfrentado a doença). A duração aproximada para responder aos questionários é de 15 a 20 minutos. Em qualquer momento poderemos esclarecer suas dúvidas.

**Riscos e desconfortos:** Informamos que sua participação neste estudo está sujeita a desconfortos mínimos, pois não se trata de medidas de diagnóstico e intervenção. Os desconfortos mínimos podem estar relacionados à ansiedade, ao constrangimento em responder algumas perguntas do questionário que condizem a sua intimidade. Contudo, serão adotadas as seguintes medidas de prevenção / minimização: local reservado para esclarecer qualquer dúvida em relação ao estudo; anonimato dos dados para garantia de sigilo das informações e arquivamento dos questionários por um período de cinco anos a contar do dia de hoje. Ainda, caso ocorra algum dano não previsto, serão garantidas formas de indenização em relação aos mesmos. Sua participação não é obrigatória e, mesmo que você concorde em participar da pesquisa, poderá desistir de participar a qualquer momento, sem que ocorra qualquer prejuízo. Além disso, você poderá solicitar informações sobre a pesquisa sempre que desejar.

**Benefícios:** Com os resultados do presente estudo será possível planejar e elaborar estratégias efetivas para contribuir com o enfrentamento da doença dos indivíduos com diagnóstico de câncer.

**Custo/ reembolso para o participante:** Sua participação no estudo não envolve qualquer tipo de despesa, pois as entrevistas serão agendadas de acordo com o seu tratamento médico.

**Confidencialidade da pesquisa:** Suas respostas às nossas perguntas serão confidenciais e somente você e as pesquisadoras terão acesso a elas. Você não será individualmente identificado (a) em nenhuma de nossas apresentações, publicações e qualquer outra forma pela qual este estudo for divulgado. E, ainda, os dados coletados serão arquivados durante um período de cinco anos a contar do dia de hoje.

**Assinatura do participante:** \_\_\_\_\_

**Assinatura do pesquisador:** \_\_\_\_\_

### **Declaração de consentimento**

Eu, \_\_\_\_\_, sexo \_\_\_\_\_, portador do RG \_\_\_\_\_, declaro que li as informações contidas nesse documento e fui devidamente informado pela pesquisadora Cássia Regina Gontijo Gomes, RG MG 11833.052, do objetivo da pesquisa, das atividades que serão realizadas e das condições da minha participação. Concordo em participar da pesquisa, de forma voluntária. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isso leve qualquer penalidade. Declaro ainda que recebi uma cópia do Termo de Consentimento.

**Divinópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.**

**Assinatura do participante:** \_\_\_\_\_

### **Pesquisadora responsável**

Eu, Cássia Regina Gontijo Gomes, responsável pelo projeto “Tradução e adaptação cultural da escala de autoeficácia "Standford Inventory of Cancer Patient Adjustment" para pacientes oncológicos no Brasil”, declaro que obtive espontaneamente o consentimento deste sujeito de pesquisa para realizar este estudo.

**Divinópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.**

**Assinatura do pesquisador:** \_\_\_\_\_

Em caso de dúvidas, o senhor poderá entrar em contato com a pesquisadora (037 99679180) ou consultar o CEP – Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São João de Deus (037 32297661)

### APÊNDICE 3

#### Avaliação da Praticabilidade do instrumento

Considerando o questionário chamado “Inventário de autoeficácia de Stanford para paciente com câncer” que você acabou de preencher, por favor, marque com um **X** a afirmação que representa melhor a sua resposta quanto às seguintes informações:

1. Eu achei fácil entender as instruções do instrumento.

<b>Discordo totalmente</b>	<b>Discordo parcialmente</b>	<b>Não tenho opinião</b>	<b>Concordo Parcialmente</b>	<b>Concordo totalmente</b>
--------------------------------	----------------------------------	--------------------------	----------------------------------	--------------------------------

2. Eu achei fácil entender as questões do instrumento.

<b>Discordo totalmente</b>	<b>Discordo parcialmente</b>	<b>Não tenho opinião</b>	<b>Concordo Parcialmente</b>	<b>Concordo totalmente</b>
--------------------------------	----------------------------------	--------------------------	----------------------------------	--------------------------------

3. Eu achei fácil assinalar as respostas do instrumento.

<b>Discordo totalmente</b>	<b>Discordo parcialmente</b>	<b>Não tenho opinião</b>	<b>Concordo Parcialmente</b>	<b>Concordo totalmente</b>
--------------------------------	----------------------------------	--------------------------	----------------------------------	--------------------------------

**Sugestões:**

## APÊNDICE 4

### INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

#### 1 – CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA

**Iniciais:** \_\_\_\_\_ **D.N.:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_

**Estado civil:** (1) Casado/ união consensual (2) Solteiro (3) Divorciado/desquitado (5) Viúvo  
(a)

**Escolaridade:** (1) Analfabeto (a) (2) Ensino Fundamental incompleto (3) Ensino Fundamental completo (4) Ensino médio incompleto (5) Ensino médio completo (6) Ensino superior incompleto (7) Ensino superior completo

**Cor ou raça:** (1) Branca (2) Negra (3) Parda (4) Amarela (oriental) (5) Indígena ou de origem indígena (6) Outra \_\_\_\_\_

**Pessoas com quem reside:** (1) Só com companheiro (a) (2) Com companheiro (a) e filhos (3) Com filhos (4) Sozinho (5) Com amigo(s) (6) Com pais e/ou irmãos (7) Outro:  
\_\_\_\_\_ Número de filhos: \_\_\_\_\_

**Exerce alguma atividade remunerada?** \_\_\_\_\_

**Renda mensal familiar aproximada (somatório da renda de todos que moram com você):**  
\_\_\_\_\_

**Sabe do diagnóstico?** ( ) SIM ( ) NÃO

**Qual o (s) local (is) acometido?** \_\_\_\_\_

**Presença de metástase** ( ) SIM ( ) NÃO

**A quais tratamentos têm se submetido?** ( ) Quimioterapia endovenosa ( ) Quimioterapia oral

( ) Radioterapia ( ) Hormonioterapia ( ) Fitoterapia ( ) Outros  
\_\_\_\_\_

**Religião ou culto:** (1) Católico praticante (2) Católico não praticante (3) Evangélico (4) Evangélico não praticante (5) Nenhuma/Ateu (6) Outra: \_\_\_\_\_