

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS (UFSCar)
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS (CECH)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA (PPGPsi)

FILLIPE RODRIGUES SANTOS PEREIRA

QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE ONCOLÓGICO:

Contribuições das Estratégias de Enfrentamento e da Inteligência Emocional

SÃO CARLOS

2025

FILLIPE RODRIGUES SANTOS PEREIRA

QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE ONCOLÓGICO:

Contribuições das Estratégias de Enfrentamento e da Inteligência Emocional

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de São Carlos para obtenção do título de Mestre, sob orientação do Prof. Dr. Fabiano Koich Miguel.

SÃO CARLOS

2025

Pereira, Fillipe Rodrigues Santos

Qualidade de vida do paciente oncológico: Contribuições das estratégias de enfrentamento e da inteligência emocional / Fillipe Rodrigues Santos Pereira -- 2025. 113f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Carlos, campus São Carlos, São Carlos

Orientador (a): Fabiano Koich Miguel

Banca Examinadora: Lucas de Francisco Carvalho, Cristian Zanon

Bibliografia

1. Enfrentamento. 2. Qualidade de vida. 3. Neoplasias. I. Pereira, Fillipe Rodrigues Santos. II. Título.

Ficha catalográfica desenvolvida pela Secretaria Geral de Informática (SIn)

DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR

Bibliotecário responsável: Arildo Martins - CRB/8 7180

FILLIPE RODRIGUES SANTOS PEREIRA

QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE ONCOLÓGICO:

Contribuições das Estratégias de Enfrentamento e da Inteligência Emocional

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de São Carlos para obtenção do título de Mestre, sob orientação do Prof. Dr. Fabiano Koich Miguel.

Data da aprovação: 21/08/2025

Prof. Dr. Fabiano Koich Miguel (Orientador)

Prof. Dr. Lucas de Francisco Carvalho (Examinador)

Prof. Dr. Cristian Zanon (Examinador)

Dedico a todos os pacientes que participaram
dessa pesquisa. Os resultados aqui apresentados
são uma tentativa de honrar suas vivências com
respeito, dignidade e responsabilidade ética.

Agradecimentos

Aqui, expresso minha gratidão. Antes de todos, e para sempre, a minha família! Meus queridos, vocês suportaram a distância e entenderam a importância dela para que eu pudesse seguir o caminho que fazia sentido para mim. Mesmo a mais de 2.000 km, a ilha sempre estará comigo. De alguma forma, tudo que fiz e sigo fazendo é por vocês. Mãezinha, te amo! Como já disse Gal e Caetano, que aqui repito, “coragem, não chore, a vida é assim mesmo, eu quero mesmo é isto aqui, eu por aqui vou indo muito bem e vou vivendo assim felicidade na cidade que eu plantei pra mim”, só que aqui tem fim.

Ao meu orientador, Fabiano, minha sincera gratidão pela escuta atenta, pela disponibilidade em todas as etapas do processo e pelo compromisso em garantir que esta pesquisa pudesse se desenvolver com solidez e qualidade, apesar de mim :) obrigado por embarcar em todas as minhas ideias na tentativa de salvar a pesquisa das minhas próprias catastrofizações. No fim, estou orgulhoso do que ela se tornou. Eu sabia desde 2023 quando vi os vídeos de Chaves no seu canal do Youtube que essa parceria iria funcionar hahaha

Agradeço à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP, processo nº 2023/04286-8), que por meio dos subsídios financeiros, possibilitou que essa pesquisa fosse mais do que eu imaginei que seria um dia. Espero que continuem confiando no meu trabalho e que essa parceria se estenda para o Doutorado. Essa pesquisa também teve apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES, processo nº 88887.829431/2023-00). Estendo meus agradecimentos aos professores Lucas Carvalho e Cristian Zanon pelas contribuições no Exame de Qualificação que jogaram luz e redirecionaram o trajeto dessa pesquisa, vocês são pesquisadores cuja produção acadêmica admiro profundamente. Fico realmente feliz de poder contar novamente com suas participações na Banca de Defesa.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de São Carlos, que muito desejei fazer parte como aluno. Olhando para trás, consigo dizer com certa facilidade que valeu a pena todo o esforço. Professores e colegas, obrigado por colaborarem enormemente na minha formação. Hoje, sou um pesquisador melhor! Especifico um pouco mais os agradecimentos ao Grupo de Pesquisa Inteligência Emocional. Nossas discussões foram valiosas e, grande parte delas, foram fontes de insights que permitiram a análise crítica dos dados desta pesquisa.

Sou grato também aos amigos que estiveram comigo em diferentes momentos: início, fim ou durante toda a eternidade desses dois anos (e meio) a que convencionamos chamar “mestrado”. Beatriz, Maíra, Renita, André, Regina, Milaidy, Marcelo, Nathan, Joice, Luiza e Melissa, houve muitos outros, mas a presença de vocês foi estatisticamente significativa ($p < 0,00000000000000000001$), e não poderia deixar de nomeá-los. Obrigado por existirem e por tornarem essa experiência mais fácil e prazerosa. São Carlos para mim sempre será vocês!

Por fim, deixo meu agradecimento à música, um dos meus recursos de enfrentamento mais constantes. Faço uma menção especial a Frank Ocean. Sem suas canções, eu provavelmente não teria atravessado o momento mais difícil desses últimos dois anos. Sua música me ajudou a elaborar sentimentos difíceis e transformá-los em algo como uma limonada. Pode soar bobo, mas gosto de pensar que cada grande evento carrega consigo uma trilha sonora, e este, sendo tão significativo para mim, não poderia deixar de ter a sua. Para quem um dia vier a ler este texto, deixo como companhia a playlist que embala em som (e sentimento) o meu mestrado:

<https://open.spotify.com/playlist/7jNYkEbo0C6L0g3Iv5Nkh1?si=b6529e4a95cc4c9f>

“A história do câncer não é a história de médicos que lutam e sobrevivem, passando de uma instituição para outra. É a história de pacientes que lutam e sobrevivem, passando de uma barragem da doença para outra. Flexibilidade, inventividade e sobrevivência são qualidades refletidas, que emanam primeiro dos que enfrentam a doença e só depois daqueles que as tratam.”

(Siddhartha Mukherjee)

Resumo

O impacto psicossocial do câncer na qualidade de vida torna crucial a compreensão do papel de recursos como as estratégias de enfrentamento e a inteligência emocional. Este estudo investiga o mecanismo de interação entre esses construtos. O objetivo foi refinar a Escala de Estratégias de Enfrentamento para Pacientes Oncológicos e examinar um modelo no qual o enfrentamento media a relação entre a inteligência emocional e qualidade de vida. Realizou-se um primeiro estudo psicométrico ($N = 791$), por meio de exploratory structural equation modeling, que encontrou evidências de validade para uma versão de 12 itens da escala ($\chi^2(42) = 114,50, p < 0,001$; CFI = 0,95; TLI = 0,92; RMSEA = 0,052 (IC 90% [0,039, 0,066]); SRMR = 0,036). Um segundo estudo ($N = 56$) aplicou a Escala de Estratégias de Enfrentamento para Pacientes Oncológicos, o Questionário On-line de Regulação Emocional e o Quality of Life Questionnaire Core 30-item, analisando os dados via regressão e mediação. A análise de mediação foi o achado central, demonstrando um efeito indireto e significativo: a regulação emocional influenciou a qualidade de vida exclusivamente através do seu impacto positivo nas estratégias de enfrentamento ($R^2 = 0,30$). A descoberta elucida um mecanismo processual, indicando que a regulação emocional é um recurso distal que habilita o enfrentamento (recurso proximal). Intervenções devem, portanto, focar na aplicação de habilidades emocionais em comportamentos de enfrentamento para melhorar efetivamente a qualidade de vida dos pacientes.

Palavras-chave: enfrentamento; inteligência emocional; qualidade de vida; psicomетria; neoplasias

Abstract

The psychosocial impact of cancer on quality of life makes it crucial to understand the role of resources such as coping strategies and emotional intelligence. This study investigates the interaction mechanism between these constructs. The aim was to refine the Escala de Estratégias de Enfrentamento para Pacientes Oncológicos and examine a model in which coping mediates the relationship between emotional intelligence and quality of life. A first psychometric study ($N = 791$), using exploratory structural equation modeling, found evidence of validity for a 12-item version of the scale ($\chi^2 (42) = 114.50$, $p < .001$; CFI = .95; TLI = .92; RMSEA = .052 (90% CI [.039, .066]); SRMR = .036). A second study ($N = 56$) applied the Escala de Estratégias de Enfrentamento para Pacientes Oncológicos, the Questionário On-line de Regulação Emocional, and the Quality of Life Questionnaire Core, analyzing the data through regression and mediation analyses. The mediation analysis was the central finding, demonstrating a significant indirect effect: emotional regulation influenced quality of life exclusively through its positive impact on coping strategies ($R^2 = .30$). This finding elucidates a processual mechanism, indicating that emotional regulation is a distal resource that enables coping (a proximal resource). Therefore, interventions should focus on applying emotional skills to coping behaviors to effectively improve patients' quality of life.

Keywords: coping; emotional intelligence; quality of life; psychometrics; neoplasms

Lista de Figuras

Figura 1 - Fórmula do Coeficiente de Confiabilidade Composta.....	36
Figura 2 - Representação da Estrutura Interna do Modelo de 12 itens.....	37
Figura 3 - Representação da Mediação de E3PO na Relação entre QoRE e QLQ-C30.....	51

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Características Sociodemográficas e Clínicas dos Participantes dos Estudos 1 e 2...	28
Tabela 2 - Índices de Ajuste Padrões, Escalados e Robustos dos Modelos de 20, 13 e 12 Itens.	31
Tabela 3 - Estimativas Padronizadas das Cargas Fatoriais dos Modelos de 20, 13 e 12 Itens....	32
Tabela 4 - Estatísticas Descritivas das Variáveis QLQ-C30, E3PO, QoRE e TOHE.....	44
Tabela 5 - Matriz de Correlações entre as Variáveis QLQ-C30, E3PO, QoRE e TOHE.....	47
Tabela 6 - Parâmetros da Regressão Linear Múltipla para Predição da Variável Desfecho.....	48
Tabela 7 - Resumo dos Efeitos Direto, Indireto e Total na Mediação.....	50

Lista de Abreviaturas e Siglas

AFC	análise fatorial confirmatória
AFE	análise fatorial exploratória
AP	avaliação psicológica
Aq	aquiescência
BOLIE	Bateria On-Line de Inteligência Emocional
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CC	confiabilidade composta
CECH	Centro de Educação e Ciências Humanas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFI	comparative fit index
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CPT	crescimento pós-traumático
DCRC	disfunção cognitiva relacionada ao câncer
EORTC	European Organisation for Research and Treatment of Cancer
ESAS	Edmonton Symptom Assessment System
ESEM	exploratory structural equation model(ing)
E3PO	Escala de Estratégias de Enfrentamento para Pacientes Oncológicos
F1	Fator 1
F2	Fator 2
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
IC	intervalo de confiança
IE	inteligência emocional
INCA	Instituto Nacional de Câncer
PPGPsi	Programa de Pós-Graduação em Psicologia

QLQ-C30	Quality of Life Questionnaire Core 30-item
QoRE	Questionário On-Line de Regulação Emocional
QV	qualidade de vida
RMSEA	root-mean-square error of approximation
SRMR	standardized root-mean-square residual
TCC	terapia cognitivo-comportamental
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TLI	Tucker-Lewis index
TOHE	Teste de Organização de Histórias Emocionais
TOHE-O	Fator Organização da TOHE
TOHE-S	Fator Sociabilidade da TOHE
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos
WHOQOL-bref	World Health Organization Quality of Life (versão breve)

Lista de Símbolos

d	medida de Cohen do tamanho do efeito para comparar duas médias amostrais
DP	desvio padrão
EP	erro padrão
F	valor para significância estatística em um teste F
gl	graus de liberdade
M	média amostral
n	número de casos em uma subamostra
N	número total de casos
p	probabilidade
r	estimativa do coeficiente de correlação produto-momento de Pearson
R^2	correlação múltipla ao quadrado
R^2_{adj}	correlação múltipla ao quadrado ajustada
t	teste t de Student
W	teste de Shapiro-Wilk
y	variável observável (item)
α	índice de consistência interna de Cronbach
β	valores populacionais dos coeficientes de regressão
B	matriz dos coeficientes de regressão entre os construtos dependentes
λ	elemento de uma matriz de cargas fatoriais
ρ	correlação de ordem por postos de Spearman
χ^2	índice de ajuste qui-quadrado
$\sum \varepsilon$	soma das variâncias de erro dos itens
$(\sum \lambda)^2$	quadrado das somas das cargas fatoriais

Sumário

Qualidade de Vida do Paciente Oncológico: Contribuições das Estratégias de Enfrentamento e da Inteligência Emocional.....	17
Estudo 1	25
Método	25
<i>Participantes</i>	25
<i>Instrumentos</i>	25
<i>Procedimentos de Coleta dos Dados</i>	26
<i>Procedimentos de Análise dos Dados</i>	27
Resultados	28
<i>Tratamento Inicial dos Dados</i>	28
<i>Estatísticas Descritivas</i>	28
<i>Estrutura Interna</i>	30
Estudo 2	38
Método	38
<i>Participantes</i>	38
<i>Instrumentos</i>	38
<i>Procedimentos de Coleta dos Dados</i>	40
<i>Procedimentos de Análise dos Dados</i>	41
Resultados	43
<i>Tratamento Inicial dos Dados</i>	43
<i>Estatísticas Descritivas</i>	45
<i>Comparação entre Grupos</i>	45

<i>Relação com Variáveis Externas</i>	46
Discussão	51
Considerações Finais.....	61
Referências.....	64
Apêndice A – E3PO (versão 20 itens)	81
Apêndice B - TCLE (Estudo 1)	82
Apêndice C - Questionário Sociodemográfico e Clínico (Estudo 1).....	84
Apêndice D - Script (Estudo 1).....	85
Apêndice E - Output (Estudo 1).....	87
Apêndice F - E3PO (versão 12 itens)	100
Apêndice G - TCLE (Estudo 2)	101
Apêndice H - Questionário Sociodemográfico e Clínico (Estudo 2).....	103
Apêndice I - Script (Estudo 2)	104
Apêndice J - Output (Estudo 2)	105
Anexo A - EORTC QLQ-C30 (versão 3.0.).....	107
Glossário	109
Índice Remissivo.....	112

Qualidade de Vida do Paciente Oncológico: Contribuições das Estratégias de Enfrentamento e da Inteligência Emocional

O câncer pode ser definido como o crescimento desordenado e descontrolado de células (Instituto Nacional de Câncer [INCA], 2020). Atualmente, é considerado o principal problema de saúde pública no mundo, com aumento exponencial das taxas de incidência e mortalidade, principalmente pelas mudanças demográficas e de estilo de vida que passa a população mundial (INCA, 2022). Consequente, é perceptível uma transição etiológica, com acréscimo dos cânceres associados a atitudes e hábitos, tais como sedentarismo, alimentação inadequada e comportamentos aditivos, e uma diminuição dos cânceres relacionados à infecção de microrganismos (INCA, 2020). No Brasil, estima-se que serão cerca de 704 mil novas pessoas diagnosticadas com câncer no presente triênio de 2023-2025, com destaque para os cânceres de mama, com 74 mil (10,5%), seguido do câncer de próstata, com 72 mil (10,2%) (INCA, 2022).

Devido ao desenvolvimento na eficácia do tratamento no século XX e XXI, o câncer pode ser considerado uma doença crônica a depender de seu sítio, estadiamento e detecção precoce. São muitas as formas de tratamento, sendo as principais a cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia (Carvalho et al., 2008). Tais abordagens terapêuticas não se excluem e podem ser mais efetivas quando utilizadas de modo complementar, considerando as especificidades do tumor (INCA, 2020). Entretanto, esses métodos têm efeitos colaterais, que também precisam ser minimizados para evitar consequências iatrogênicas e prejuízo na qualidade de vida (QV).

O tratamento oncológico também inclui a promoção de saúde mental e cuidados psicossociais, pois o câncer tem um grande impacto emocional e social na vida de um ser humano. O sofrimento advindo da doença é um importante fator a ser considerado no prognóstico do paciente. Em diversos experimentos em ratos com tumores induzidos,

observou-se que condições estressantes aceleravam o desenvolvimento e a progressão do tumor (Justice, 1985). Quando o corpo está sob estresse, ocorre a produção de hormônios que têm efeito negativo na atividade do sistema imunológico (e na sua função supressiva de tumores) e efeito positivo no metabolismo de neoplasias (Mravec et al., 2020).

Durante o processo de adoecimento e tratamento oncológico, o indivíduo é submetido a diversas situações estressoras (Tralde et al., 2021). Esse é frequentemente desafiado por problemas como sintomas físicos, efeitos colaterais do tratamento, estigma social relacionado à doença, pensamentos catastrofizantes, internações múltiplas e prolongadas, experiências negativas com o sistema de saúde e luto por perdas reais e simbólicas, que são ativadores emocionais intensos e desagradáveis (Dronavalli et al., 2024; Rodriguez Castells et al., 2023; Lyall et al., 2022; Dixit et al., 2021). A avaliação dos recursos pessoais do paciente para lidar com essas adversidades é uma das principais recomendações.

Diante desse cenário de múltiplos desafios físicos e emocionais, a manutenção ou recuperação da qualidade de vida relacionada à saúde emerge como um dos objetivos centrais no cuidado oncológico integral. Este construto, de natureza ampla, é compreendido pela European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) como “percepções subjetivas dos aspectos positivos e negativos dos sintomas de pacientes com câncer, incluindo funções físicas, emocionais, sociais e cognitivas e, principalmente, os sintomas da doença e os efeitos colaterais do tratamento” (EORTC, s.d.).

O modo como o paciente gerencia seus problemas é uma variável que deve ser considerada para desenvolvimento de QV, o que pode influenciar a motivação para aderir e se manter no tratamento e até mesmo o prognóstico da doença (A. Brito et al., 2019). Evidências mostram que pacientes oncológicos que possuem um padrão de respostas ao estresse confrontativo, otimista e assertivo têm menos sintomas psicológicos e melhor QV e bem-estar psicológico em comparação aos pacientes que deprimem mais facilmente após o diagnóstico

(Cheng et al., 2018; Cho et al., 2020; Fasano et al., 2020).

É de conhecimento, ainda, que intervenções psicossociais reduzem o sofrimento (Pompe et al., 1997), assim como o apoio social aumenta a atividade do sistema imunológico (Fawzy et al., 1993). A aceitação, um tópico extensivamente abordado em psicoterapias de terceira geração, também tem influência benéfica no tratamento (Spiegel & Kato, 1996). A terapia cognitivo-comportamental (TCC) mostrou-se eficaz em intervenções psicossociais com esse público (Ferreira et al., 2021).

A TCC foca no questionamento de crenças desadaptativas e na promoção de crenças adaptativas por meio do método da reestruturação cognitiva (Beck, 2021). Dentro do processo psicoterapêutico, a psicoeducação é fundamental para que o paciente compreenda como pensamentos podem manter e potencializar (distorções cognitivas) as emoções negativas durante o adoecimento e tratamento (Pereira & Talask, 2019). Através do auxílio e suporte familiar e do empirismo colaborativo, trabalha-se com o objetivo de desenvolver recursos que possibilitem a aceitação das dificuldades, auxiliem na readaptação aos estressores e promovam ressignificação das experiências vivenciadas (Rudnicki, 2020).

O psicólogo, dentro de uma equipe multiprofissional, deve ter como tarefa garantir a saúde integral do paciente oncológico (Breda & Souza, 2020), cabendo a ele estimular o desenvolvimento de habilidades protetivas às adversidades decorrentes do câncer (Borgi et al., 2020). As estratégias de enfrentamento e a inteligência emocional (IE) estão entre os recursos conhecidos para gerenciar os efeitos negativos do estresse e promover QV. Os fundamentos semelhantes que constituem os arcabouços teóricos dessas duas áreas de estudo permitiram o delineamento de pesquisas que associassem os dois construtos (eg. Choi et al., 2019; Morales-Rodríguez & Pérez-Mármol, 2019).

As estratégias de enfrentamento são recursos cognitivos e comportamentais utilizadas para lidar com situações estressoras (Kohlsdorf et al., 2019). Ajudam a instalar e manter

comportamentos assertivos, criar alternativas ao comportamento desadaptativo e facilitar a mudança do estilo de vida por substituição e/ou evitação dos estímulos e gatilhos indesejados. Tais recursos enfatizam maneiras de lidar com a premência, manejam ruminação e emoções desagradáveis, além de estimularem tomada de decisão, resolução de problemas, planejamento em emergências e engajamento em atividades prazerosas (Kadden & Cooney, 2009).

O enfrentamento inicialmente foi entendido como um estilo, que está intimamente relacionado com a personalidade do indivíduo. Posteriormente, os estudos enfatizaram também o enfrentamento como um processo, que é condicionado por aspectos cognitivos e situacionais (Berdini, 2023; Lazarus & Folkman, 1984). As estratégias de enfrentamento são uma possibilidade de intervenção psicossocial com pacientes com câncer, visto esses serem constantemente expostos a estressores que dificultam o engajamento ao tratamento. A relevância dos estudos que investigam as estratégias de enfrentamento em pacientes oncológicos se converte em sua extensa literatura (eg. Fasano et al., 2020; Fawzy et al., 1993; Ottati & Campos, 2014).

Compreender os recursos psicológicos que favorecem o enfrentamento das demandas emocionais e práticas do tratamento oncológico torna-se fundamental. Entre esses recursos, a IE desponta como uma variável potencialmente associada à forma como os indivíduos lidam com situações estressoras, influenciando diretamente o modo como percebem, interpretam e regulam suas emoções frente à doença (Mayer et al., 2016).

A primeira proposta de sistematização da IE foi apresentada por Salovey e Mayer (1990), que a concebem por meio de um modelo cognitivo. Desde então, a concepção desse construto passou por inúmeras contribuições e revisões na literatura. Segundo essa teoria, a IE pode ser mais bem apreendida a partir de sua classificação em quatro diferentes componentes: (a) percepção emocional, (b) facilitação emocional, (c) compreensão emocional e (d) gerenciamento emocional (Mayer et al., 2016). A percepção emocional é a capacidade de

identificar e definir emoções próprias e dos pares. A facilitação emocional é a capacidade de utilizar as emoções para melhorar a performance cognitiva. A compreensão emocional é a capacidade de entender as propriedades de intensidade, frequência, duração e magnitude das emoções e relacioná-las ao contexto em que surgem. O gerenciamento emocional é a capacidade de regular as emoções e utilizá-las para resolução de problemas (Mayer et al., 2016). Esse último componente guarda muitas semelhanças com a teoria do enfrentamento de Lazarus e Folkman (1984).

Contudo, existem outros modelos que compreendem a IE estando mais relacionada à traços de personalidade, sem necessariamente desconsiderá-la como uma habilidade cognitiva. Destaca-se a proposta de Petrides e Furnham (2001). Segundo esses autores, a inteligência emocional se manifesta não em termos de capacidades individuais, mas, sim, a partir do autoconceito que os indivíduos têm de suas capacidades. Dessa forma, a avaliação da IE está diretamente relacionada a sua concepção teórica. Enquanto a avaliação por desempenho máximo tem como base a IE estritamente como uma habilidade cognitiva, a avaliação por autorrelato aproxima-a de uma característica da personalidade (Bueno & Zuanazzi, 2019).

Em resumo, a aplicação do enfrentamento é reativa e limitada a contextos de estresse. A IE, por sua vez, é um processo mais amplo e fundamental, referente à forma como os indivíduos influenciam quais emoções têm, quando as têm e como as experienciam e expressam, aplicando-se a emoções positivas e negativas em qualquer contexto. Diferente das estratégias de enfrentamento, a IE quando investigada no âmbito da saúde concentra-se em grande parte nos processos de trabalho relacionados aos profissionais de saúde, sendo dado pouco foco aos pacientes, comparativamente. Isso ocorre devido ao fato do campo de pesquisa da IE, no início, ter se popularizado a partir de estudos em contextos organizacionais e educacionais, permanecendo ainda como tendência de sua literatura atual (eg. Gonzaga & Rodrigues, 2018). Alguns estudos internacionais já sugerem que pacientes oncológicos também

podem se beneficiar da intervenção baseada na IE no tratamento oncológico (eg. Amirifard et al., 2017; Rey et al., 2013). Logo, a pergunta que orienta esta pesquisa é: qual é a contribuição relativa das estratégias de enfrentamento e da inteligência emocional na explicação da variabilidade da qualidade de vida de pacientes oncológicos?

Pesquisas indicam consistentemente que a IE e o uso de estratégias de enfrentamento adaptativas são benéficos para a QV de pacientes com câncer (Rey et al., 2013; Megías et al., 2019; Jung et al., 2016; Baudry et al., 2019). No entanto, a natureza dessa relação ainda necessita de maior clareza: esses recursos atuam de forma independente ou a IE influencia a escolha e a eficácia das estratégias de enfrentamento? Buscando responder essa questão, o presente estudo se propõe a investigar os mecanismos dessa interação, testando um modelo que inclui componentes da IE (leia-se, compreensão e regulação emocional) e enfrentamento como preditores simultâneos. O intuito é, portanto, avançar para além da simples correlação, buscando compreender as vias pelas quais esses recursos psicológicos, em conjunto, impactam o bem-estar de pacientes oncológicos.

Além de sua relevância teórica, a validade das conclusões sobre as relações entre enfrentamento, inteligência emocional e qualidade de vida depende diretamente da qualidade dos instrumentos utilizados, uma vez que imprecisões na mensuração comprometem a interpretação dos efeitos observados. Considerando que a avaliação do enfrentamento no contexto oncológico possui especificidades nem sempre capturadas por medidas genéricas, esta pesquisa empregará a Escala de Estratégias de Enfrentamento para Pacientes Oncológicos (E3PO), desenvolvida para este público específico (Pereira et al., 2023). A investigação da estrutura interna da E3PO é uma etapa crucial que cumpre um duplo propósito. Primeiramente, assegura a robustez da mensuração para a testagem do modelo desta pesquisa; em segundo lugar, adiciona novas evidências de validade ao instrumento, contribuindo para sua consolidação como uma ferramenta psicometricamente acurada e consistente para o uso em

futuras investigações científicas.

Paralelamente, a aquiescência foi modelada como fator de método, de modo a controlar vieses de resposta e refinar a estimativa das relações latentes. O viés de resposta reflete a tendência de alguns participantes em concordar com os itens de um questionário independentemente do seu conteúdo. Em psicometria, a aquiescência é uma ameaça significativa à validade de construto, pois pode inflar artificialmente as correlações entre os itens, distorcer a estrutura fatorial de uma escala e gerar associações espúrias entre diferentes variáveis (Piedmont, 2023). Um modelo que não implementa o controle para o referido efeito está suscetível a produzir achados que constituem vieses metodológicos, mascarando ou distorcendo as relações teóricas genuínas sob investigação.

A importância de controlar este viés se torna ainda mais pronunciada no contexto deste estudo. A amostra é composta por pacientes oncológicos, uma população que pode estar lidando com fadiga, dor, sobrecarga emocional ou efeitos cognitivos do tratamento. Tais condições podem reduzir os recursos cognitivos disponíveis para a tarefa de responder a um questionário, aumentando a probabilidade de o participante recorrer a heurísticas de resposta mais simples, como a concordância sistemática. Desse modo, controlar a aquiescência não foi apenas uma boa prática, mas uma necessidade metodológica para assegurar a precisão dos dados coletados nesta população específica.

As contribuições deste estudo, contudo, não se limitam a um avanço científico, mas possui implicações diretas no campo assistencial. No contexto da oncologia, marcado pela complexidade do sofrimento emocional e, frequentemente, pela brevidade das intervenções psicológicas nos serviços de saúde, torna-se fundamental compreender com maior precisão quais aspectos demandam prioridade de intervenção (Barbosa et al., 2020; Ribeiro & Baptista, 2019). Para isso, a avaliação psicológica (AP) é um procedimento metodológico teórico e cientificamente embasado que se utiliza de técnicas e instrumentos psicológicos, mas também

é um processo complexo de raciocínio para discernir em meio a dados, hipóteses e possibilidades, auxiliando na tomada de decisão do profissional, assim como permite saber a eficácia e a efetividade das intervenções realizadas (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2022; Mansur, 2015). Os estudos realizados fornecem subsídios para intervenções que tenham como ênfase a relação terapêutica e a aplicação de técnicas voltadas para o desenvolvimento emocional do paciente, que embase e sirva de recurso para instalação e manutenção de um repertório de estratégias de enfrentamento mais eficaz (reconhecimento e educação das emoções, regulação emocional, habilidades socioemocionais, etc.).

Portanto, o objetivo geral desta pesquisa é examinar um modelo explicativo da qualidade de vida em pacientes oncológicos, determinando a contribuição relativa das estratégias de enfrentamento e da inteligência emocional. Como objetivos específicos, pretende-se, inicialmente, refinar a validade da estrutura interna da Escala de Estratégias de Enfrentamento para Pacientes Oncológicos (E3PO). Além disso, busca-se verificar a associação entre o uso de estratégias de enfrentamento adaptativas, mensuradas pela E3PO, e os escores de qualidade de vida avaliados pelo QLQ-C30. Outro objetivo é examinar a relação entre os níveis de inteligência emocional, avaliados pelos instrumentos TOHE e QoRE, e os escores de qualidade de vida (QLQ-C30). Por fim, pretende-se analisar o poder preditivo conjunto das estratégias de enfrentamento e da inteligência emocional na explicação da qualidade de vida de pacientes oncológicos.

As hipóteses deste estudo partem do pressuposto de que o uso mais frequente de estratégias de enfrentamento adaptativas estará positivamente associado a maiores escores de qualidade de vida em pacientes oncológicos (Ruiz-Rodríguez et al., 2022; Zhou et al., 2022) (H_1). Do mesmo modo, espera-se que níveis mais elevados de inteligência emocional apresentem uma associação positiva com maiores escores de qualidade de vida (Durosini et al., 2022) (H_2). Por fim, postula-se que as estratégias de enfrentamento e a inteligência emocional

atuem como preditores conjuntos da qualidade de vida, contribuindo de forma integrada para a explicação de sua variabilidade (Boyer et al., 2017) (H₃).

A presente pesquisa foi desenvolvida em duas etapas complementares, denominadas Estudo 1 e Estudo 2. O Estudo 1 teve como objetivo principal o refinamento das propriedades psicométricas da E3P0 em uma amostra ampla e heterogênea de pacientes oncológicos. Subsequentemente, o Estudo 2 foi delineado para aprofundar a investigação, buscando evidências adicionais de validade por meio do desenho de um modelo que estabeleça relações teóricas e explicativas com construtos semelhantes.

Estudo 1

Método

Participantes

Para fazer parte da pesquisa, o indivíduo precisou ser maior de idade, ter diagnóstico de câncer definido (excluiu-se casos em que a doença estava sendo investigada) e fazer tratamento nas instituições que funcionaram como locais de pesquisa. Como critério de exclusão, houve restrição aos indivíduos com condições clínicas (dor, fadiga, sonolência e fome acentuados, desorientação no tempo e espaço, etc.) que impedissem o discernimento para participar de forma esclarecida e consentida, assim como total incapacidade para manejar recursos tecnológicos e digitais. Essas informações foram obtidas através do prontuário do paciente e confirmadas em consulta aos profissionais de saúde da assistência.

Instrumentos

Escala de Estratégias de Enfrentamento para Pacientes Oncológicos (E3PO). Foi desenvolvida por Pereira et al. (2023) com base no modelo de Lazarus e Folkman. É uma escala breve formada por 20 itens. O instrumento é de autorrelato, podendo ser respondido pelo próprio paciente ou aplicado em formato de entrevista estruturada por um profissional de saúde. Para padronização das respostas, foi adotada uma escala de resposta tipo Likert de frequência

(0 = *nunca*; 1 = *poucas vezes*; 2 = *às vezes*; 3 = *muitas vezes*; e 4 = *sempre*), ver Apêndice A.

No estudo original (Pereira et al., 2023), a análise fatorial exploratória (AFE) foi realizada com 392 participantes. A escala apresentou boas evidências de validade de conteúdo e de estrutura interna ($\chi^2/gl = 1,70$; $p < 0,001$; CFI = 0,95; TLI = 0,94; RMSEA = 0,043). A AFE reteve dois fatores. Engajamento no Tratamento (Fator 1) possui 14 itens e uma variância explicada de 22,38%. Reações Emocionais (Fator 2) é composto por seis itens, variância explicada de 13,67%. A consistência interna da E3PO foi adequada para ambos os fatores, com valores de confiabilidade composta (CC) de 0,83 e 0,75, respectivamente.

Procedimentos de Coleta dos Dados

A pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil e recebeu aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSCar e do Hospital Amaral Carvalho sob pareceres 6.278.780 (CAAE: 71586623.0.0000.5504) e 6.559.781 (CAAE: 71586623.0.3001.5434), respectivamente. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ver Apêndice B) foi introduzido aos potenciais participantes para explicar sobre a pesquisa, seus direitos e responsabilidades, e possíveis riscos e benefícios a que estavam expostos. Após concordância com o TCLE, o paciente foi consultado se a aplicação poderia ocorrer imediatamente ou em horário agendado.

Parte da amostra foi retirada de um banco de dados coletado entre 2021 e 2022, previamente ao mestrado. A coleta durante o mestrado ocorreu entre os meses de fevereiro e maio de 2024 em um ambulatório público e dois hospitais de alta complexidade filantrópicos no estado de São Paulo ($n = 409$). A aplicação da E3PO foi realizada individual, presencial em diferentes condições ambientais (enfermaria, salão de infusão de quimioterapia e sala de espera para consultas rotineiras) e computadorizadamente (auxílio de um tablet) na plataforma <https://psicologi.co/>. Foram perguntadas também informações sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade e naturalidade) e clínicas (diagnóstico), ver Apêndice C.

Antes da aplicação, foi estabelecido rapport com o objetivo de criar um ambiente de apoio e segurança na relação com o sujeito avaliado. Essa técnica preliminar visou reduzir possíveis resistências iniciais e favorecer uma postura colaborativa e empática por parte do participante. Também teve como propósito minimizar reações de ansiedade frequentemente associadas à exposição a procedimentos desconhecidos, além de permitir a identificação de variáveis pessoais (como dor, fadiga, sono ou fome) que pudessem influenciar suas respostas (Kumar & Negi, 2023; Dion Larivière et al., 2024).

Procedimentos de Análise dos Dados

Realizou-se a preparação e tratamento da base de dados da amostra (casos omissos e atípicos), assim como foram verificados os pressupostos de normalidade pelo teste de Shapiro-Wilk. Para refinar a validade de estrutura interna da E3PO, os dados foram trabalhados por meio de exploratory structural equation modeling (ESEM), como uma alternativa aos parâmetros mais restritos da análise fatorial confirmatória (AFC) (Gomes & Gjikuria, 2017; Marsh et al., 2014; Marsh et al., 2020). Seguiu-se as recomendações de Martins et al. (2021), com a utilização de um fator de método para controlar aquiescência. Na prática, este procedimento “limpa” as cargas fatoriais dos construtos fundamentais, garantindo que elas representem de forma mais pura a relação entre os itens e os traços latentes de interesse.

Por serem dados categóricos e ordinais, o estimador diagonally weighted least squares (DWLS) foi utilizado (Li, 2016). Consideramos os itens com pesos fatoriais acima de 0,30 para permanência no instrumento (Pasquali, 2010). Utilizou-se os índices chi-quadrado (χ^2), comparative fit index (CFI), Tucker-Lewis index (TLI), root-mean-square error of approximation (RMSEA) e standardized root-mean-square residual (SRMR) para verificar o ajuste do modelo (Hair et al., 2009).

Todas as análises foram realizadas no software RStudio (RStudio Team, 2025). Utilizamos o pacote lavaan para estimar o modelo e o pacote semPlot para visualização gráfica

do modelo. Os script e output podem ser conferidos nos Apêndices D e E, respectivamente, ou no link <https://github.com/FillipeRSP/dissertacao>.

Resultados

Tratamento Inicial dos Dados

Foram identificados 31 casos omissos, devido ao tamanho da amostra, optou-se pela exclusão desses. Logo, a amostra inicial de 822 participantes passou para 791 que seguiram para as análises descritivas e psicométricas. Na análise do pressuposto de normalidade, o teste de Shapiro-Wilk confirmou que nenhuma variável cumpriu a distribuição normal ($W_s \geq 0,72$, $ps < 0,001$), contudo o DWLS é um estimador que performa bem para esses casos.

Estatísticas Descritivas

Participaram do Estudo 1 um total de 791 pacientes oncológicos com média (M) de idade de 56,17 anos e desvio padrão (DP) de 14,67. Os demais dados sociodemográficos podem ser conferidos na Tabela 1.

Tabela 1

Características Sociodemográficas e Clínicas dos Participantes dos Estudos 1 e 2

Característica	Estudo 1		Estudo 2	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sexo				
Feminino	439	55,5	42	75
Masculino	352	44,5	14	25
Escolaridade				
Sem educação formal	347	43,9	—	—
Ensino fundamental	101	12,8	18	32,1

Característica	Estudo 1		Estudo 2	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Ensino médio	265	33,5	30	53,6
Ensino superior	78	9,9	8	14,3
Naturalidade				
Norte	3	0,4	—	—
Nordeste	408	51,6	6	10,7
Centro-Oeste	1	0,1	1	1,8
Sudeste	343	43,4	48	85,7
Sul	34	4,3	1	1,8
Exterior	2	0,3	—	—
Sítio primário da neoplasia				
Mama	152	19,2	22	39,3
Colorretal	112	14,2	9	16,1
Próstata/Sistema reprodutor masculino	107	13,5	5	8,9
Colo do útero/Sistema reprodutor feminino	101	12,8	8	14,3
Hematológico (leucemia, linfoma, mieloma)	93	11,8	—	—
Aparelho digestivo	76	9,6	2	3,6
Pele, partes moles ou ósseo	60	7,6	6	10,7
Orofaringe (cavidade oral)	30	3,8	2	3,6
Urológico (rim, bexiga, uretra)	26	3,3	—	—
Pulmão	20	2,5	—	—

Característica	Estudo 1		Estudo 2	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Tireoide	14	1,8	1	1,8
Sistema nervoso central	—	—	1	1,8
Tempo desde o diagnóstico				
Até 6 meses	—	—	19	33,9
Até 1 ano	—	—	2	3,6
Até 5 anos	—	—	26	46,4
Até 10 anos	—	—	8	14,3
Mais de 10 anos	—	—	1	1,8
Fase do tratamento				
Ambulatorial	467	59,0	56	100
Internação	324	41,0	—	—
Formato da resposta				
Computadorizado	409	51,7	56	100
Lápis e papel	382	48,3	—	—

Nota. *n* = número de casos em uma subamostra; % = percentual relativo à amostra.

Estrutura Interna

Foram utilizados índices de ajuste robustos para a avaliação dos modelos, uma vez que apresentam desempenho superior em amostras que violam o pressuposto de normalidade. Para os índices χ^2 e SRMR, que não possuem versões robustas, adotaram-se os valores escalados. A Tabela 2 reúne os índices de ajuste de todos os modelos, com o objetivo de permitir uma

comparação entre eles, sendo esses resultados discutidos com maior detalhamento nos parágrafos subsequentes.

Tabela 2

Índices de Ajuste Padrões, Escalados e Robustos dos Modelos de 20,13 e 12 Itens

		χ^2 (gl)	CFI	TLI	RMSEA [IC 90%]	SRMR
Critérios	Aceitáveis	—	$\geq 0,90$	$\geq 0,90$	$\leq 0,08$	$\leq 0,08$
	Ótimos	—	$\geq 0,95$	$\geq 0,95$	$\leq 0,05$	$\leq 0,05$
Modelo 20 itens	Padrão	417,88** (150)	0,95	0,94	0,048 [0,042, 0,053]	0,054
	Escalado	481,51** (150)	0,91	0,89	0,053 [0,048, 0,058]	0,054
	Robusto	—	0,84	0,80	0,069 [0,062, 0,076]	—
Modelo 13 itens	Padrão	87,42** (52)	0,99	0,98	0,029 [0,018, 0,040]	0,036
	Escalado	128,10** (52)	0,96	0,94	0,043 [0,034, 0,053]	0,036
	Robusto	—	0,95	0,92	0,049 [0,037, 0,062]	—
Modelo 12 itens	Padrão	77,36** (42)	0,99	0,98	0,033 [0,021, 0,044]	0,036
	Escalado	114,50** (42)	0,96	0,94	0,047 [0,037, 0,057]	0,036
	Robusto	—	0,95	0,92	0,052 [0,039, 0,066]	—

Nota. χ^2 = qui-quadrado; gl = graus de liberdade; CFI = comparative fit index; TLI = Tucker-Lewis index; RMSEA = root-mean-square error of approximation; SRMR = standardized root-mean-square residual.

** $p < 0,001$.

Modelo de 20 itens. Testou-se a estrutura original de 20 itens encontrada na AFE (Pereira et al., 2023). Os índices de ajuste indicaram um modelo pouco sustentável: qui-

quadrado significativo ($\chi^2(150) = 481,51$, $p < 0,001$), com CFI = 0,84 e TLI = 0,80, valores bem abaixo de 0,90. O RMSEA robusto foi de 0,069 (IC 90% [0,062, 0,076]), indicando ajuste razoável, embora acima do ponto de corte para ótimo ajuste ($< 0,05$). O SRMR apresentou valor satisfatório (0,054), sugerindo adequação dos resíduos padronizados.

Quanto aos parâmetros, observou-se que várias cargas fatoriais foram significativas e de magnitude moderada a alta, destacando-se itens como y3 ($\lambda = -0,59$) e y9 ($\lambda = -0,51$) no Fator 1 (F1), e itens como y4 ($\lambda = 0,51$) e y5 ($\lambda = 0,48$) no Fator 2 (F2). No entanto, alguns itens apresentaram cargas muito baixas ou não significativas em ambos os fatores, como y13, y14, y15, y18, y19 e y20, sugerindo que esses itens podem não contribuir de forma adequada para a estrutura latente proposta. Adicionalmente, verificaram-se cargas negativas inesperadas (e.g., y10 no F2: $\lambda = -0,15$) e carga cruzada em ambos os fatores (y12: $\lambda = -0,42$ no F1 e $\lambda = -0,31$ no F2), as quais podem indicar problemas de especificação ou necessidade de recodificação. Esses dados estão resumidos na Tabela 3.

Tabela 3

Estimativas Padronizadas das Cargas Fatoriais dos Modelos de 20, 13 e 12 Itens

Item	Modelo 20 itens		Modelo 13 itens		Modelo 12 itens	
	F1	F2	F1	F2	F1	F2
y1	0,32	0,18	0,37	0,18	0,37	0,20
y2	0,31	0,01	0,34	-0,05	0,34	-0,02
y3	-0,59	0,06	-0,58	0,08	-0,58	0,06
y4	-0,04	0,51	-0,01	0,49	-0,01	0,47
y5	0,04	0,48	0,04	0,54	0,04	0,56
y6	-0,48	-0,07	-0,48	-0,02	-0,48	-0,03

Item	Modelo 20 itens		Modelo 13 itens		Modelo 12 itens	
	F1	F2	F1	F2	F1	F2
y7	0,37	0,06	0,40	0,07	0,40	0,07
y8	-0,02	0,48	-0,02	0,54	-0,02	0,54
y9	-0,51	0,25	-0,48	0,22	-0,48	0,20
y10	0,29	-0,15	—	—	—	—
y11	0,41	0,06	0,45	0,02	0,45	0,03
y12	-0,42	-0,31	-0,41	-0,28	-0,41	-0,28
y13	-0,01	0,22	—	—	—	—
y14	0,04	0,29	—	—	—	—
y15	-0,27	-0,15	—	—	—	—
y16	0,42	-0,02	0,40	0,01	0,40	-0,01
y17	0,20	0,31	0,19	0,26	—	—
y18	-0,15	-0,21	—	—	—	—
y19	0,26	-0,09	—	—	—	—
y20	0,23	0,27	—	—	—	—

Nota. F1 = Fator 1; F2 = Fator 2. As cargas fatoriais acima de 0,30 estão destacadas em negrito.

A correlação entre os fatores foi significativa e positiva ($r = 0,22$), apontando relação moderada entre os construtos. Por outro lado, as covariâncias entre os fatores principais e o fator de aquiescência foram fixadas em zero, conforme especificação do modelo, e a variância estimada para aquiescência foi significativa (0,15), sugerindo influência desse viés de resposta.

Esses resultados apontam que, embora o modelo apresente ajuste estatístico aceitável

em alguns índices, as cargas fatoriais inconsistentes e os indicadores de ajuste marginais sugerem a necessidade de revisão da estrutura, especialmente em relação a itens com baixas cargas ou com cargas cruzadas, visando melhorar a validade e a dimensionalidade dos fatores.

Modelo de 13 itens. O modelo apresentou ótimo ajuste aos dados, com índices de qualidade robustos: CFI = 0,95 e TLI = 0,92, RMSEA = 0,049 (IC 90% [0,037, 0,062]) e SRMR = 0,036, sugerindo aderência adequada do modelo à amostra.

Em relação às cargas fatoriais, observou-se que no F1, destacaram-se cargas significativas e elevadas para y11 ($\lambda = 0,45$), y16 ($\lambda = 0,40$) e y7 ($\lambda = 0,40$), enquanto alguns itens apresentaram cargas negativas significativas (y3, $\lambda = -0,58$; y6, $\lambda = -0,48$; y9, $\lambda = -0,48$), indicando possível inversão no sentido de mensuração. No F2, itens como y8 ($\lambda = 0,54$), y5 ($\lambda = 0,54$) e y4 ($\lambda = 0,49$), apresentaram associações significativas, enquanto outros itens (e.g., y2; y16) não demonstraram relação estatisticamente relevante com o fator.

O fator de aquiescência mostrou variância estimada significativa (0,15) e cargas fixas em 1 para todos os itens, confirmando sua função como controle de viés de resposta, sem correlação significativa com os fatores latentes. A correlação entre os fatores foi moderada e significativa ($r = 0,21$), sugerindo inter-relação parcial entre os construtos.

Em conjunto, esses resultados sustentam a estrutura fatorial proposta, ainda que o item y17 para ambos os fatores tenha demonstrado baixa carga fatorial. Optou-se então pela testagem de um novo modelo com a exclusão desse item.

Modelo de 12 itens. O modelo final apresentou índices de ajuste muito bons, com valores do CFI de 0,95 e TLI de 0,92), ambos indicando bom ajuste. O RMSEA foi de 0,052, com intervalo de confiança de 90% entre 0,039 e 0,066, marginalmente próximo do limite ótimo de 0,05. O SRMR foi de 0,036, evidenciando ajuste excelente. Embora o teste qui-quadrado tenha sido significativo ($\chi^2(42) = 77,36$, $p = .001$), este resultado é esperado em amostras grandes e não invalida a qualidade do ajuste quando considerados os demais

indicadores.

No F1, observaram-se cargas significativas e consistentes em itens como y3 ($\lambda = -0,57$), y6 ($\lambda = -0,48$), y9 ($\lambda = -0,48$), y11 ($\lambda = 0,45$) e y12 ($\lambda = -0,40$) e demonstrando forte contribuição destes itens para o primeiro construto. As cargas fatoriais no F2 apresentaram valores expressivos para os itens y5 ($\lambda = 0,56$), y8 ($\lambda = 0,54$) e y4 ($\lambda = 0,47$), sugerindo que esses itens representam bem o construto associado.

Portanto, a variância explicada total do instrumento covariância entre os fatores foi positiva e significativa ($r = 0,19$), indicando que os fatores estão moderadamente correlacionados, porém mantendo distinção conceitual. A variância do fator de aquiescência foi significativa (0,14), confirmando a presença de uma tendência de resposta uniforme entre os itens, consistente com a expectativa teórica de influência de aquiescência.

O F1 é responsável por 19,02% da variância explicada, o que demonstra que este fator tem uma contribuição relevante para a explicação da variabilidade geral dos dados. O F2, ainda que com um menor número de itens, parece ser o fator mais forte do modelo, pois explica a maior parte da variância explicada (27,55%). Logo, a análise da variância explicada total da escala, que corresponde à soma da contribuição de cada fator, resultou em 46,57%. Esse valor merece ainda mais destaque ao ser considerado o caráter breve da escala, assim como representa um avanço em relação aos 36,05% reportados no estudo de desenvolvimento original da E3PO (Pereira et al., 2023).

O F1 apresenta um perfil psicometricamente promissor. Sua CC é de 0,76, um valor considerado bom pela literatura (acima do limiar de 0,70), indicando que seus itens medem um construto subjacente de forma consistente e com boa precisão, o que sugere que é uma dimensão coesa e importante na estrutura da escala. O F2, por outro lado, exibe um resultado psicometricamente ambíguo. Sua CC é de apenas 0,53, um valor abaixo e que não atende aos critérios mínimos de aceitabilidade. Contudo, esse não é um valor problemático quando

consideramos que a magnitude dos coeficientes de precisão, como a CC, é moderada não apenas pela qualidade das cargas fatoriais, mas também pelo número de itens que constituem o fator (Valentini & Damásio, 2016).

Esta relação é uma consequência matemática da fórmula do coeficiente (Figura 1), na qual a soma das cargas fatoriais padronizadas de um fator é elevada ao quadrado no numerador. Com a adição de mais indicadores, a soma de suas cargas tende a aumentar, e este valor, ao ser elevado ao quadrado, cresce de forma quadrática. Em contrapartida, a soma da variância do erro, presente no denominador, cresce de forma mais lenta, meramente linear. Dessa forma, a razão entre a variância comum estimada e a variância total do construto torna-se mais favorável à medida que a escala se alonga. Consequentemente, assumindo que os itens adicionados possuem cargas fatoriais adequadas, um maior número de indicadores resultará, quase invariavelmente, em um valor de CC mais elevado.

Figura 1

Fórmula do Coeficiente de Confiabilidade Composta

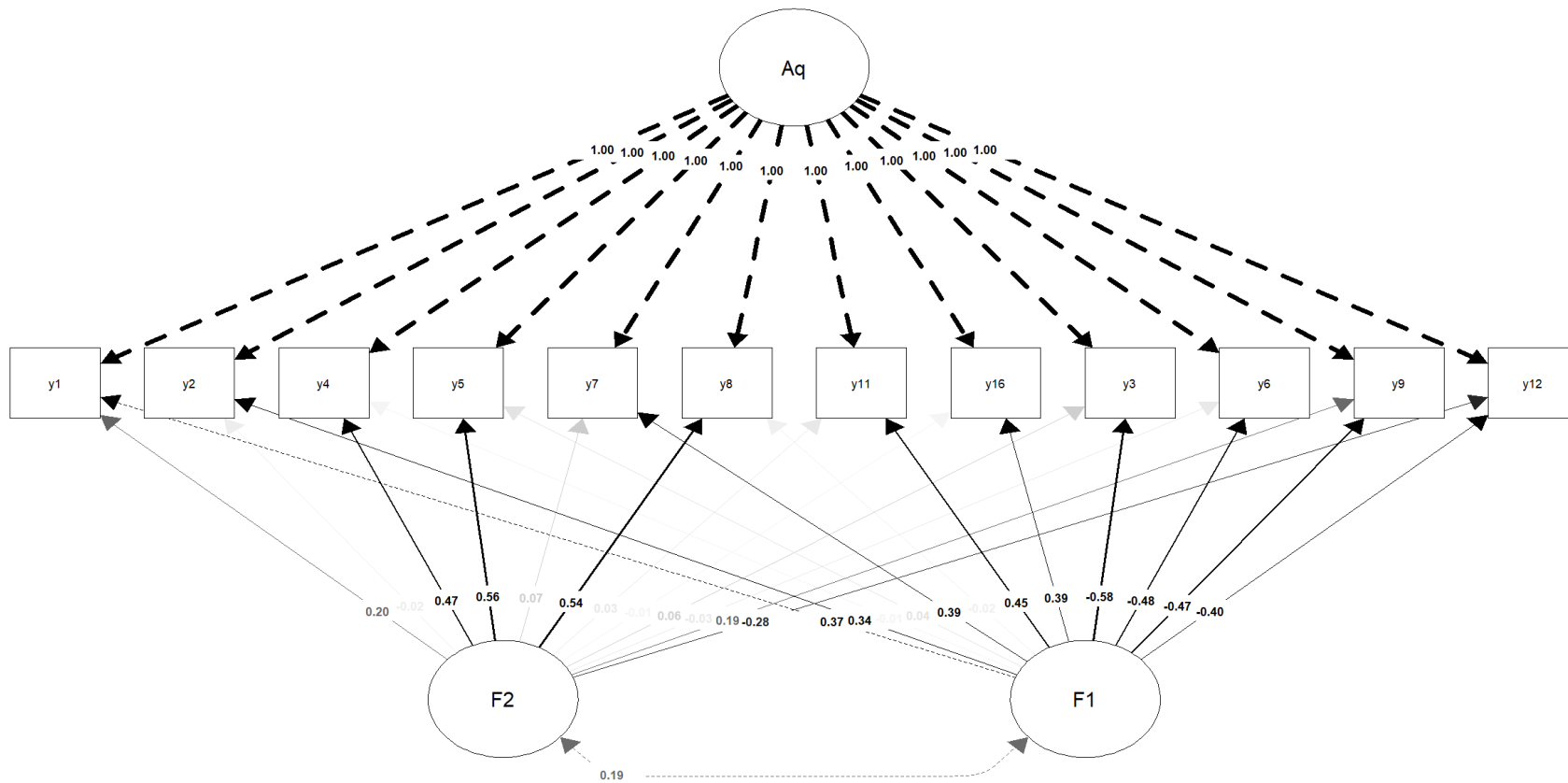
$$CC = \frac{(\sum \lambda)^2}{(\sum \lambda)^2 + \sum \varepsilon}$$

Nota. CC = confiabilidade composta; $(\sum \lambda)^2$ = quadrado das somas das cargas fatoriais; $\sum \varepsilon$ = soma das variâncias de erro dos itens.

Esses resultados apoiam a adequação do modelo de dois fatores especificado, evidenciando boa estrutura interna dos itens, adequada diferenciação entre os fatores e captação eficiente da variância explicada por aquiescência. A Figura 2 apresenta a estrutura fatorial do modelo com 12 itens.

Figura 2

Representação da Estrutura Interna do Modelo de 12 itens



Nota. Aq = Aquiescência; F1 = Fator 1; F2 = Fator 2; y = item.

Estudo 2

Método

Participantes

Os critérios de inclusão e exclusão para participação neste estudo foram os mesmos adotados no Estudo 1. O tamanho amostral foi definido em cálculo realizado no software G*Power (Faul et al., 2020).

Instrumentos

Escala de Estratégias de Enfrentamento para Pacientes Oncológicos (E3PO). Foi utilizada a versão de 12 itens pós-ESEM com o mesmo número de pontos e rótulos de frequência da escala de resposta da versão original (ver Apêndice F). As propriedades psicométricas estão descritas detalhadamente no Estudo 1

Teste de Organização de Histórias Emocionais (TOHE). É uma tarefa de desempenho que faz parte da Bateria On-Line de Inteligência Emocional (BOLIE). Avalia a capacidade cognitiva de compreensão emocional por meio da organização de desenhos para construir histórias, bem como a qualidade das interações sociais representadas. O estudo de desenvolvimento do teste pode ser encontrado em Miguel e Zuanazzi (2020). Possui 11 itens que podem ser pontuados a partir de dois escores diferentes de acordo com a coerência (Organização – TOHE-O) e conteúdo (Sociabilidade – TOHE-S) das histórias. A estrutura fatorial das duas formas de pontuação é de apenas um fator, sendo obtidos índices de ajuste adequados para TOHE-O ($\chi^2 = 481,26$; $p < 0,001$; RMSEA = 0,02) e para TOHE-S ($\chi^2 = 1507,84$; $p < 0,001$; RMSEA = 0,05).

Em estudo prévio, reportado em Miguel (2021), a precisão por estabilidade temporal foi verificada por meio do método teste-reteste, em um intervalo médio de 109,29 dias ($DP = 92,94$), com seguintes valores: $t = -0,73$; $p > 0,88$; $d = 0,12$; $r = 0,74$ (TOHE-O) e $t = -2,41$; p

$< 0,05$; $d = 0,20$; $r = 0,66$ (TOHE-S). Por meio de comparação entre grupos, percebeu-se que houve pouca diferenciação nas respostas de pessoas que utilizavam plataformas e resoluções de tela diferentes. A TOHE possui uma série de outros estudos que demonstram relações leves, moderadas e fortes com variáveis externas (validade de critério concorrente, validade convergente e validade discriminante), compilados em Miguel (2021).

Questionário On-line de Regulação Emocional (QoRE). É uma tarefa de autorrelato que também faz parte da BOLIE. Avalia autoeficácia por meio das consequências da regulação emocional, utilizando uma escala tipo Likert de frequência de cinco pontos (*nunca a sempre*). Foi desenvolvida por Miguel e Wiltenburg (2018) e Wiltenburg e Miguel (2021). É composto por 15 itens que se organizam em uma estrutura de três fatores (Controle da impulsividade e irritabilidade; Controle da sobrecarga emocional; e Resiliência), com índices de ajuste adequados ($\chi^2 = 172,89$; $p < 0,001$; RMSEA = 0,04).

As medidas de precisão foram verificadas por meio da consistência interna e estabilidade temporal. O coeficiente alfa de Cronbach (α) variou entre 0,74 e 0,77 para os três fatores, considerados valores satisfatórios. O teste-reteste, em um intervalo de tempo médio de 69,66 dias ($DP = 66,88$), apresentou o seguinte resultado: $t = 0,67$; $p > 0,05$; $d = 0,04$; $r = 0,74$, demonstrando que não há diferença estatisticamente significativa, assim como o tamanho de efeito da diferença é pequeno, por outro lado, há uma forte correlação entre as duas aplicações. Da mesma forma que a TOHE, por meio de comparação entre grupos, percebeu-se que houve pouca diferenciação nas respostas de pessoas que utilizavam plataformas e resoluções de tela diferentes. A QoRE igualmente possui uma série de estudos que demonstram relações leves, moderadas e fortes com variáveis externas (validade de critério concorrente, validade convergente e validade discriminante), compilados em Miguel (2021).

Quality of Life Questionnaire Core 30-item (QLQ-C30). É um instrumento composto por 30 itens. Avalia saúde e qualidade de vida por meio de cinco escalas de

funcionamento (físico, ocupacional, cognitivo, emocional e social), três escalas de sintomas (fadiga, náusea/vômito e dor) e mais seis itens não agrupados em fatores que avaliam sintomas comuns ao câncer (dispneia, insônia, perda de apetite, constipação, diarreia e dificuldades financeiras). A escala de resposta é tipo Likert, variando de *não* (1) a *muito* (4), com exceção dos itens 29 e 30 que possuem uma escala mais ampla de sete pontos com rótulos nas extremidades (*péssima* e *ótima*), ver Anexo A.

O QLQ-C30 foi desenvolvido pela EORTC e adaptado para o português brasileiro por Paiva et al. (2014) em uma amostra de 984 pacientes oncológicos. Com exceção de Funcionamento Cognitivo ($\alpha = 0,57$), Funcionamento Social ($\alpha = 0,69$) e Sintomas de Náusea/Vômito ($\alpha = 0,68$), todas as subescalas obtiveram um α superior a 0,70. A validade com variáveis externas apontou, em geral, correlações moderadas com a versão breve da World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref), a Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) e a Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

Posteriormente, Campos et al. (2018) avaliaram sete diferentes modelos por meio de AFC em uma amostra de 1.020 pacientes oncológicos brasileiros, todos apresentaram índices adequados, os autores sugerem que a seleção do modelo mais apropriado para uso em pesquisas ou protocolos clínicos deve considerar tanto a finalidade específica quanto os pressupostos teóricos que fundamentam cada abordagem.

Procedimentos de Coleta dos Dados

Este estudo foi aprovado sob mesmo parecer do Estudo 1, assim como foram adotados os mesmos procedimentos éticos e de rapport (ver Apêndice G). As informações sociodemográficas e clínicas coletadas foram as mesmas do Estudo 1, com acréscimo de uma pergunta sobre o curso da doença (ver Apêndice H). Para a seleção dos instrumentos, além das qualidades psicométricas, foi considerado o seu tamanho (quantidade de itens), visto ser esse um fator importante para facilitar o engajamento do respondente no ambiente hospitalar e de

instituições de saúde. A aplicação dos instrumentos foi realizada individual, presencial em sala de espera e de forma computadorizada (auxílio de um tablet) na plataforma <https://psicologi.co/>.

Os participantes responderam conjuntamente aos instrumentos na seguinte ordem: QLQ-C30, E3PO, QoRE e TOHE. Essa ordem foi pensada considerando o nível de ativação emocional e esforço cognitivo crescente entre os instrumentos a fim de mantê-los engajados na tarefa. Enquanto a maioria dos itens da QLQ-C30 são respondidos em formato de perguntas diretas e sobre sintomas objetivos, E3PO e QoRE exigem maior autoconsciência por parte dos participantes de suas habilidades, apresentando situações com conteúdo emocional por meio de afirmações em primeira pessoa. Por fim, a TOHE demanda uma capacidade de raciocínio que aumenta gradativamente o grau de dificuldade para resolução dos problemas apresentados.

Procedimentos de Análise dos Dados

Inicialmente, foi realizado o tratamento dos dados e a verificação da normalidade por meio da assimetria, curtose e teste de Shapiro-Wilk. Foram também realizadas estatísticas descritivas para as variáveis sociodemográficas e clínicas e para os escores dos instrumentos, assim como comparação de grupos por meio do teste t de Student (acompanhado do tamanho do efeito) e correlações não-paramétricas por meio do *rho* de Spearman (ρ). Os valores de *p* foram assumidos como $<0,05$ para serem considerados significativos para o teste de normalidade e de comparação entre grupos.

Para entender como ocorre as possíveis relações entre as variáveis independentes (E3PO, QoRE e TOHE) com a variável dependente (QLQ-C30), realizou-se análise de regressão linear múltipla (método *enter*). No método *enter*, todos os preditores são incluídos simultaneamente no modelo, independentemente de sua significância estatística. O modelo estima os coeficientes levando em conta o efeito conjunto de todas as variáveis. A adequação do modelo foi avaliada em duas frentes: o poder explicativo, por meio do R^2 ajustado (R^2_{adj}) e

da significância do teste F ; e a contribuição individual de cada preditor, por meio dos coeficientes beta (β) e seus respectivos valores de p .

O resultado da regressão linear apontou para a realização de uma análise de mediação para testar um modelo alternativo. A significância do efeito indireto foi avaliada pelo método de bootstrapping com 5.000 reamostragens. A decisão sobre a presença de mediação foi baseada na análise dos intervalos de confiança (IC) de 95% com correção de viés (*bias-corrected*). Este critério foi adotado por sua superioridade em relação a testes que assumem normalidade (e.g., teste de Sobel), e um efeito foi considerado significativo quando o respectivo IC de 95% não continha o valor zero (Pregador & Hayes, 2008).

No desenho do modelo, decidimos empregar o escore total dos instrumentos quando possível (com exceção da TOHE devido as particularidades não somativas de suas dimensões), em detrimento de seus escores fatoriais individuais devido ao princípio de parcimônia, preconizando a construção de um modelo estatístico que seja simples, sem uma perda substancial de seu poder explicativo (Lai & Tse, 2024). Ao reduzir o número de variáveis preditoras, acreditamos que o modelo ganha robustez e interpretabilidade, tornando a análise dos resultados mais direta e focada na hipótese central (Oamen, 2024). Um modelo mais parcimonioso também otimiza o poder estatístico, o que é particularmente relevante em amostras de tamanho limitado, aumentando a capacidade do teste de detectar efeitos verdadeiros e reduzindo o risco de sobreajuste (*overfitting*) aos dados amostrais (Yates et al., 2021).

Adicionalmente, a utilização dos escores fatoriais como múltiplos preditores simultâneos no mesmo modelo introduziria um risco elevado de multicolinearidade. Visto que os fatores de um mesmo instrumento medem facetas de um construto latente comum, eles são, por natureza, inter-relacionados. A presença de alta colinearidade entre as variáveis independentes inflaciona os erros padrão das estimativas dos coeficientes, o que compromete

a precisão do modelo e dificulta a tarefa de isolar a contribuição única de cada fator para a explicação da variável dependente (Dalal, 2023; Feng & Chen, 2022; Kyriazos & Poga, 2023). Portanto, acreditamos que a opção pelo escore total não apenas simplifica o modelo, mas também garante uma estimativa mais estável e confiável do efeito do construto principal.

Os testes de comparação entre grupos foram realizados no Google Gemini (Google DeepMind, 2025), as demais análises foram realizadas no software RStudio (RStudio Team, 2025). Utilizamos os pacotes *psych* (para correlação), *mediation* (para mediação) e *DiagrammeR* (para plotagem do modelo). Os script e output podem ser conferidos nos Apêndices I e J, respectivamente, ou no link <https://github.com/FillipeRSP/dissertacao>.

Resultados

Tratamento Inicial dos Dados

Participaram 73 pacientes do estudo, mas apenas 56 responderam a todos os testes e foram elegíveis para realização das análises (um total de 17 casos omissos). A maioria dos dados faltantes se deve a interrupção da aplicação para realização de procedimentos de saúde e/ou desistência voluntária por referirem o protocolo como difícil ou longo.

A Tabela 4 apresenta valores de assimetria e curtose para os escores totais e fatoriais. Considerando as referências de Marôco (2021) e Kline (2023), que postulam intervalos de -2 e 2 para assimetria e -7 e 7 para curtose, nenhuma das variáveis violam a normalidade. Contudo, de acordo com o teste de Shapiro-Wilk, somente as variáveis E3PO ($W = 0,98, p = 0,615$), TOHE-S ($W = 0,98, p = 0,508$) e QoRE ($W = 0,98, p = 0,749$) não mostraram evidências de violação da normalidade ($p > 0,05$), sugerindo que podem ser tratadas como normalmente distribuídas na amostra analisada. Em contrapartida, as variáveis QLQ-C30 ($W = 0,91, p = 0,001$) e TOHE-O ($W = 0,92, p = 0,001$) apresentaram distribuição significativamente diferente da normalidade ($p < 0,05$).

Tabela 4*Estatísticas Descritivas das Variáveis QLQ-C30, E3PO, QoRE e TOHE*

Escala	Fator/Subescala	<i>M</i>	<i>DP</i>	Mínimo	Máximo	Assimetria	Curtose
QLQ-C30	Status de Saúde Global	10,89	2,51	4	14	-0,75	0,39
	Funcionamento Físico	17,13	3,26	6	20	-1,30	1,46
	Funcionamento Ocupacional	6,41	1,88	2	8	-1,04	-0,10
	Funcionamento Emocional	10,91	3,28	4	16	-0,44	-0,72
	Funcionamento Cognitivo	6,66	1,71	2	8	-1,40	1,25
	Funcionamento Social	6,68	1,69	2	8	-1,13	0,11
	Fadiga	9,16	2,60	3	12	-0,71	-0,47
	Náusea e Vômito	7,21	1,50	2	8	-2,43	5,51
	Dor	5,75	2,05	2	8	-0,60	-0,85
	Dispneia	3,63	0,78	1	4	-2,37	5,31
	Insônia	3,02	1,02	1	4	-0,68	-0,68
	Perda de Apetite	3,59	0,83	1	4	-2,10	3,62
	Constipação	3,46	0,93	1	4	-1,63	1,48
	Diarreia	3,66	0,72	1	4	-2,41	5,69
	Dificuldades Financeiras	2,95	1,29	1	4	-0,70	-1,29
	Total	101,11	18,36	48	125	-1,03	0,58
E3PO	Experiências Intrapessoais	25,71	5,58	13	36	-0,19	-0,60
	Relações Interpessoais	7,52	2,52	3	12	0,01	-0,73
	Total	33,23	6,33	17	45	-0,08	-0,26

Escala	Fator/Subescala	<i>M</i>	<i>DP</i>	Mínimo	Máximo	Assimetria	Curtose
QoRE	Controle da Impulsividade e Irritabilidade	17,29	3,87	8	25	-0,11	-0,46
	Controle da Sobrecarga Emocional	16,86	3,60	9	25	0,13	-0,20
	Resiliência	18,73	3,33	12	25	-0,10	-0,38
	Total	52,88	9,33	34	74	0,09	-0,23
TOHE	Organização	4,14	2,30	1	9	0,49	-0,89
	Sociabilidade	-3,04	3,77	-12	5	-0,29	-0,16

Nota. QLQ-C30 = Quality of Life Questionnaire Core 30-item; E3PO = Escala de Estratégias de Enfrentamento para Pacientes Oncológicos; QoRE = Questionário On-line de Regulação Emocional; TOHE = Teste de Organização de Histórias Emocionais; *M* = média; *DP* = desvio padrão.

Estatísticas Descritivas

No Estudo 2, participaram 56 pacientes oncológicos ($M = 54,25$; $DP = 11,75$), os demais dados sociodemográficos e clínicos podem ser conferidos na Tabela 1. Os escores obtidos pelos participantes para o construto geral e para fatores específicos de cada escala são apresentadas na Tabela 4.

Comparação entre Grupos

Em relação ao QoRE, os participantes deste estudo ($N = 56$) apresentaram pontuações significativamente superiores às da amostra normativa ($N = 16.946$). A análise do escore total ($M = 52,88$; $DP = 9,33$ vs. amostra normativa: $M = 44,80$; $DP = 10,58$) revelou uma diferença estatisticamente robusta, $t(55) = 6,47$, $p < 0,001$, e com um tamanho de efeito grande ($d = 0,87$).

Essa superioridade foi consistentemente observada em todos os escores fatoriais. A amostra do estudo pontuou significativamente acima da amostra normativa em Controle de Impulsividade e Irritabilidade ($t(55) = 3,73, p < 0,001$), com um efeito de magnitude média ($d = 0,50$). A diferença foi ainda mais acentuada em Controle da Sobrecarga Emocional ($t(55) = 7,16, p < 0,001$), resultando em um efeito grande ($d = 0,96$). Em Resiliência, novamente, a amostra do estudo demonstrou escores significativamente mais altos que a amostra normativa ($t(55) = 6,05, p < 0,001$), o que também representa um efeito de grande magnitude ($d = 0,81$).

Para o instrumento TOHE, os resultados foram mistos. No fator Sociabilidade, as pontuações da amostra do estudo ($M = -3,04; DP = 3,77$) não apresentaram diferenças estatisticamente significativas das da amostra normativa ($M = -3,03; DP = 4,18$), como confirmado pelo teste t ($t(55) = -0,02, p = 0,984$), com um tamanho de efeito nulo ($d = -0,003$), confirmando a ausência de uma diferença prática. Em contraste, no fator Organização, a amostra do estudo ($M = 4,14; DP = 2,30$) apresentou escores muito inferiores aos da amostra normativa ($M = 7,92; DP = 1,75$). Essa diferença não foi apenas altamente significativa ($t(55) = -12,28, p < 0,001$), mas também representou um efeito de magnitude muito grande ($d = -1,64$), indicando um déficit de relevância clínica expressiva.

Ressalta-se que a E3PO ainda não possui tabelas de referência que permitam a comparação da presente amostra com uma amostra normativa. Também não foram encontrados dados normativos da QLQ-C30 para a população brasileira.

Relação com Variáveis Externas

Correlação. Diante desses resultados, foi realizada análise de correlação de Spearman entre as variáveis do estudo a fim de verificar associações monotônicas. Observou-se que QLQ-C30 apresentou correlação positiva significativa com E3PO ($\rho = 0,51, p < 0,001$) e com QoRE ($\rho = 0,47, p < 0,001$), indicando que maiores escores nessas variáveis associam-se a maior QV percebida. Esses resultados reforçam a relevância de E3PO e QoRE como indicadores

diretamente relacionados ao desfecho principal.

Além disso, E3PO apresentou correlação positiva expressiva com QoRE ($\rho = 0,53, p < 0,001$), sugerindo relação consistente entre esses construtos. Já as variáveis TOHE-O e TOHE-S não apresentaram correlações significativas com QLQ-C30 ($p > 0,05$); entretanto, TOHE-S correlacionou-se positivamente com TOHE-O ($\rho = 0,42, p = 0,001$), apontando associação entre esses domínios específicos.

Esses achados indicam que E3PO e QoRE destacam-se como variáveis associadas positivamente à QV percebida (QLQ-C30), sugerindo caminhos relevantes para compreensão dos fatores envolvidos nesse desfecho. As informações estão resumidas na Tabela 5.

Tabela 5

Matriz de Correlações entre as Variáveis QLQ-C30, E3PO, QoRE e TOHE

	QLQ-C30	E3PO	QoRE	TOHE-O	TOHE-S
QLQ-C30	—				
E3PO	0,51**	—			
QoRE	0,47**	0,53**	—		
TOHE-O	0,21	0,11	0,05	—	
TOHE-S	0,22	0,16	0,28*	0,42**	—

Nota. QLQ-C30 = Quality of Life Questionnaire Core 30-item; E3PO = Escala de Estratégias de Enfrentamento para Pacientes Oncológicos; QoRE = Questionário On-line de Regulação Emocional; TOHE-O = Teste de Organização de Histórias Emocionais (Organização); TOHE-S = Teste de Organização de Histórias Emocionais (Sociabilidade).

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Regressão. Por conseguinte, foi realizada análise de regressão linear múltipla para examinar a contribuição das variáveis E3PO e QoRE na predição de QLQ-C30. Excluiu-se a TOHE do modelo, visto que essa variável não apresentou boas correlações com as demais variáveis. O modelo apresentou ajuste estatisticamente significativo ($F(2,53) = 11,34$, $p < 0,001$), explicando aproximadamente 30% da variância no desfecho ($R^2 = 0,30$; $R^2_{adj} = 0,27$) e erro padrão (EP) da estimativa de 15,65.

Entre os preditores, E3PO demonstrou associação significativa com QLQ-C30 ($\beta = 0,44$; $t = 3,23$, $p = 0,002$), indicando que maiores escores em E3PO estão associados a valores mais elevados de QLQ-C30. Já QoRE não apresentou efeito estatisticamente significativo ($\beta = 0,16$; $t = 1,17$, $p = 0,25$), sugerindo ausência de relação independente com o desfecho quando ajustado por E3PO. O intercepto do modelo foi estatisticamente significativo ($B = 41,73$, $p = 0,003$), ver Tabela 6.

Tabela 6

Parâmetros da Regressão Linear Múltipla para Predição da Variável Desfecho

	B	EP	t	p-valor
Intercepto	41,73	13,30	3,14	0,003**
E3PO	1,29	0,40	3,23	0,002**
QoRE	0,32	0,27	1,17	0,248

Nota. E3PO = Escala de Estratégias de Enfrentamento para Pacientes Oncológicos; QoRE = Questionário On-line de Regulação Emocional; B = coeficiente angular não-padronizado; EP = Erro padrão; t = teste de T de Student.

** $p < 0,01$

Apesar da regressão não ter identificado efeito direto significativo de QoRE sobre

QLQ-C30, fundamentados em evidências teóricas que apontam para possíveis relações mediadas por processos emocionais (Tugade & Fredrickson, 2007; Bergerman et al., 2021), optou-se por conduzir um segundo modelo a partir da análise de mediação. Ressalta-se que QoRE apresentou correlação positiva expressiva com E3PO ($p = 0,53, p < 0,001$), o que reforça a plausibilidade de que QoRE pode exercer influência sobre a QV percebida de forma indireta, como ocorre em processos psicológicos complexos. Cabe destacar ainda que a condução da mediação também se justifica pela possibilidade de multicolinearidade entre as variáveis preditoras, o que poderia mascarar efeitos relevantes na análise direta, comprometendo a interpretação dos coeficientes no modelo original.

Mediação. A análise dos caminhos individuais revelou que QoRE foi um preditor estatisticamente significativo da variável mediadora E3PO ($\beta = 0,37, p < 0,001$). Por sua vez, a variável mediadora E3PO apresentou um efeito estatisticamente significativo na predição da variável de desfecho QLQ-C30 ($\beta = 1,29, p = 0,002$).

O efeito indireto, demonstrou que a mediação de E3PO na relação entre QoRE e QLQ-C30 foi relevante. O efeito indireto estimado de 0,48 foi estatisticamente significativo ($p = 0,0016$) e o IC de 95% derivado do bootstrapping não incluiu o zero [0,164, 0,914]. Ambos os critérios (p -valor e IC) fornecem evidência para a presença de mediação. Adicionalmente, o efeito direto de QoRE sobre QLQ-C30, após a inclusão do mediador, não foi estatisticamente significativo ($\beta = 0,32, IC\ 95\% [-0,167, 0,770], p = 0,171$), o que sugere um padrão de mediação completa.

O efeito total da regulação emocional sobre a qualidade de vida foi significativo, ($\beta = 0,79, IC\ 95\% [0,453, 1,162], p < 0,001$), e aproximadamente 60% desse efeito foi mediado pelas estratégias de enfrentamento (0,602, $p = 0,0016$). Essas informações podem ser consultadas na Tabela 7.

Tabela 7*Resumo dos Efeitos Direto, Indireto e Total na Mediação*

Caminho	β	IC 95%	p-valor
Direto (c'): QoRE $\rightarrow$ QLQ-C30	0,32	[-0,167, 0,770]	0,171
Indireto (a*b): QoRE $\rightarrow$ E3PO $\rightarrow$ QLQ-C30	0,48	[0,164, 0,914]	0,0016**
Total: QoRE $\rightarrow$ QLQ-C30	0,79	[0,453, 1,162]	< 0,001***

Nota. QoRE = Questionário On-line de Regulação Emocional; QLQ-C30 = Quality of Life

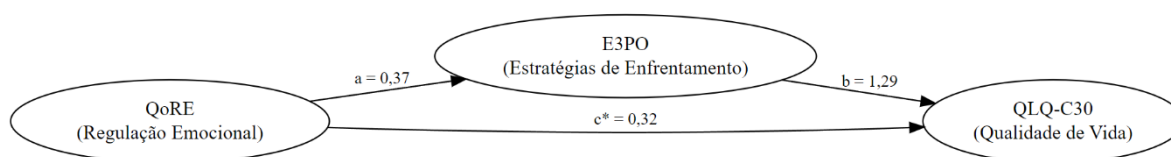
Questionnaire Core 30-item; E3PO = Escala de Estratégias de Enfrentamento para Pacientes

Oncológicos; β = Coeficiente angular padronizado; IC = intervalo de confiança.

** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Finalmente, a análise do poder explicativo do modelo indicou que o modelo de mediação foi capaz de explicar uma porção considerável da variância das variáveis dependentes. O preditor QoRE explicou 29,9% da variância do mediador E3PO, e o modelo completo explicou 30% da variância do desfecho final QLQ-C30. Em conjunto, os resultados sugerem que a relação entre QoRE e QLQ-C30 é efetivamente mediada por E3PO, como se pode ver na Figura 3. Portanto, a mediação foi crucial não para aumentar o poder preditivo (R^2), mas sim reorganizar e reinterpretar as relações entre as variáveis, transformando uma conclusão estatística simplista em um modelo teórico mais sofisticado, preciso e com implicações clínicas claras.

Figura 3*Representação da Mediação de E3PO na Relação entre QoRE e QLQ-C30*



Nota. QoRE = Questionário On-line de Regulação Emocional; E3PO = Escala de Estratégias de Enfrentamento para Pacientes Oncológicos; QLQ-C30 = Quality of Life Questionnaire Core 30-item.

Discussão

A discussão a seguir integra os achados de ambas os estudos para construir um argumento sobre os mecanismos psicológicos associados à QV em pacientes oncológicos, que parte da fundamentação psicométrica de um instrumento (Estudo 1) para a sua aplicação na investigação de relações teóricas (Estudo 2).

Ao contrastar o perfil diagnóstico das amostras dos Estudos 1 e 2 com os dados estimativos oficiais do INCA (2022) para o triênio 2023-2025, observam-se divergências notáveis que são fundamentais para a contextualização dos resultados. As distribuições de neoplasias em ambas as coortes de pesquisa não espelham o panorama epidemiológico nacional, denotando que se tratam de amostras de conveniência com perfis específicos oriundas de centros oncológicos com determinadas especialidades. A utilização dos dados do INCA como referência externa permite, portanto, uma caracterização crítica do viés de seleção inerente aos estudos e delimita a generalização dos achados.

O Estudo 1, embora com uma amostra diversificada, apresenta desvios significativos em relação às proporções nacionais. A prevalência de câncer colorretal e de neoplasias do sistema reprodutor feminino, incluindo o colo do útero, é consideravelmente superior às estimativas do INCA, que posicionam o câncer colorretal com uma incidência de

aproximadamente 9,7% em mulheres e 9,2% em homens, e o de colo do útero com 7% entre as mulheres. Adicionalmente, os cânceres hematológicos e do aparelho digestivo também demonstram uma super-representação. Em contrapartida, o câncer de pulmão está marcadamente sub-representado na amostra, visto que nacionalmente figura entre os cinco mais incidentes para ambos os sexos, com taxas de 7,5% em homens e 6,0% em mulheres.

A especialização da amostra é ainda mais acentuada no Estudo 2. A proporção de câncer de mama é superior à estimativa nacional de 30,1% para a população feminina. Essa tendência é reforçada pela alta incidência de outras neoplasias do sistema reprodutor feminino, que representa o dobro da média nacional para o câncer de colo do útero (7%), por exemplo. Em conjunto, tumores mamários e ginecológicos compõem mais da metade desta coorte (53,6%), o que é esperado para uma amostra predominantemente feminina. Em contrapartida, o câncer do sistema reprodutor masculino está drasticamente sub-representado, considerando que o câncer de próstata é o de maior incidência em homens no Brasil (30%). Conclui-se, portanto, que os perfis amostrais dos estudos refletem as particularidades de suas fontes de recrutamento, e a comparação com as estimativas do INCA é um passo metodológico indispensável para interpretar os achados subsequentes de forma acurada e definir os limites de sua validade externa, demonstrando não se tratar de uma amostra representativa de toda a população oncológica no Brasil, mas um recorte específico que, ainda que enviesado, não invalida os resultados.

O passo seguinte foi a busca de evidências de validade da estrutura interna do instrumento principal. O Estudo 1 demonstrou que a estrutura original de 20 itens era psicometricamente frágil quando submetida a uma análise mais restritiva (ESEM) que ultrapassa a abordagem meramente exploratória, apresentando ajuste marginal e múltiplos itens com baixo desempenho. O processo de refinamento, guiado por evidências empíricas mais

robustas, culminou em uma versão de 12 itens (redução de 40%), com uma estrutura de dois fatores clara, parcimoniosa e com excelentes índices de ajuste.

A incorporação bem-sucedida de um fator de aquiescência para controlar vieses de resposta fortaleceu ainda mais a validade dos resultados, garantindo a qualidade e confiabilidade da medida. Ao especificar a aquiescência como um fator latente distinto no modelo, foi possível capturar e isolar essa fonte de variância sistemática. Consequentemente, a validade das conclusões tiradas no Estudo 2, especialmente do modelo de mediação, é substancialmente fortalecida, pois podemos afirmar com maior segurança que as relações preditivas encontradas não são meramente um reflexo de um estilo de resposta compartilhado.

A principal modificação em relação à estrutura original de 20 itens ocorreu na definição e composição dos fatores. O fator original Engajamento no Tratamento era conceitualmente heterogêneo, combinando estratégias intrapessoais (e.g., hedonismo, ressignificação) com interpessoais (e.g., busca por suporte). A estrutura refinada desmembrou este fator, criando duas dimensões mais específicas e teoricamente coesas, denominadas Experiências Intrapessoais (F1) e Relações Interpessoais (F2). O fator original Reações Emocionais, que continha itens sobre a vivência de sentimentos negativos, foi conceitualmente integrado ao novo fator Experiências Intrapessoais como seu polo negativo.

A análise do conteúdo dos itens que compõem cada fator é essencial para a compreensão teórica do construto. O fator Experiências Intrapessoais agrupa um repertório diversificado de estratégias de autorregulação. Ele engloba desde comportamentos de ativação (“Faço tarefas para me manter ativo”) e foco no positivo (“Identifico atividades que me fazem sentir bem”; “Aproveito os momentos bons da vida”) até a gestão cognitiva, contrastando pensamentos ruminativos/catastróficos (“Fico pensando na doença o dia inteiro”; “Imagino o pior antes mesmo das coisas acontecerem”) com uma postura proativa de aprendizado (“Aprendo como o meu corpo funciona para cuidar melhor dele”) e autocontrole (“Mantenho a calma para deixar

meus familiares e amigos tranquilos”). Inclui também a expressão emocional (“Choro quando passo por um momento difícil no tratamento”) e o isolamento como forma de evitar pressão social (“Fico sozinho para fugir da cobrança que outras pessoas me fazem”). Este fator, portanto, captura o complexo universo de como o indivíduo lida internamente com a doença, gerenciando seus pensamentos, emoções e comportamentos. Em contrapartida, o fator Relações Interpessoais é mais focado e coeso, agrupando itens que refletem inequivocamente a busca ativa por suporte social (“Peço ajuda para as pessoas quando preciso”; “Mantenho por perto pessoas que podem me ajudar”; “Procuro ficar acompanhado, com outras pessoas por perto”). A natureza desses itens sugere que o fator não mede apenas a percepção da existência de suporte, mas a ação deliberada de mobilizar recursos externos na rede social do paciente.

Na estrutura original, a correlação entre os fatores foi próxima de zero ($r = 0,11$), sugerindo construtos ortogonais ou independentes. Na estrutura refinada, a correlação positiva e fraca indica que as dimensões, embora distintas, são relacionadas. A emergência desses dois fatores distintos e correlacionados espelha a dualidade do processo de enfrentamento do câncer, que exige tanto a gestão do mundo interno (recursos intrapessoais) quanto a navegação e utilização do mundo externo (recursos interpessoais) (Paul & Nedelcu, 2022; Rajaei, 2022). Este referencial, embora útil por sua parcimônia, pode ser aprofundado e ratificado por meio da comparação com outras classificações duais relatadas na literatura. Tal análise permite situar esta distinção fundamental dentro dos modelos teóricos existentes, que classificam as respostas de enfrentamento com base em suas funções (problema/emoção), processos (cognitivo/comportamental) e métodos (aproximativo/evitativo).

A proposta funcional de Lazarus & Folkman (1984), a mais influente e consagrada na área, oferece um ponto de partida para esta comparação. O enfrentamento focado na emoção (que é voltado para regulação da ativação emocional e controle das reações fisiológicas advindas de um estímulo estressor) se aproxima da dimensão intrapessoal do modelo

encontrado neste estudo. Por outro lado, o enfrentamento focado no problema (que é dirigido para encontrar soluções e dirimir os mantenedores do estímulo estressor) demonstra a complexidade do construto. Esta categoria abrange tanto esforços intrapessoais (como uma reestruturação cognitiva), quanto ações interpessoais (como a negociação de um conflito ou a busca de auxílio de terceiros). Fica evidente, portanto, que algumas categorias funcionais transcendem a simples dicotomia interpessoal-intrapessoal, integrando ambas as dimensões. O modelo de processos (Knowles & Bull, 2004; Boo & Wicherts, 2009) oferece um alinhamento mais direto com o referencial proposto. O enfrentamento cognitivo, no qual o indivíduo lida com problemas através de processos como minimização, distração e reestruturação da situação operacionaliza de forma clara a dimensão intrapessoal. Em contrapartida, o enfrentamento comportamental, definido por ações práticas para alterar a situação por meio da solução de problemas, exemplifica a dimensão interpessoal.

Em contrapartida, a classificação baseada no método aproximativo vs. evitativo (Roth & Cohen, 1986; Moos et al., 1990; Herman-Stabl et al., 1995; Finset et al., 2002; Litman, 2016; Guastello et al., 2022), é a que mais se diferencia em termos comparativos. O método aproximativo, que envolve a confrontação do problema e das emoções, pode ocorrer tanto no plano intrapessoal (como um esforço cognitivo para analisar um medo), quanto no interpessoal, traduzindo-se em ações como buscar informações ou dialogar abertamente com a equipe de saúde. De forma análoga, o método evitativo, caracterizado pela esquiva dos problemas e emoções negativas, pode ser uma estratégia intrapessoal (como o uso da distração para não pensar na doença) ou uma ação interpessoal (como evitar conversas sobre o tema com familiares). Em síntese, a literatura revela que as estratégias de enfrentamento são fenômenos complexos, cujas diferentes classificações funcionais, processuais e metódicas demonstram-se não excludentes e ainda uma interdependência mais ou menos constante entre o mundo interno do indivíduo e suas ações no ambiente externo. Como dito anteriormente, a eficácia do

enfrentamento reside, frequentemente, na capacidade de integrar e flexibilizar o uso de estratégias de ambas as dimensões para administrar as demandas de um evento estressor.

O Estudo 2 avançou para a mensuração dos construtos avaliados e a testagem de hipóteses sobre as relações entre esses mesmos construtos. Um achado interessante deste estudo reside nos escores do QoRE. Observou-se que os pacientes oncológicos apresentaram pontuações médias superiores às da amostra normativa em todas as dimensões avaliadas, incluindo o escore total. Esses resultados contrapõem a expectativa de que o adoecimento por câncer estaria invariavelmente associado a um maior prejuízo na regulação emocional. Tal fato demanda uma interpretação que não se resuma a perspectiva psicopatológica ou deficitária.

A explicação teórica mais plausível para os escores elevados no QoRE é o fenômeno do crescimento pós-traumático (CPT) (Rudnicki, 2020). A literatura em psico-oncologia postula que o CPT ocorre após a confrontação com uma experiência de alta adversidade, como o diagnóstico de câncer, podendo atuar como um catalisador para mudanças psicológicas positivas. Nesse sentido, a doença “força” o indivíduo a mobilizar e desenvolver recursos internos para lidar com o trauma (Lafuenti et al., 2023; Bayraktar & Ozkan, 2023; Rahimzadegan et al., 2022; Sirpaul, 2024; Zhang et al., 2024; Knauer et al., 2022; Galea et al., 2023). A pontuação superior em Resiliência pode indicar que a luta contra a doença fortaleceu a capacidade adaptativa dos participantes. Similarmente, os escores mais altos em Controle da Sobrecarga Emocional e Controle de Impulsividade e Irritabilidade sugerem que os pacientes desenvolveram estratégias eficazes para modular e reagir ao intenso sofrimento psíquico inerente ao processo, a fim de se manterem funcionais e engajados no tratamento. O enfrentamento da doença pode, portanto, ter “treinado” e aprimorado as competências de regulação emocional da amostra a um nível superior ao da população geral.

Os resultados obtidos com o instrumento TOHE revelam características psicológicas específicas e clinicamente relevantes para a amostra de pacientes oncológicos. A análise aponta

para uma notável dissociação entre a manutenção da função social e um acentuado prejuízo na capacidade de compreensão sobre o funcionamento das emoções. Este padrão sugere que o impacto do câncer e de seu tratamento não é uniforme, afetando domínios cognitivos e comportamentais de maneira distinta.

No fator Sociabilidade, não há diferença estatisticamente significativa entre os pacientes oncológicos e a amostra normativa. Esse resultado indica que a motivação para a interação social, um traço fundamental da personalidade, parece ser resiliente aos efeitos do adoecimento oncológico. Uma hipótese para essa estabilidade é que a rede de apoio social se torna um recurso de enfrentamento ainda mais saliente durante o tratamento. A necessidade de suporte emocional, informacional e prático pode preservar ou até mesmo intensificar a busca por contato social, fazendo com que os pacientes mantenham um desejo de conexão interpessoal similar ao da população geral, mesmo que a capacidade física para tal seja impactada (Ruiz-Rodríguez et al., 2022; Lehto et al., 2025; Serpentine et al., 2022; Greinacher et al., 2024; Zhu et al., 2024). Esse achado pode explicar a emergência de um fator exclusivo para avaliar essa dimensão na E3PO. A amostra do estudo também apresentou altos escores para esse fator, assim como para Funcionamento Social na QLQ-C30.

Em contraste, o déficit observado no fator Organização representa o impacto mais severo da doença neste domínio. A literatura em psico-oncologia oferece explicações robustas para este fenômeno. A principal delas é a disfunção cognitiva relacionada ao câncer (DCRC), popularmente conhecida como *chemo brain*. O DCRC é um efeito adverso bem documentado dos tratamentos antineoplásicos (principalmente quimioterapia), que afeta diretamente as funções executivas, incluindo planejamento, memória de trabalho e, crucialmente, a organização (M. H. Brito et al., 2024; Helvacı Çelik et al., 2025; Kim et al., 2023). Adicionalmente, o próprio processo de adoecimento impõe uma imensa sobrecarga cognitiva e emocional, exigindo que o paciente gerencie uma rotina complexa de consultas, medicações

e efeitos colaterais, tudo isso enquanto lida com o estresse existencial da doença. Essa sobrecarga esgota os recursos executivos, resultando em uma queda funcional da capacidade de organização (Luo et al., 2023; Whisenant et al., 2022; Brock et al., 2022).

É importante, contudo, reconhecer as limitações metodológicas que podem influenciar essa interpretação. A possibilidade de um viés de seleção não pode ser descartada, de modo que os indivíduos que consentiram em participar da pesquisa poderiam ser justamente aqueles com um melhor ajustamento psicológico prévio ou atual. A ausência de dados normativos brasileiros para os outros instrumentos aplicados (E3PO e QLQ-C30) também restringe uma análise mais ampla da QV e do bem-estar geral da amostra. Não obstante, os resultados descritivos do QoRE e TOHE permanecem como um achado relevante, sugerindo que, para além do sofrimento, a experiência oncológica pode abrigar um potencial significativo para o fortalecimento e o crescimento psicológico.

A análise de correlação inicial revelou que tanto estratégias de enfrentamento quanto regulação emocional estavam positiva e significativamente associados à QV, com valores de p de magnitude moderada a forte. Este achado inicial posicionou ambos como construtos relevantes no contexto da psico-oncologia. Notavelmente, a forte correlação entre estratégias de enfrentamento e regulação emocional já sugeria uma sobreposição (multicolinearidade) ou uma relação de influência mútua, abrindo caminho para uma análise mais complexa posterior.

A principal similaridade entre os construtos reside na gestão de estados afetivos, onde o enfrentamento focado na emoção, como entendido por Lazarus & Folkman (1984), pode ser considerado uma subcategoria da regulação emocional, ativada especificamente em resposta a um estressor. A distinção crucial é que o enfrentamento focado no problema, ao visar a mudança da situação externa, extrapola o escopo da regulação emocional, que se concentra na modulação da experiência afetiva interna. Muitos pesquisadores contemporâneos, com destaque para o expoente James Gross (eg. 1998, 1999, 2015), propõem uma relação hierárquica, na qual a

regulação emocional é o construto mais amplo, e o enfrentamento é um tipo específico de regulação, mobilizado intencionalmente em contextos de estresse.

A ausência de correlação entre as medidas de desempenho TOHE (Organização e Sociabilidade) e a medida de autorrelato de QV pode ser explicada pela diferença metodológica fundamental entre os instrumentos (Schulz et al., 2021; Qiu et al., 2023). A TOHE avalia a capacidade máxima de desempenho em tarefas, enquanto o QLQ-C30 mensura a percepção subjetiva do bem-estar. Em populações clínicas, a habilidade objetiva para realizar tarefas pode não se converter em uma melhora na experiência subjetiva, em parte devido ao custo cognitivo e enérgico que o desempenho pode demandar.

Este padrão é reforçado pelo fato de que as medidas de mesmo tipo se associam entre si (como os diferentes instrumentos de autorrelato ou os diferentes componentes da medida de desempenho) com a dissociação ocorrendo precisamente na interface entre os dois métodos de avaliação. Portanto, o achado não indica que as habilidades de organização e sociabilidade são irrelevantes, mas sim que a capacidade objetiva e a vivência subjetiva são domínios distintos. Isso reforça a importância de uma abordagem multimétodo na AP, para diferenciar o que um indivíduo é capaz de fazer (desempenho) de como ele se sente (autorrelato). Tópico que extrapola os objetivos desta pesquisa.

A análise de mediação elucidou a natureza da complexa dinâmica entre as variáveis. Os resultados corroboraram um modelo no qual a relação entre regulação emocional e QV é significativamente mediada por estratégias de enfrentamento. O efeito indireto foi robusto e significativo, indicando que regulação emocional exerce sua influência positiva sobre a QV através do seu impacto em estratégias de enfrentamento. Em termos teóricos, isso sugere um mecanismo psicológico claro: regulação emocional pode funcionar como um recurso mais distal que, por sua vez, ativa um recurso mais proximal e diretamente ligado à experiência de bem-estar, as estratégias de enfrentamento. A ausência de um efeito direto significativo de

regulação emocional no modelo final de mediação sugere que seu papel é quase inteiramente canalizado por meio das estratégias de enfrentamento (Tugade & Fredrickson, 2007; Bergerman et al., 2021; Martin & Martin, 2002).

Indivíduos com escores mais altos em QoRE possuiriam, presumivelmente, maior flexibilidade e habilidade para modular suas respostas emocionais de forma adaptativa. A E3PO, por sua vez, mediria a aplicação concreta dessas habilidades na forma de estratégias de enfrentamento específicas diante do estresse do câncer. Portanto, a regulação emocional facilita a implementação de processos de enfrentamento adaptativos, estabelecendo as bases conceituais para modelos que investigam como recursos se traduzem em ações e, conseqüentemente, em bem-estar (Rao et al., 2024; Cremades et al., 2022; Khan & Jameel, 2024; Madden & Reynolds, 2021).

As implicações teóricas e clínicas desses achados são relevantes. Em vez de visar intervenções que atuem de forma independente em múltiplos focos, este modelo sugere uma abordagem mais direcionada. Intervenções que visam fortalecer regulação emocional são valiosas, mas seu sucesso em aumentar a QV dependerá da sua capacidade de se “traduzir” em um aumento nas estratégias de enfrentamento. Por outro lado, intervenções focadas diretamente nas estratégias de enfrentamento podem produzir efeitos mais rápidos e diretos sobre o bem-estar do paciente. Este modelo processual oferece um mapa mais refinado para o desenvolvimento de terapias e programas de suporte em psico-oncologia.

Por fim, faz-se importante reconhecer a natureza profundamente multifacetada do câncer e, por conseguinte, da própria qualidade de vida relacionada à saúde. O modelo psicológico testado, embora robusto em sua lógica interna, explica 30% da variância na QV percebida, o que, pragmaticamente, significa que 70% da variabilidade neste desfecho é influenciada por uma miríade de outros fatores não contemplados no escopo desta investigação (Jalili & Shayan, 2022; Arshad et al., 2024; Lippi et al., 2024).

A jornada de um paciente oncológico é determinada por uma complexa teia que inclui variáveis clínicas cruciais (como o estadiamento da doença, o tipo de tratamento e a intensidade de efeitos colaterais como dor e fadiga crônica), fatores sociodemográficos e econômicos, como a qualidade da rede de apoio social e a estabilidade financeira, e outras características psicológicas, como traços de personalidade e histórico de saúde mental (Tralde et al., 2021; Dronavalli et al., 2024; Rodriguez Castells et al., 2023; Lyall et al., 2022; Dixit et al., 2021). Dessa forma, o valor do modelo de mediação aqui validado não reside na pretensão de ser uma explicação exaustiva, mas sim em sua capacidade de isolar e iluminar um mecanismo psicológico específico e potencialmente modificável, configurando-se como um alvo terapêutico específico e acessível dentro deste panorama complexo.

Considerações Finais

O presente trabalho, dividido em dois estudos complementares, buscou investigar os mecanismos psicológicos que influenciam a qualidade de vida de pacientes oncológicos, partindo de uma rigorosa validação psicométrica para uma subsequente análise de relações teóricas. A pesquisa ofereceu contribuições metodológicas relevantes, culminando em um modelo processual que elucida a interação entre IE e as estratégias de enfrentamento.

O Estudo 1 cumpriu seu objetivo ao apresentar evidências de validade para uma versão refinada e parcimoniosa de 12 itens da E3PO, demonstrando excelentes qualidades psicométricas e controlando o viés de aquiescência. O Estudo 2, por sua vez, utilizou essa medida validada para testar as hipóteses centrais da pesquisa. Os resultados confirmaram a primeira hipótese, de que estratégias de enfrentamento adaptativas se associam positivamente à qualidade de vida. A segunda hipótese foi parcialmente aceita, pois apenas um componente da IE, regulação emocional, demonstrou ter uma relação significativa com a qualidade de vida. Consequentemente, a terceira hipótese, que propunha um efeito preditivo conjunto e direto, foi refutada, abrindo caminho para o modelo de mediação.

A principal contribuição teórica desta pesquisa reside no desvelamento do mecanismo pelo qual a regulação emocional impacta a qualidade de vida. Ao invés de um efeito direto, os achados suportam um modelo de mediação completa, no qual a capacidade de regular as emoções (um recurso mais distal) facilita a implementação de estratégias de enfrentamento eficazes (um recurso mais proximal), e são estas estratégias que, por sua vez, influenciam diretamente o bem-estar percebido. Esta descoberta refina a compreensão teórica, sugerindo que intervenções psicológicas podem ser mais eficazes se focarem na “tradução” de habilidades emocionais em comportamentos de enfrentamento concretos.

Apesar da robustez dos achados, é fundamental reconhecer as limitações metodológicas do estudo. A principal delas é o tamanho da amostra do Estudo 2 ($N = 56$). É importante ressaltar que, embora este quantitativo tenha sido estipulado por meio de cálculo amostral prévio como adequado para detectar os efeitos de interesse, ele ainda pode ser considerado reduzido para análises de mediação, o que impacta a estabilidade dos coeficientes e a generalização dos resultados. Adicionalmente, o delineamento transversal de ambos os estudos impede o estabelecimento de inferências de causalidade definitivas. A relação de mediação aqui proposta, embora teoricamente plausível e estatisticamente suportada, necessita de corroboração por meio de desenhos que avaliem as variáveis ao longo do tempo.

Diante do exposto, uma agenda de pesquisa deve priorizar: (a) a replicação do modelo de mediação em uma amostra independente, maior e mais heterogênea, a fim de confirmar a estabilidade e a generalização dos coeficientes encontrados; (b) a implementação de um desenho de pesquisa longitudinal para testar a direcionalidade causal postulada, avaliando se mudanças na regulação emocional em um Tempo 1 predizem mudanças nas estratégias de enfrentamento em um Tempo 2, que, por sua vez, predizem mudanças na qualidade de vida em um Tempo 3; e (c) o desenvolvimento e teste de intervenções clínicas baseadas no mecanismo identificado, comparando, por exemplo, a eficácia de uma intervenção focada exclusivamente

em estratégias de enfrentamento vs. uma abordagem integrada que fortaleça primeiro as competências de regulação emocional.

Em suma, os presentes estudos não apenas oferecem à comunidade científica e clínica uma ferramenta de medida aprimorada, mas também aprofundam a compreensão sobre como recursos psicológicos se convertem em melhor qualidade de vida para pacientes enfrentando o câncer, tornando o caminho para futuras pesquisas e intervenções mais claro e bem fundamentado.

Referências

- Amirifard, N., Payandeh, M., Aefinfar, M., Sadeghi, M., Sadeghi, E., & Ghafarpor, S. (2017). A survey on the relationship between emotional intelligence and level of depression and anxiety among women with breast cancer. *International journal of hematology-oncology and stem cell research*, 11(1), 54-57. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28286616/>
- Arshad, S., Hussain, S. F. J., Jayaram, S., Veeraraghavan, V. P., & Karobari, M. I. (2024). Perspective on enhancing quality of life in oral cancer patients: Integrative approaches and comprehensive care. *Oral Oncology Reports*, 11, 100633. <https://doi.org/10.1016/j.oor.2024.100633>
- Barbosa, L. N. F., Albuquerque, E. N., Maia, R. T. T., & Melo, M. C. B. (2020). Avaliação psicológica no contexto hospitalar: Possibilidades de intervenção. In T. Rudnicki, M. M. Sanchez, (Eds.). *Psicologia da saúde: A prática de terapia cognitivo-comportamental em hospital geral* (2nd ed., pp. 99-121). Sinopsys.
- Baudry, A. S., Anot, A., Mariette, C., Bonnetain, F., Renaud, F., Piessen, G., Christophe, V., & FREGAT Working Group. (2019). The role of trait emotional intelligence in quality of life, anxiety and depression symptoms after surgery for esophageal or gastric cancer: A French national database FREGAT. *Psycho-Oncology*, 28(4), 799–806. <https://doi.org/10.1002/pon.5023>
- Bayraktar, S., & Ozkan, M. (2023). Unchanging dynamics in posttraumatic growth in cancer patients: ways of coping and illness perception. *Frontiers in Psychology*, 14, 1223131. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1223131>
- Beck, J. S. (2021). *Terapia cognitivo-comportamental: Teoria e prática* (3th ed.). Artmed.
- Bardini, F. B. (2023). Coping: A philosophical exploration. *Argumenta*, 8(2), 285–298. <https://doi.org/10.14275/2465-2334/202316.ber>

- Bergeman, C. S., Blaxton, J., & Joiner, R. (2021). Dynamic systems, contextual influences, and multiple timescales: Emotion regulation as a resilience resource. *The Gerontologist*, 61(3), 304-311. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa046>
- Boo, G. M., & Wicherts, J. M. (2009). Assessment of cognitive and behavioral coping strategies in children. *Cognitive Therapy and Research*, 33(1), 1–20. <https://doi.org/10.1007/s10608-007-9135-0>
- Borgi, M., Collacchi, B., Ortona, E., & Cirulli, F. (2020). Stress and coping in women with breast cancer: Unravelling the mechanisms to improve resilience. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 119, 406-421. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.10.011>
- Boyer, L., Baumstarck, K., Alessandrini, M., Hamidou, Z., Testart, J., Serres, M., Arquillière, P., Auquier, P., Leroy, T., & Zendjidjian, X. (2017). Emotional intelligence and coping strategies as determinants of quality of life in depressed patient–caregiver dyads: An actor–partner interdependence analysis. *Comprehensive psychiatry*, 74, 70-79. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.01.003>
- Breda, K., & Souza, M. C. A. (2020). Abordagem multiprofissional do paciente oncológico. *Revista Pró-univerSUS*, 11(2), 33-37. <https://doi.org/10.21727/rpu.v11i2.2375>
- Brito, M. H., Brucki, S. M., & Nitrini, R. (2024). Neuropsychological manifestations associated with cancer chemotherapy. In C. Alves, K. Almondes, & G. Alves (Eds.), *Advances in neuroscience, neuropsychiatry, and neurology* (pp. 231–247). IGI Global Scientific Publishing. <https://doi.org/10.4018/979-8-3693-0851-6.ch012>
- Brito, A., Teruya, K. I., & Remor, E. (2019). Avaliação psicológica para a modificação de hábitos e estilos de vida não saudáveis. In C. S. Hutz, D. R. Bandeira, C. M. Trentini, & E. Remor. (Eds.), *Avaliação psicológica nos contextos de saúde e hospitalar* (pp. 150-169). Artmed.
- Brock, H., Friedrich, M., Sender, A., Richter, D., Geue, K., Mehnert-Theuerkauf, A., &

- Leuteritz, K. (2022). Work ability and cognitive impairments in young adult cancer patients: Associated factors and changes over time—results from the AYA-Leipzig study. *Journal of Cancer Survivorship*, 16, 771–780. <https://doi.org/10.1007/s11764-021-01071-1>
- Bueno, J. M. H., & Zuanazzi, A. C. (2019). Inteligência emocional. In M. N. Baptista, M. Muniz, C. T. Reppold, C. H. S. S. Nunes, L. F. Carvalho, R. Primi, A. P. P. Noronha, A. G. Seabra, S. M. Wechsler, C. S. Hutz, L. Pasquali (Eds.). *Compêndio de avaliação psicológica* (pp. 448-458). Vozes.
- Campos, J. A. D. B., Spexoto, M. C. B., Silva, W. R. D., Serrano, S. V., & Marôco, J. (2018). European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30: Modelos fatoriais em pacientes brasileiros com câncer. *Einstein*, 16(1), eAO4132. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082018AO4132>
- Carvalho, V. A., Franco, M. H. P., Kovács, M. J., Liberato, R. P., Macieira, R. C., Veit, M. T., Gomes, M. J. B., & Barros, L. H. C. (Eds.). (2008). *Temas em psico-oncologia*. Summus.
- Cheng, C. T., Ho, S. M. Y., Liu, W. K., Hou, Y. C., Lim, L. C., Gao, S. Y., Chang, W. Y., & Wang, G. L. (2018). Cancer-coping profile predicts long-term psychological functions and quality of life in cancer survivors. *Support Care Cancer*, 27, 933-941. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4382-z>
- Cho, Y. U., Lee, B. G., & Kim, S. H. (2020). Coping style at diagnosis and its association with subsequent health-related quality of life in women with breast cancer: a 3-year follow-up study. *European Journal of Oncology Nursing*, 45, 101726. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101726>
- Choi, H. M., Mohammad, A. A., & Kim, W. G. (2019). Understanding hotel frontline employees' emotional intelligence, emotional labor, job stress, coping strategies and

burnout. *International Journal of Hospitality Management*, 82, 199-208.

<https://doi.org/10.1016/j.ijhm.2019.05.002>

Conselho Federal de Psicologia. (2022). Resolução CFP nº 31/2022. *Estabelece diretrizes para a realização de Avaliação Psicológica no exercício profissional da psicóloga e do psicólogo, regulamenta o Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos - SATEPSI e revoga a Resolução CFP nº 09/2018*. Recuperado de <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-31-de-15-de-dezembro-de-2022-451168039>

Cremades, C., Garay, C., Etchevers, M., Muiños, R., Peker, G., & Gómez Penedo, J. (2022). Contemporaneous emotion regulation theoretical models: A systematic review. *Interacciones*, 8, e237. <https://doi.org/10.24016/2022.v8.237>

Dalal, D. K. (2023, 23 de agosto). *(Multi)collinearity in behavioral sciences research*. Oxford Research Encyclopedia of Business and Management. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190224851.013.410>

Dion Larivière, C., Crough, Q., & Eastwood, J. (2024). Using rapport to gather information in virtual interviews. *Applied Police Briefings*, 1(2), 64–66. <https://doi.org/10.22215/apb.v1i2.5021>

Dixit, N., Rugo, H., & Burke, N. J. (2021). Navigating a path to equity in cancer care: The role of patient navigation. *American Society of Clinical Oncology Educational Book*, 41, 3-10. https://doi.org/10.1200/EDBK_100026

Dronavalli, S., Parajuli, D. P., & Kethar, J. (2024). Impacts of cancer diagnoses and treatments on the psychological health of patients. *Journal of Student Research*, 13(2). <https://doi.org/10.47611/jsrhs.v13i2.6658>

Durosini, I., Triberti, S., Savioni, L., Sebri, V., & Pravettoni, G. (2022). The role of emotion-related abilities in the quality of life of breast cancer survivors: a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19),

12704. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912704>

European Organisation for Research and Treatment of Cancer. (s.d.). *Quality of life*.

<https://qol.eortc.org/quality-of-life/>

Fasano, J., Shao, T., Huang, H. h., Lessler, A. J., Kolodka, O. P., & Shapiro, C. L. (2020).

Optimism and coping: Do they influence health outcomes in women with breast cancer? A systemic review and meta-analysis. *Breast Cancer Research and Treatment*, 183(3), 495-501. <https://doi.org/10.1007/s10549-020-05800-5>

Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2020), *G*Power* (Versão 3.1.9.7)

[Programa de Computador], 2020. Recuperado de

<https://www.psychologie.hhu.de/arbeitsgruppen/allgemeine-psychologie-und-arbeitspsychologie/gpower.html>

Fawzy, F. I., Fawzy, N. W., Hyun, C. S., Elashoff, R., Guthrie, D. Fahey, J. L., & Morton, D.

L. (1993). Malignant melanoma: Effects of an early structured psychiatric intervention, coping, and affective state on recurrence and survival 6 years later. *Archives of general psychiatry*, 50(9), 681-689.

<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820210015002>

Feng, C., & Chen, X. (2022). A two-stage latent factor regression method to model the common and unique effects of multiple highly correlated exposure variables. *Journal of Applied Statistics*, 51(1), 168–192. <https://doi.org/10.1080/02664763.2022.2138838>

Ferreira, I. S., Araujo, A. S., Cajé, R. O., & Lopes, A. P. (2021). Aplicações da terapia cognitivo-comportamental em pacientes oncológicos: Uma revisão integrativa.

Research, Society and Development, 10(5), e33410514941.

<https://doi.org/10.33448/rsd-v10i5.14941>

Finset, A., Steine, S., Haugli, L., Steen, E., & Laerum, E. (2002). The Brief

Approach/Avoidance Coping Questionnaire: Development and

- validation. *Psychology, Health & Medicine*, 7(1), 75–85.
<https://doi.org/10.1080/13548500120101577>
- Galea, M., Scerri, J., Grech, P., Sammut, A., & Attard, C. (2023). Post-traumatic growth after cancer: A thematic analysis study. *Humanities and Social Science Research*, 6(1), p11.
<https://doi.org/10.30560/hssr.v6n1p11>
- Gomes, C. M. A., & Gjikuria, J. (2017). Comparing the ESEM and CFA approaches to analyze the Big Five factors. *Avaliação Psicológica*, 16(3), 261-267.
<https://doi.org/10.15689/ap.2017.1603.12118>
- Gonzaga, A. R., & Rodrigues, M. C. (2018). *Inteligência emocional nas organizações*. Unilasalle.
- Google DeepMind. (2025). *Gemini* (Versão 2.5 Pro) [Modelo de Linguagem de Grande Escala]. Google LLC. <https://deepmind.google/technologies/gemini/>
- Greinacher, A., Kuehl, R., Mai, E. K., Goldschmidt, H., Wiskemann, J., Fleischer, A., Rasche, L., Dapunt, U., & Maatouk, I. (2024). The impact of divergent forms of social support on health-related quality of life in patients with multiple myeloma and its precursor states. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, 150, 55.
<https://doi.org/10.1007/s00432-023-05570-9>
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Gross, J. J. (1999). Emotion regulation: Past, present, future. *Cognition and Emotion*, 13(5), 551–573. <https://doi.org/10.1080/026999399379186>
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1–26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>
- Guastello, A. D., Guastello, S. J., McCarty, R. J., Downing, S. T., MirHosseini, T., & McNamara, J. P. (2022). Approach and Avoidance Coping Dynamics during the

COVID-19 Pandemic. *Nonlinear Dynamics, Psychology & Life Sciences*, 26(4).

Recuperado de

https://openurl.ebsco.com/EPDB%3Aagd%3A3%3A28767411/detailv2?sid=ebsco%3Aplink%3Ascholar&id=ebsco%3Aagd%3A159525680&crl=c&link_origin=scholar.google.com

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, L. R. (2009). *Análise multivariada de dados* (6th ed.). Bookman.

Helvacı Çelik, F. G., Puşuroğlu, M., Köse, S., & Hocaoglu, Ç. (2025). Diagnostic and treatment approaches to chemo brain. *Current Approaches in Psychiatry*, 17(2), 301–322. <https://doi.org/10.18863/pgy.1503639>

Herman-Stahl, M. A., Stemmler, M., & Petersen, A. C. (1995). Approach and avoidant coping: Implications for adolescent mental health. *Journal of Youth and Adolescence*, 24(6), 649–665. <https://doi.org/10.1007/BF01536949>

Instituto Nacional de Câncer [INCA]. (2020). *ABC do câncer: Abordagens básicas para o controle do câncer* (6th ed). INCA. Recuperado de <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/abc-do-cancer-abordagens-basicas-para-o-controle-do-cancer>

Instituto Nacional de Câncer [INCA]. (2022). *Estimativa 2023: Incidência de câncer no Brasil*. INCA. Recuperado de <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2023-incidencia-de-cancer-no-brasil>

Jalili, S., & Ghasemi Shayan, R. (2022). A comprehensive evaluation of health-related life quality assessment through head and neck, prostate, breast, lung, and skin cancer in adults. *Frontiers in Public Health*, 10, 789456. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.789456>

Jung, Y. H., Ha, T. M., Oh, C. Y., Lee, U. S., Jang, J. H., Kim, J., Park, J. O., & Kang, D. H.

- (2016). The effects of an online mind-body training program on stress, coping strategies, emotional intelligence, resilience and psychological state. *PLoS ONE*, 11(8), e0159841. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159841>
- Justice, A. (1985). Review of the effects of stress on cancer in laboratory animals: Importance of time of stress application and type of tumor. *Psychological Bulletin*, 98(1), 108-138. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.1.108>
- Kadden, R. M., & Cooney, N. I. (2009). Tratando problemas ao uso relativo de álcool. In G. A. Marlatt, & D. M. Donovan (Orgs.), *Prevenção da recaída: Estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos* (2nd ed., pp. 69-88). Artmed.
- Khan, M., & Jameel, H. T. (2024). Impact of emotional regulation on academic achievement of students at secondary school level. *International Journal of Innovation in Teaching and Learning*, 10(2), 98-115.
- Kim, H. J., Kim, J. E. E., Jung, S. O., Lee, D., & Abraham, I. (2023). Neuropsychological effects of chemotherapy: Systematic review of longitudinal studies on objective cognitive impairment in breast cancer patients. *Cancer Nursing*, 46(3), E159–E168. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000001079>
- Kline, R. B. (2023). *Principles and practice of structural equation modeling* (5th ed.). Guilford.
- Knowles, S., & Bull, D. F. (2004). Exploring the mediating roles of cognitive and behavioural coping strategies on the relationship between age and well-being. *The Canadian Journal of Police & Security Services*, 2(4). <https://doi.org/10.25916/sut.26287261.v1>
- Kohlsdorf, M., Coutinho, S. M. G., & Arrais, A. R. (2019). Avaliação psicológica de cuidadores pediátricos: Caracterização, desafios e proposta de roteiro avaliativo. In C.

- S. Hutz, D. R. Bandeira, C. M. Trentini, & E. Remor. (Eds.), *Avaliação psicológica nos contextos de saúde e hospitalar* (pp. 39-54). Artmed.
- Kumar, S., & Negi, S. (2023). Rapport building in community settings. *Indian Journal of Community Health*, 35(4), 397–402. <https://doi.org/10.47203/IJCH.2023.v35i04.003>
- Kyriazos, T., & Poga, M. (2023). Dealing with multicollinearity in factor analysis: The problem, detections, and solutions. *Open Journal of Statistics*, 13(3), 404–424. <https://doi.org/10.4236/ojs.2023.133020>
- Knauer, K., Bach, A., Schäffeler, N., Stengel, A., & Graf, J. (2022). Personality traits and coping strategies relevant to posttraumatic growth in patients with cancer and survivors: A systematic literature review. *Current Oncology*, 29(12), 9593-9612. <https://doi.org/10.3390/curroncol29120754>
- Lafuenti, L., Dinapoli, L., Mastrilli, L., Savoia, V., Linardos, M., Masetti, R., Tortora, G., Valentini, V., Scambia, G., & Chieffo, D. P. R. (2023). Post-traumatic growth in oncological patients during the COVID-19 pandemic. *Health Psychology Report*, 12(2), 142–153. <https://doi.org/10.5114/hpr/169165>
- Lai, M. H. C., & Tse, W. W. -Y. (2024). Are factor scores measurement invariant? *Psychological Methods*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/met0000658>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer Publishing Company.
- Lehto, U.-S., Ojanen, M., Lääperi, S., Kohonen, M., Härkänen, T., Honkalampi, K., & Turpeenniemi-Hujanen, T. (2025). Cancer patients' social relationships during 3 years after diagnosis—Generic and cancer-specific social networks. *International Journal of Behavioral Medicine*, 32, 325–340. <https://doi.org/10.1007/s12529-024-10292-4>
- Li, C. H. (2016). Confirmatory factor analysis with ordinal data: Comparing robust maximum

- likelihood and diagonally weighted least squares. *Behavioral Research Methods*, 48(3), 936-949. <https://doi.org/10.3758/s13428-015-0619-7>
- Lippi, L., de Sire, A., Folli, A., Turco, A., Moalli, S., Marcasciano, M., Ammendolia, A., & Invernizzi, M. (2024). Obesity and cancer rehabilitation for functional recovery and quality of life in breast cancer survivors: a comprehensive review. *Cancers*, 16(3), 521. <https://doi.org/10.3390/cancers16030521>
- Litman, J. A. (2006). The COPE inventory: Dimensionality and relationships with approach- and avoidance-motives and positive and negative traits. *Personality and Individual Differences*, 41(2), 273-284. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.11.032>
- Luo, J., Liu, R., Luo, Y., Fang, Q., Liu, S., Yang, Z., Miao, J., & Zhang, L. (2023). The high burden of symptoms associated with cognitive impairment in lung cancer patients: A latent class analysis. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 10(4), 100200. <https://doi.org/10.1016/j.apjon.2023.100200>
- Lyall, M., Crawford, R., Bell, T., Mamolo, C., Neuhofer, A., Levy, C., & Heyes, A. (2022). Characterizing the patient journey in multiple myeloma: Qualitative review. *JMIR Cancer*, 8(3), e39068. <https://doi.org/10.2196/39068>
- Madden, L. O. B., & Reynolds, R. (2021). The process of emotional regulation. In S. G. Taukeni (Ed.), *The science of emotional intelligence*. IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/intechopen.96195>
- Mansur, A. J. (2015). Diagnóstico. *Diagn. tratamento*, 15(2), 74-76. Recuperado de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-550880>
- Marôco, J. (2021). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações* (3th ed.). ReportNumber, Lda.
- Marsh, H. W., Guo, J., Dicke, T., Parker, P. D., & Craven, R. G. (2020). Confirmatory factor analysis (CFA), exploratory structural equation modeling (ESEM), and set-ESEM:

- Optimal balance between goodness of fit and parsimony. *Multivariate behavioral research*, 55(1), 102-119. <https://doi.org/10.1080/00273171.2019.1602503>
- Marsh, H. W., Morin, A. J., Parker, P. D., & Kaur, G. (2014). Exploratory structural equation modeling: An integration of the best features of exploratory and confirmatory factor analysis. *Annual review of clinical psychology*, 10(1), 85-110.
<https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153700>
- Martin, P., & Martin, M. (2002). Proximal and distal influences on development: The model of developmental adaptation. *Developmental Review*, 22(1), 78-96.
<https://doi.org/10.1006/drev.2001.0538>
- Martins, G. H., Peixoto, E. M., & Ambiel, A. M. (2021). Contribuições da Esem para a verificação da estrutura fatorial de fenômenos psicológicos. In Faiad, C., Baptista, M. N., & Primi, R. (Eds.), *Tutoriais em análise de dados aplicados à Psicometria* (pp. 360-379). Vozes.
- Mayer, J. D., Caruso, D. R., & Salovey, P. (2016). The ability model of emotional intelligence: Principles and updates. *Emotion review*, 8(4), 290-300.
<https://doi.org/10.1177/1754073916639667>
- Megías, J. L., Romero, Y., Ojeda, B., Peña-Jurado, I., & Gutiérrez-Pastor, P. (2019). Belief in a just world and emotional intelligence in subjective well-being of cancer patients. *The Spanish Journal of Psychology*, 22, e28. <https://doi.org/10.1017/sjp.2019.28>
- Miguel, F. K. (2021). *Bateria On-Line de Inteligência Emocional: Livro de instruções (manual)*. Vetor.
- Miguel, F. K., & Wiltenburg, T. D. (2018, 30-31 de outubro). *Estudo da estrutura fatorial do Questionário Online de Regulação Emocional*. Congresso do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UEL, Londrina, PR, Brasil. Recuperado de <http://anais.uel.br/portal/index.php/ppgpsi/article/view/274>

- Miguel, F. K., & Zuanazzi, A. C. (2020). Estudos de Validade e Precisão do Teste de Organização de Histórias Emocionais. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 4(57), 27-40.
<https://doi.org/10.21865/RIDEP57.4.02>
- Moos, R. H., Brennan, P. L., Fondacaro, M. R., & Moos, B. S. (1990). Approach and avoidance coping responses among older problem and nonproblem drinkers. *Psychology and Aging*, 5(1), 31–40. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.5.1.31>
- Morales-Rodríguez, F. M., & Pérez-Mármol, J. M. (2019). The role of anxiety, coping strategies, and emotional intelligence on general perceived self-efficacy in university students. *Frontiers in psychology*, 10, 1689. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01689>
- Mravec, B., Tibensky, M., & Horvathova, L. (2020). Stress and cancer. Part I: Mechanisms mediating the effect of stressors on cancer. *Journal of neuroimmunology*, 346(15), 577311. <https://doi.org/10.1016/j.jneuroim.2020.577311>
- Oamen, T. E. (2024). Competing confirmatory factor analysis models in management research: Bifactor modeling of the employee work assessment tool. *Management Dynamics in the Knowledge Economy*, 12(2), 101–115. Recuperado de <https://www.managementdynamics.ro/index.php/journal/article/view/600>
- Ottati, F., & Campos, M. P. S. (2014). Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento de pacientes em tratamento oncológico. *Acta Colombiana de Psicología*, 17(2), 103-111. <https://doi.org/10.14718/ACP.2014.17.2.11>
- Paiva, C. E., Carneseca, E. C., Barroso, E. M., de Camargos, M. G., Alfano, A. C. C., Rugno, F. C., & Paiva, B. S. R. (2014). Further evaluation of the EORTC QLQ-C30 psychometric properties in a large Brazilian cancer patient cohort as a function of their educational status. *Supportive Care in Cancer*, 22(8), 2151-2160.

<https://doi.org/10.1007/s00520-014-2206-3>

Pasquali, L. (2010). Testes referentes a construto: Teoria e modelo de construção. In L.

Pasquali. (Ed.). *Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas* (pp. 165-198).

Artmed.

Paul, D., & Nedelcu, A. M. (2022). The underexplored links between cancer and the internal

body climate: Implications for cancer prevention and treatment. *Frontiers in*

Oncology, 12, 1040034. <https://doi.org/10.3389/fonc.2022.1040034>

Pereira, F. M., & Talask, G. (2019). Câncer. In M. R. Carvalho, L. E. N. Malagris, B. P.

Rangê, (Eds.). *Psicoeducação em terapia cognitivo-comportamental* (pp. 210-223).

Sinopsys.

Pereira, F. R. S., Sá, L. G. C., Silva, M. N., & Santos, A. P. S. (2023). Escala de Estratégias

de Enfrentamento para Pacientes Oncológicos: Desenvolvimento de uma medida.

Psico-USF, 28(4). <https://doi.org/10.1590/1413-82712023280410>

Petrides, K. V., & Furnham, A. (2001). Trait emotional intelligence: Psychometric

investigation with reference to established trait taxonomies. *European journal of*

personality, 15(6), 425-448. <https://doi.org/10.1002/per.416>

Piedmont, R. L. (2023). Acquiescence response set. In F. Maggino (Ed.), *Encyclopedia of*

quality of life and well-being research (2nd., pp. 11). Springer.

https://doi.org/10.1007/978-3-031-17299-1_12

Pompe, G., Duivenvoorden, H. J., Antoni, M. H., Visser, A., & Heijnen, C. H. (1997).

Effectiveness of a short-term group psychotherapy program on endocrine and immune

function in breast cancer patients: An exploratory study. *Journal of Psychosomatic*

Research, 42(5), 453-466. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(96\)00393-5](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(96)00393-5)

Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing

and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research*

- Methods*, 40(3), 879–891. <https://doi.org/10.3758/BRM.40.3.879>
- Qiu, W., Li, W., Liu, X., Zhang, Z., Li, X., & Huang, X. (2023). Subjective and objective measures of streetscape perceptions: Relationships with property value in Shanghai. *Cities*, 132, 104037. <https://doi.org/10.1016/j.cities.2022.104037>
- Rajaei, A. (2022). Couples coping with cancer: Implications of adaptive process and relationship outcomes in recent findings for marriage and family therapists and medical family therapists. *The Family Journal*, 30(3), 384–389. <https://doi.org/10.1177/10664807211052487>
- Rahimzadegan, S., Basharpour, S., Mikaeili, N., & Narimani, M. (2022). Relationship between post-traumatic growth and illness perception and emotion regulation in patients with cancer. *International Clinical Neuroscience Journal*, 9, e16. <https://doi.org/10.34172/icnj.2022.16>
- Rao, G. P., Koneru, A., Nebhineni, N., & Mishra, K. K. (2024). Developing resilience and harnessing emotional intelligence. *Indian Journal of Psychiatry*, 66(Suppl 2), S255–S261. https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_601_23
- Rey, L., Extremera, N., & Trillo, L. (2013). Exploring the relationship between emotional intelligence and health-related quality of life in patients with cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 31(1), 51–64. <https://doi.org/10.1080/07347332.2012.703770>
- Ribeiro, R. A., & Baptista, A. S. D. (2019). Avaliação psicológica hospitalar. In M. N. Baptista, M. Muniz, C. T. Reppold, C. H. S. S. Nunes, L. F. Carvalho, R. Primi, A. P. P. Noronha, A. G. Seabra, S. M. Wechsler, C. S. Hutz, L. Pasquali (Eds.). *Compêndio de avaliação psicológica* (pp. 185–199). Vozes.
- Rodriguez Castells, M., Baraibar, I., Ros, J., Saoudi, N., Salvà, F., García, A., Alcaraz, A., Tabernero, J., & Élez, E. (2023). The impact of clinical and translational research on the quality of life during the metastatic colorectal cancer patient journey. *Frontiers in*

- Oncology*, 13, 1272561. <https://doi.org/10.3389/fonc.2023.1272561>
- Roth, S., & Cohen, L. J. (1986). Approach, avoidance, and coping with stress. *American Psychologist*, 41(7), 813–819. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.7.813>
- RStudio Team. (2025), *RStudio integrated development environment (IDE)* (Versão 2025.05.1+513) [Programa de Computador]. Posit Software, PBC.
<https://posit.co/products/open-source/rstudio>
- Rudnicki, T. (2020). Crescimento Pós-Traumático em mulheres sobreviventes de câncer de mama. In T. Rudnicki, M. M. Sanchez, (Eds.). *Psicologia da saúde: A prática de terapia cognitivo-comportamental em hospital geral* (2nd ed., pp. 151-169). Sinopsys.
- Ruiz-Rodríguez, I., Hombrados-Mendieta, I., Melguizo-Garín, A., & Martos-Méndez, M. J. (2022). The importance of social support, optimism and resilience on the quality of life of cancer patients. *Frontiers in Psychology*, 13, 833176.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.833176>
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, cognition and personality*, 9(3), 185-211. <https://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG>
- Schulz, P. J., Pessina, A., Hartung, U., & Petrocchi, S. (2021). Effects of objective and subjective health literacy on patients' accurate judgment of health information and decision-making ability: Survey study. *Journal of Medical Internet Research*, 23(1), e20457. <https://doi.org/10.2196/20457>
- Serpentini, S., Silvestri, G., Catarinella, A., Cristaldi, G., Borgese, C., Deledda, G., Sommacal, S., Iannopollo, L., Calvo, V., Ronconi, L., & Merluzzi, T. V. (2022). Assessment of socio-relational self-efficacy in breast cancer patients: Italian validation of the Social Relationship Coping Efficacy Scale (SRCE-I). *BMC Psychology*, 10, 248. <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00966-7>
- Sirpaul, S. (2024). Factors contributing to and aspects of post-traumatic growth associated

- with breast cancer. *International Journal of Advanced Research*, 12(2), 498–501.
<https://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/18322>
- Spiegel, D., & Kato, P. M. (1996). Psychosocial influences on cancer incidence and progression. *Harvard review of psychiatry*, 4(1), 10-26.
<https://doi.org/10.3109/10673229609030518>
- Tralde, F. K. A., Pereira, B. R., Macedo, R. A., Vilar, E. A., Souza, K. M. A., Lopes, G. S., & Dias, L. C. S. (2021). Estresse o vilão da eficácia do tratamento oncológico. *Brazilian Journal of Development*, 7(5), 53902-5392. Recuperado de
<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/30591>
- Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2007). Regulation of positive emotions: Emotion regulation strategies that promote resilience. *Journal of Happiness Studies*, 8(3), 311-333. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9015-4>
- Valentini, F., & Damásio, B. F. (2016). Variância média extraída e confiabilidade composta: Indicadores de precisão. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(2), e322225.
<https://doi.org/10.1590/0102-3772e322225>
- Whisenant, M. S., Williams, L. A., Mendoza, T., Cleeland, C., Chen, T.-H., Fisch, M. J., & Shi, Q. (2022). Identification of breast cancer survivors with high symptom burden. *Cancer Nursing*, 45(4), 253–261. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000001019>
- Wiltburg, T. D., & Miguel, F. K. (2021). Estudo de validade do Questionário Online de Regulação Emocional. *Psico*, 52(1), e34728. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2021.1.34728>
- Yates, L. A., Richards, S. A., & Brook, B. W. (2021). Parsimonious model selection using information theory: A modified selection rule. *Ecology*, 102(10), e03475.
<https://doi.org/10.1002/ecy.3475>
- Zhang, K. M., Mukherjee, S. D., Pond, G., Roque, M. I., Meyer, R. M., Sussman, J., Ellis, P.

M., & Bryant-Lukosius, D. (2024). Biopsychosocial associates of psychological distress and post-traumatic growth among canadian cancer patients during the covid-19 pandemic. *Current Oncology*, 31(9), 5354-5366.

<https://doi.org/10.3390/curroncol31090395>

Zhou, K., Ning, F., Wang, X., Wang, W., Han, D., & Li, X. (2022). Perceived social support and coping style as mediators between resilience and health-related quality of life in women newly diagnosed with breast cancer: A cross-sectional study. *BMC Women's Health*, 22(1), 198. <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01783-1>

Zhu, H., Yang, L., Yin, H., Yuan, X., Gu, J., & Yang, Y. (2024). The influencing factors of psychosocial adaptation of cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Health Services Insights*, 17. <https://doi.org/10.1177/11786329241278814>

Apêndice A – E3PO (versão 20 itens)

<i>Com que frequência você se comporta de acordo com as afirmações a seguir?</i>	<i>Nunca</i>	<i>Poucas Vezes</i>	<i>Às vezes</i>	<i>Muitas Vezes</i>	<i>Sempre</i>
1. Aproveito os momentos bons da vida	0	1	2	3	4
2. Aprendo como o meu corpo funciona para cuidar melhor dele	0	1	2	3	4
3. Fico pensando na doença o dia inteiro	0	1	2	3	4
4. Peço ajuda para as pessoas quando preciso	0	1	2	3	4
5. Mantenho por perto pessoas que podem me ajudar	0	1	2	3	4
6. Imagino o pior antes mesmo das coisas acontecerem	0	1	2	3	4
7. Faço tarefas para me manter ativo	0	1	2	3	4
8. Procuro ficar acompanhado, com outras pessoas por perto	0	1	2	3	4
9. Choro quando passo por um momento difícil no tratamento	0	1	2	3	4
10. Faço de conta que não estou doente	0	1	2	3	4
11. Identifico atividades que me fazem sentir bem	0	1	2	3	4
12. Fico sozinho para fugir da cobrança que outras pessoas me fazem	0	1	2	3	4
13. Mudei meu estilo de vida para lidar melhor com a rotina do tratamento	0	1	2	3	4
14. Busco informações sobre o meu tratamento com os profissionais de saúde	0	1	2	3	4
15. Escondo meus sentimentos para não deixar meus familiares tristes	0	1	2	3	4
16. Mantenho a calma para deixar meus familiares e amigos tranquilos	0	1	2	3	4
17. Me inspiro em outras pessoas que superaram a doença	0	1	2	3	4
18. Levo para o lado pessoal os erros cometidos pelos profissionais de saúde	0	1	2	3	4
19. Penso que os momentos mais difíceis do tratamento já passaram	0	1	2	3	4
20. Busco aprender lições com o adoecimento	0	1	2	3	4

Apêndice B - TCLE (Estudo 1)

O(a) Senhor(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “Qualidade de vida do paciente oncológico: Qualidade de Vida do Paciente Oncológico: Contribuições das Estratégias de Enfrentamento e da Inteligência Emocional”. O objetivo deste estudo é compreender se a forma como o paciente lida com a doença por meio de comportamentos, pensamentos e sentimentos tem algum impacto na sua qualidade de vida.

O(a) senhor(a) foi selecionado(a) por estar na faixa etária (acima de 18 anos) dos participantes do estudo e fazer tratamento neste estabelecimento de saúde. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento o(a) senhor(a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com a instituição que faz tratamento.

A coleta de dados será composta por um questionário computadorizado, que será respondido através de um tablet. Inicialmente, serão coletadas informações para sua identificação, além de alguns dados clínicos e físicos. Em seguida, será realizada uma avaliação das formas como o(a) senhor(a) se comporta diante das dificuldades que ocorrem ou ocorreram durante o adoecimento e tratamento. O tempo utilizado para coletados dados será de aproximadamente dez a quinze minutos.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos, resguardando o sigilo.

O preenchimento deste questionário não oferece risco imediato ao(à) senhor(a), porém considera-se a possibilidade de um risco subjetivo, pois algumas perguntas podem remeter à algum desconforto, evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis ou levar à um leve cansaço após responder os questionários. Caso algumas dessas possibilidades ocorram, o(a) senhor(a) deverá comunicar o pesquisador e poderá optar pela suspensão imediata da entrevista. Caso qualquer imprevisto ocorra que ameace a sua integridade física e psicológica ou lhe gere algum constrangimento, o(a) senhor(a) será assistido imediatamente e pelo tempo necessário pelo pesquisador para reverter ao seu estado de saúde antes da entrevista e/ou será encaminhado para atendimento profissional especializado.

Você terá direito a indenização por qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa. O(a) senhor(a) não terá nenhum custo ou compensação financeira ao participar do

estudo. Entretanto, todas as despesas com o transporte e a alimentação decorrentes da sua participação na pesquisa, quando for o caso, serão ressarcidas no dia da coleta.

Também o(a) senhor(a) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, este trabalho poderá contribuir de forma indireta na ampliação do conhecimento sobre a doença e no desenvolvimento de intervenções que possam ajudar o paciente a lidar de uma forma mais saudável com as dificuldades que fazem parte de estar doente e fazer o tratamento oncológico.

Se tiver interesse, o(a) senhor(a) poderá solicitar uma cópia digital deste documento, onde consta o contato dos pesquisadores responsáveis com quem você poderá tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação agora ou a qualquer momento*.

Este projeto de pesquisa foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que é um órgão que protege o bem-estar dos participantes de pesquisas. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes de pesquisas.

Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo, você pode entrar em contato com o CEP da UFSCar que está vinculado à Pró-Reitoria de Pesquisa da universidade, localizado no prédio da reitoria (área sul do campus São Carlos). Endereço: Rodovia Washington Luís km 235 - CEP: 13.565-905 - São Carlos-SP. Telefone: (16) 3351-9685. E-mail: cephumanos@ufscar.br. Horário de atendimento: 08h30 às 11h30.

☐ **Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar de forma voluntária.**

* Dados para contato com os pesquisadores (24 horas por dia e sete dias por semana): Pesquisador Principal: Fillipe Rodrigues Santos Pereira, E-mail: frspereira@estudante.ufscar.br, Pesquisador Orientador: Fabiano Koich Miguel, E-mail: fabianokoichmiguel@ufscar.br

Apêndice C - Questionário Sociodemográfico e Clínico (Estudo 1)

Código participante: [_____]

Sexo: () Feminino () Masculino

Nascimento: Dia: [____] / **Mês:** [____] / Ano: [____]

Estado: [_____]

- () Sem educação formal

- () Ensino fundamental (incompleto)

- () Ensino fundamental (completo)

- () Ensino médio (incompleto)

Escolaridade: - () Ensino médio (completo)

- () Superior (incompleto)

- () Superior (completo)

- () Pós-graduação (incompleto)

- () Pós-graduação (completo)

Diagnóstico: [_____]

Apêndice D - Script (Estudo 1)

#Modelo 20 itens

```

modelo_esem <- '
efa("efa")*F1 +
efa("efa")*F2 =~
y1 + y2 + y4 + y5 + y7 + y8 + y10 + y11 + y13 + y14 + y16 + y17 + y19 + y20 + y3 + y6 +
y9 + y12 + y15 + y18
Aq =~
1*y1 + 1*y2 + 1*y4 + 1*y5 + 1*y7 + 1*y8 + 1*y10 + 1*y11 + 1*y13 + 1*y14 + 1*y16 +
1*y17 + 1*y19 + 1*y20 + 1*y3 + 1*y6 + 1*y9 + 1*y12 + 1*y15 + 1*y18
Aq =~ 0*F1 + 0*F2'

esem <- sem(modelo_esem,
             data=dados,
             ordered = names(estudo1))

summary(esem,
        fit.measures=T)

```

#Modelo 13 itens

```

modelo_esem2 <- '
efa("efa")*F1 +
efa("efa")*F2 =~
y1 + y2 + y4 + y5 + y7 + y8 + y11 + y16 + y17 + y3 + y6 + y9 + y12
Aq =~
1*y1 + 1*y2 + 1*y4 + 1*y5 + 1*y7 + 1*y8 + 1*y11 + 1*y16 + 1*y17 + 1*y3 + 1*y6 + 1*y9
+ 1*y12
Aq =~ 0*F1 + 0*F2'

esem2 <- sem(modelo_esem2,
             data=dados,
             ordered = names(estudo1))

summary(esem2,
        fit.measures=T)

```

#Modelo 12 itens

```

modelo_esem3 <- '
efa("efa")*F1 +
efa("efa")*F2 =~
y1 + y2 + y4 + y5 + y7 + y8 + y11 + y16 + y3 + y6 + y9 + y12
Aq =~
1*y1 + 1*y2 + 1*y4 + 1*y5 + 1*y7 + 1*y8 + 1*y11 + 1*y16 + 1*y3 + 1*y6 + 1*y9 + 1*y12
Aq =~ 0*F1 + 0*F2'

esem3 <- sem(modelo_esem3,

```

```
data=dados,
ordered = names(estudo1))
```

```
summary(esem3,
fit.measures=T)
```

#Plotagem do modelo

```
semPlot::semPaths(object = esim3,
  what = "est", layout = "tree3", bifactor = "Aq", style = "lisrel",
  intercepts = FALSE, thresholds = FALSE, residuals = FALSE,
  edge.label.cex = 1,
  label.cex = 1.2,
  edge.label.position = 0.2,
  edge.label.font = 2,
  edge.color = "black",
  mar = c(5, 1, 4, 1), cut = 0.33,
  sizeMan = 6, sizeLat = 10,
  nCharNodes = 0, curvePivot = TRUE, optimizeLatRes = TRUE)
```

Apêndice E - Output (Estudo 1)

Modelo 20 itens

lavaan 0.6.17 ended normally after 40 iterations

Estimator	DWLS
Optimization method	NLMINB
Number of model parameters	120
Rotation method	GEOMIN OBLIQUE
Geomin epsilon	0.001
Rotation algorithm (rstarts)	GPA (30)
Standardized metric	TRUE
Row weights	None
Number of observations	791

Model Test User Model:

	Standard	Scaled
Test Statistic	417.882	481.505
Degrees of freedom	150	150
P-value (Chi-square)	0.000	0.000
Scaling correction factor		0.935
Shift parameter		34.432
simple second-order correction		

Model Test Baseline Model:

Test statistic	6024.308	3869.788
Degrees of freedom	190	190
P-value	0.000	0.000
Scaling correction factor		1.586

User Model versus Baseline Model:

Comparative Fit Index (CFI)	0.954	0.910
Tucker-Lewis Index (TLI)	0.942	0.886
Robust Comparative Fit Index (CFI)		0.842
Robust Tucker-Lewis Index (TLI)		0.800

Root Mean Square Error of Approximation:

RMSEA	0.048	0.053
90 Percent confidence interval - lower	0.042	0.048
90 Percent confidence interval - upper	0.053	0.058
P-value H ₀ : RMSEA ≤ 0.050	0.766	0.179
P-value H ₀ : RMSEA ≥ 0.080	0.000	0.000

Robust RMSEA	0.069
90 Percent confidence interval - lower	0.062
90 Percent confidence interval - upper	0.076
P-value H ₀ : Robust RMSEA ≤ 0.050	0.000
P-value H ₀ : Robust RMSEA ≥ 0.080	0.003

Standardized Root Mean Square Residual:

SRMR	0.054	0.054
------	-------	-------

Parameter Estimates:

Parameterization	Delta
Standard errors	Robust.sem
Information	Expected
Information saturated (h1) model	Unstructured

Latent Variables:

	Estimate	Std.Err	z-value	P(> z)
F1 =~ efa				
y1	0.183	0.058	3.141	0.002
y2	0.009	0.046	0.195	0.845
y4	0.510	0.041	12.405	0.000
y5	0.483	0.047	10.273	0.000
y7	0.064	0.055	1.179	0.238
y8	0.478	0.040	11.958	0.000
y10	-0.153	0.057	-2.669	0.008
y11	0.056	0.059	0.935	0.350
y13	0.215	0.049	4.400	0.000
y14	0.288	0.048	6.022	0.000
y16	-0.016	0.035	-0.455	0.649
y17	0.309	0.052	5.893	0.000
y19	-0.093	0.053	-1.746	0.081
y20	0.269	0.050	5.362	0.000
y3	0.064	0.068	0.940	0.347
y6	-0.068	0.068	-1.000	0.318
y9	0.250	0.068	3.671	0.000
y12	-0.305	0.074	-4.101	0.000
y15	-0.154	0.062	-2.488	0.013
y18	-0.210	0.058	-3.590	0.000
F2 =~ efa				
y1	0.323	0.046	7.023	0.000
y2	0.309	0.044	7.036	0.000
y4	-0.037	0.044	-0.851	0.395
y5	0.035	0.044	0.785	0.433
y7	0.370	0.041	8.995	0.000
y8	-0.021	0.032	-0.659	0.510
y10	0.291	0.046	6.352	0.000
y11	0.413	0.042	9.709	0.000
y13	-0.010	0.042	-0.235	0.814

y14	0.042	0.048	0.892	0.372
y16	0.423	0.039	10.807	0.000
y17	0.196	0.051	3.813	0.000
y19	0.256	0.044	5.765	0.000
y20	0.226	0.050	4.524	0.000
y3	-0.591	0.033	-18.145	0.000
y6	-0.480	0.041	-11.783	0.000
y9	-0.507	0.037	-13.630	0.000
y12	-0.416	0.054	-7.662	0.000
y15	-0.267	0.047	-5.728	0.000
y18	-0.151	0.053	-2.840	0.005
Aq =~				
y1	1.000			
y2	1.000			
y4	1.000			
y5	1.000			
y7	1.000			
y8	1.000			
y10	1.000			
y11	1.000			
y13	1.000			
y14	1.000			
y16	1.000			
y17	1.000			
y19	1.000			
y20	1.000			
y3	1.000			
y6	1.000			
y9	1.000			
y12	1.000			
y15	1.000			
y18	1.000			

Covariances:

	Estimate	Std.Err	z-value	P(> z)
F1 =~				
Aq	0.000			
F2 =~				
Aq	0.000			
F1 =~				
F2	0.219	0.063	3.492	0.000

Thresholds:

	Estimate	Std.Err	z-value	P(> z)
y1 t1	-2.200	0.117	-18.735	0.000
y1 t2	-1.366	0.064	-21.495	0.000
y1 t3	-0.794	0.050	-15.847	0.000
y1 t4	-0.071	0.045	-1.599	0.110
y2 t1	-1.955	0.095	-20.653	0.000
y2 t2	-1.207	0.059	-20.575	0.000

y2 t3	-0.507	0.047	-10.855	0.000
y2 t4	0.209	0.045	4.652	0.000
y4 t1	-1.451	0.067	-21.775	0.000
y4 t2	-0.811	0.050	-16.111	0.000
y4 t3	-0.180	0.045	-4.013	0.000
y4 t4	0.301	0.045	6.635	0.000
y5 t1	-2.278	0.127	-18.001	0.000
y5 t2	-1.327	0.062	-21.317	0.000
y5 t3	-0.811	0.050	-16.111	0.000
y5 t4	-0.212	0.045	-4.723	0.000
y7 t1	-1.664	0.076	-21.849	0.000
y7 t2	-1.008	0.054	-18.705	0.000
y7 t3	-0.489	0.047	-10.506	0.000
y7 t4	0.135	0.045	3.019	0.003
y8 t1	-1.731	0.080	-21.698	0.000
y8 t2	-0.987	0.053	-18.464	0.000
y8 t3	-0.423	0.046	-9.174	0.000
y8 t4	0.055	0.045	1.244	0.214
y10 t1	-0.987	0.053	-18.464	0.000
y10 t2	-0.585	0.047	-12.315	0.000
y10 t3	-0.094	0.045	-2.096	0.036
y10 t4	0.358	0.046	7.836	0.000
y11 t1	-2.049	0.102	-19.999	0.000
y11 t2	-1.334	0.062	-21.354	0.000
y11 t3	-0.623	0.048	-13.005	0.000
y11 t4	0.087	0.045	1.954	0.051
y13 t1	-1.114	0.056	-19.797	0.000
y13 t2	-0.698	0.049	-14.304	0.000
y13 t3	-0.375	0.046	-8.188	0.000
y13 t4	0.135	0.045	3.019	0.003
y14 t1	-1.518	0.069	-21.893	0.000
y14 t2	-1.035	0.054	-19.001	0.000
y14 t3	-0.615	0.048	-12.867	0.000
y14 t4	-0.046	0.045	-1.030	0.303
y16 t1	-2.076	0.105	-19.794	0.000
y16 t2	-1.416	0.065	-21.677	0.000
y16 t3	-0.937	0.052	-17.847	0.000
y16 t4	-0.183	0.045	-4.084	0.000
y17 t1	-1.425	0.066	-21.703	0.000
y17 t2	-1.125	0.057	-19.906	0.000
y17 t3	-0.681	0.049	-14.032	0.000
y17 t4	-0.071	0.045	-1.599	0.110
y19 t1	-1.518	0.069	-21.893	0.000
y19 t2	-0.879	0.051	-17.087	0.000
y19 t3	-0.317	0.045	-6.988	0.000
y19 t4	0.193	0.045	4.297	0.000
y20 t1	-1.677	0.077	-21.826	0.000
y20 t2	-1.254	0.060	-20.902	0.000
y20 t3	-0.670	0.048	-13.827	0.000
y20 t4	-0.106	0.045	-2.380	0.017

y3 t1	-0.596	0.048	-12.522	0.000
y3 t2	0.167	0.045	3.729	0.000
y3 t3	0.781	0.050	15.648	0.000
y3 t4	1.268	0.060	20.990	0.000
y6 t1	-0.437	0.046	-9.455	0.000
y6 t2	0.065	0.045	1.457	0.145
y6 t3	0.533	0.047	11.343	0.000
y6 t4	1.040	0.055	19.060	0.000
y9 t1	-0.694	0.049	-14.236	0.000
y9 t2	-0.141	0.045	-3.162	0.002
y9 t3	0.334	0.046	7.342	0.000
y9 t4	0.755	0.050	15.248	0.000
y12 t1	-0.129	0.045	-2.877	0.004
y12 t2	0.281	0.045	6.210	0.000
y12 t3	0.718	0.049	14.642	0.000
y12 t4	1.085	0.056	19.519	0.000
y15 t1	-0.838	0.051	-16.504	0.000
y15 t2	-0.458	0.046	-9.876	0.000
y15 t3	-0.036	0.045	-0.817	0.414
y15 t4	0.559	0.047	11.830	0.000
y18 t1	0.049	0.045	1.101	0.271
y18 t2	0.440	0.046	9.525	0.000
y18 t3	0.803	0.050	15.979	0.000
y18 t4	1.102	0.056	19.687	0.000

Variances:

	Estimate	Std.Err	z-value	P(> z)
.y1	0.682			
.y2	0.749			
.y4	0.593			
.y5	0.604			
.y7	0.695			
.y8	0.621			
.y10	0.757			
.y11	0.663			
.y13	0.801			
.y14	0.756			
.y16	0.670			
.y17	0.686			
.y19	0.782			
.y20	0.696			
.y3	0.509			
.y6	0.597			
.y9	0.582			
.y12	0.524			
.y15	0.733			
.y18	0.766			
F1	1.000			
F2	1.000			
Aq	0.154	0.009	17.028	0.000

Modelo 13 itens

lavaan 0.6.17 ended normally after 28 iterations

Estimator	DWLS
Optimization method	NLMINB
Number of model parameters	78
Rotation method	GEOMIN OBLIQUE
Geomin epsilon	0.001
Rotation algorithm (rstarts)	GPA (30)
Standardized metric	TRUE
Row weights	None
Number of observations	791

Model Test User Model:

	Standard	Scaled
Test Statistic	87.424	128.100
Degrees of freedom	52	52
P-value (Chi-square)	0.002	0.000
Scaling correction factor		0.715
Shift parameter		5.888
simple second-order correction		

Model Test Baseline Model:

Test statistic	2972.788	2122.994
Degrees of freedom	78	78
P-value	0.000	0.000
Scaling correction factor		1.416

User Model versus Baseline Model:

Comparative Fit Index (CFI)	0.988	0.963
Tucker-Lewis Index (TLI)	0.982	0.944
Robust Comparative Fit Index (CFI)		0.948
Robust Tucker-Lewis Index (TLI)		0.922

Root Mean Square Error of Approximation:

RMSEA	0.029	0.043
90 Percent confidence interval - lower	0.018	0.034
90 Percent confidence interval - upper	0.040	0.053
P-value H_0 : RMSEA $\leq$ 0.050	1.000	0.883
P-value H_0 : RMSEA $\geq$ 0.080	0.000	0.000
Robust RMSEA		0.049

90 Percent confidence interval - lower	0.037
90 Percent confidence interval - upper	0.062
P-value H ₀ : Robust RMSEA ≤ 0.050	0.508
P-value H ₀ : Robust RMSEA ≥ 0.080	0.000

Standardized Root Mean Square Residual:

SRMR	0.036	0.036
------	-------	-------

Parameter Estimates:

Parameterization	Delta
Standard errors	Robust.sem
Information	Expected
Information saturated (h1) model	Unstructured

Latent Variables:

	Estimate	Std.Err	z-value	P(> z)
F1 =~ efa				
y1	0.183	0.058	3.157	0.002
y2	-0.045	0.057	-0.787	0.431
y4	0.485	0.045	10.778	0.000
y5	0.536	0.052	10.383	0.000
y7	0.066	0.051	1.302	0.193
y8	0.539	0.046	11.835	0.000
y11	0.021	0.048	0.435	0.664
y16	0.000	0.040	0.005	0.996
y17	0.257	0.052	4.941	0.000
y3	0.077	0.056	1.373	0.170
y6	-0.022	0.048	-0.463	0.644
y9	0.218	0.062	3.537	0.000
y12	-0.278	0.069	-4.033	0.000
F2 =~ efa				
y1	0.372	0.043	8.696	0.000
y2	0.340	0.045	7.528	0.000
y4	-0.012	0.030	-0.415	0.678
y5	0.036	0.042	0.860	0.390
y7	0.395	0.041	9.538	0.000
y8	-0.019	0.031	-0.609	0.543
y11	0.449	0.041	10.866	0.000
y16	0.403	0.043	9.429	0.000
y17	0.192	0.045	4.257	0.000
y3	-0.577	0.036	-16.238	0.000
y6	-0.480	0.038	-12.598	0.000
y9	-0.476	0.038	-12.412	0.000
y12	-0.406	0.046	-8.893	0.000
Aq =~				
y1	1.000			
y2	1.000			
y4	1.000			

y5	1.000
y7	1.000
y8	1.000
y11	1.000
y16	1.000
y17	1.000
y3	1.000
y6	1.000
y9	1.000
y12	1.000

Covariances:

	Estimate	Std.Err	z-value	P(> z)
F1 ~				
Aq	0.000			
F2 ~				
Aq	0.000			
F1 ~				
F2	0.213	0.069	3.097	0.002

Thresholds:

	Estimate	Std.Err	z-value	P(> z)
y1 t1	-2.200	0.117	-18.735	0.000
y1 t2	-1.366	0.064	-21.495	0.000
y1 t3	-0.794	0.050	-15.847	0.000
y1 t4	-0.071	0.045	-1.599	0.110
y2 t1	-1.955	0.095	-20.653	0.000
y2 t2	-1.207	0.059	-20.575	0.000
y2 t3	-0.507	0.047	-10.855	0.000
y2 t4	0.209	0.045	4.652	0.000
y4 t1	-1.451	0.067	-21.775	0.000
y4 t2	-0.811	0.050	-16.111	0.000
y4 t3	-0.180	0.045	-4.013	0.000
y4 t4	0.301	0.045	6.635	0.000
y5 t1	-2.278	0.127	-18.001	0.000
y5 t2	-1.327	0.062	-21.317	0.000
y5 t3	-0.811	0.050	-16.111	0.000
y5 t4	-0.212	0.045	-4.723	0.000
y7 t1	-1.664	0.076	-21.849	0.000
y7 t2	-1.008	0.054	-18.705	0.000
y7 t3	-0.489	0.047	-10.506	0.000
y7 t4	0.135	0.045	3.019	0.003
y8 t1	-1.731	0.080	-21.698	0.000
y8 t2	-0.987	0.053	-18.464	0.000
y8 t3	-0.423	0.046	-9.174	0.000
y8 t4	0.055	0.045	1.244	0.214
y11 t1	-2.049	0.102	-19.999	0.000
y11 t2	-1.334	0.062	-21.354	0.000
y11 t3	-0.623	0.048	-13.005	0.000
y11 t4	0.087	0.045	1.954	0.051

y16 t1	-2.076	0.105	-19.794	0.000
y16 t2	-1.416	0.065	-21.677	0.000
y16 t3	-0.937	0.052	-17.847	0.000
y16 t4	-0.183	0.045	-4.084	0.000
y17 t1	-1.425	0.066	-21.703	0.000
y17 t2	-1.125	0.057	-19.906	0.000
y17 t3	-0.681	0.049	-14.032	0.000
y17 t4	-0.071	0.045	-1.599	0.110
y3 t1	-0.596	0.048	-12.522	0.000
y3 t2	0.167	0.045	3.729	0.000
y3 t3	0.781	0.050	15.648	0.000
y3 t4	1.268	0.060	20.990	0.000
y6 t1	-0.437	0.046	-9.455	0.000
y6 t2	0.065	0.045	1.457	0.145
y6 t3	0.533	0.047	11.343	0.000
y6 t4	1.040	0.055	19.060	0.000
y9 t1	-0.694	0.049	-14.236	0.000
y9 t2	-0.141	0.045	-3.162	0.002
y9 t3	0.334	0.046	7.342	0.000
y9 t4	0.755	0.050	15.248	0.000
y12 t1	-0.129	0.045	-2.877	0.004
y12 t2	0.281	0.045	6.210	0.000
y12 t3	0.718	0.049	14.642	0.000
y12 t4	1.085	0.056	19.519	0.000

Variances:

	Estimate	Std.Err	z-value	P(> z)
.y1	0.655			
.y2	0.745			
.y4	0.624			
.y5	0.560			
.y7	0.684			
.y8	0.569			
.y11	0.650			
.y16	0.694			
.y17	0.732			
.y3	0.536			
.y6	0.621			
.y9	0.626			
.y12	0.567			
F1	1.000			
F2	1.000			
Aq	0.144	0.011	12.516	0.000

Modelo 12 itens

lavaan 0.6.17 ended normally after 28 iterations

Estimator

DWLS

Optimization method	NLMINB
Number of model parameters	72
Rotation method	GEOMIN OBLIQUE
Geomin epsilon	0.001
Rotation algorithm (rstarts)	GPA (30)
Standardized metric	TRUE
Row weights	None
Number of observations	791

Model Test User Model:

	Standard	Scaled
Test Statistic	77.357	114.504
Degrees of freedom	42	42
P-value (Chi-square)	0.001	0.000
Scaling correction factor		0.702
Shift parameter		4.333
simple second-order correction		

Model Test Baseline Model:

Test statistic	2555.640	1895.504
Degrees of freedom	66	66
P-value	0.000	0.000
Scaling correction factor		1.361

User Model versus Baseline Model:

Comparative Fit Index (CFI)	0.986	0.960
Tucker-Lewis Index (TLI)	0.978	0.938
Robust Comparative Fit Index (CFI)		0.947
Robust Tucker-Lewis Index (TLI)		0.917

Root Mean Square Error of Approximation:

RMSEA	0.033	0.047
90 Percent confidence interval - lower	0.021	0.037
90 Percent confidence interval - upper	0.044	0.057
P-value H_0 : RMSEA $\leq$ 0.050	0.995	0.684
P-value H_0 : RMSEA $\geq$ 0.080	0.000	0.000
Robust RMSEA		0.052
90 Percent confidence interval - lower		0.039
90 Percent confidence interval - upper		0.066
P-value H_0 : Robust RMSEA $\leq$ 0.050		0.364
P-value H_0 : Robust RMSEA $\geq$ 0.080		0.000

Standardized Root Mean Square Residual:

SRMR 0.036 0.036

Parameter Estimates:

Parameterization	Delta
Standard errors	Robust.sem
Information	Expected
Information saturated (h1) model	Unstructured

Latent Variables:

	Estimate	Std.Err	z-value	P(> z)
F1 =~ efa				
y1	0.199	0.057	3.503	0.000
y2	-0.024	0.052	-0.459	0.646
y4	0.473	0.045	10.618	0.000
y5	0.559	0.052	10.730	0.000
y7	0.066	0.050	1.317	0.188
y8	0.539	0.046	11.744	0.000
y11	0.029	0.049	0.595	0.552
y16	-0.013	0.041	-0.304	0.761
y3	0.063	0.054	1.167	0.243
y6	-0.029	0.048	-0.597	0.551
y9	0.195	0.060	3.259	0.001
y12	-0.282	0.067	-4.208	0.000
F2 =~ efa				
y1	0.372	0.043	8.746	0.000
y2	0.340	0.044	7.653	0.000
y4	-0.012	0.030	-0.416	0.678
y5	0.036	0.042	0.867	0.386
y7	0.392	0.041	9.460	0.000
y8	-0.019	0.030	-0.627	0.531
y11	0.449	0.042	10.752	0.000
y16	0.395	0.043	9.130	0.000
y3	-0.576	0.035	-16.396	0.000
y6	-0.478	0.038	-12.475	0.000
y9	-0.475	0.038	-12.570	0.000
y12	-0.401	0.045	-8.863	0.000
Aq =~				
y1	1.000			
y2	1.000			
y4	1.000			
y5	1.000			
y7	1.000			
y8	1.000			
y11	1.000			
y16	1.000			
y3	1.000			
y6	1.000			
y9	1.000			

y12 1.000

Covariances:

	Estimate	Std.Err	z-value	P(> z)
F1 ~				
Aq	0.000			
F2 ~				
Aq	0.000			
F1 ~				
F2	0.193	0.068	2.858	0.004

Thresholds:

	Estimate	Std.Err	z-value	P(> z)
y1 t1	-2.200	0.117	-18.735	0.000
y1 t2	-1.366	0.064	-21.495	0.000
y1 t3	-0.794	0.050	-15.847	0.000
y1 t4	-0.071	0.045	-1.599	0.110
y2 t1	-1.955	0.095	-20.653	0.000
y2 t2	-1.207	0.059	-20.575	0.000
y2 t3	-0.507	0.047	-10.855	0.000
y2 t4	0.209	0.045	4.652	0.000
y4 t1	-1.451	0.067	-21.775	0.000
y4 t2	-0.811	0.050	-16.111	0.000
y4 t3	-0.180	0.045	-4.013	0.000
y4 t4	0.301	0.045	6.635	0.000
y5 t1	-2.278	0.127	-18.001	0.000
y5 t2	-1.327	0.062	-21.317	0.000
y5 t3	-0.811	0.050	-16.111	0.000
y5 t4	-0.212	0.045	-4.723	0.000
y7 t1	-1.664	0.076	-21.849	0.000
y7 t2	-1.008	0.054	-18.705	0.000
y7 t3	-0.489	0.047	-10.506	0.000
y7 t4	0.135	0.045	3.019	0.003
y8 t1	-1.731	0.080	-21.698	0.000
y8 t2	-0.987	0.053	-18.464	0.000
y8 t3	-0.423	0.046	-9.174	0.000
y8 t4	0.055	0.045	1.244	0.214
y11 t1	-2.049	0.102	-19.999	0.000
y11 t2	-1.334	0.062	-21.354	0.000
y11 t3	-0.623	0.048	-13.005	0.000
y11 t4	0.087	0.045	1.954	0.051
y16 t1	-2.076	0.105	-19.794	0.000
y16 t2	-1.416	0.065	-21.677	0.000
y16 t3	-0.937	0.052	-17.847	0.000
y16 t4	-0.183	0.045	-4.084	0.000
y3 t1	-0.596	0.048	-12.522	0.000
y3 t2	0.167	0.045	3.729	0.000
y3 t3	0.781	0.050	15.648	0.000
y3 t4	1.268	0.060	20.990	0.000
y6 t1	-0.437	0.046	-9.455	0.000

y6 t2	0.065	0.045	1.457	0.145
y6 t3	0.533	0.047	11.343	0.000
y6 t4	1.040	0.055	19.060	0.000
y9 t1	-0.694	0.049	-14.236	0.000
y9 t2	-0.141	0.045	-3.162	0.002
y9 t3	0.334	0.046	7.342	0.000
y9 t4	0.755	0.050	15.248	0.000
y12 t1	-0.129	0.045	-2.877	0.004
y12 t2	0.281	0.045	6.210	0.000
y12 t3	0.718	0.049	14.642	0.000
y12 t4	1.085	0.056	19.519	0.000

Variances:

	Estimate	Std.Err	z-value	P(> z)
.y1	0.650			
.y2	0.743			
.y4	0.635			
.y5	0.535			
.y7	0.688			
.y8	0.570			
.y11	0.649			
.y16	0.703			
.y3	0.535			
.y6	0.622			
.y9	0.629			
.y12	0.572			
F1	1.000			
F2	1.000			
Aq	0.143	0.011	12.516	0.000

Apêndice F - E3PO (versão 12 itens)

<i>Com que frequência você se comporta de acordo com as afirmações a seguir?</i>	<i>Nunca</i>	<i>Poucas Veze</i>	<i>Às vezes</i>	<i>Muitas Veze</i>	<i>Sempre</i>
1. Aproveito os momentos bons da vida	0	1	2	3	4
2. Fico pensando na doença o dia inteiro	0	1	2	3	4
3. Mantenho a calma para deixar meus familiares e amigos tranquilos	0	1	2	3	4
4. Aprendo como o meu corpo funciona para cuidar melhor dele	0	1	2	3	4
5. Imagino o pior antes mesmo das coisas acontecerem	0	1	2	3	4
6. Mantenho por perto pessoas que podem me ajudar	0	1	2	3	4
7. Identifico atividades que me fazem sentir bem	0	1	2	3	4
8. Choro quando passo por um momento difícil no tratamento	0	1	2	3	4
9. Procuro ficar acompanhado, com outras pessoas por perto	0	1	2	3	4
10. Faço tarefas para me manter ativo	0	1	2	3	4
11. Fico sozinho para fugir da cobrança que outras pessoas me fazem	0	1	2	3	4
12. Peço ajuda para as pessoas quando preciso	0	1	2	3	4

Apêndice G - TCLE (Estudo 2)

O(a) Senhor(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “Qualidade de Vida do Paciente Oncológico: Contribuições das Estratégias de Enfrentamento e da Inteligência Emocional”. O objetivo deste estudo é compreender se a forma como o paciente lida com a doença por meio de comportamentos, pensamentos e sentimentos tem algum impacto na sua qualidade de vida.

O(a) senhor(a) foi selecionado(a) por estar na faixa etária (acima de 18 anos) dos participantes do estudo e fazer tratamento neste estabelecimento de saúde. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento o(a) senhor(a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com a instituição que faz tratamento.

A coleta de dados será composta por quatro questionários computadorizados, que serão respondidos através de um tablet. Inicialmente, serão coletadas informações para sua identificação, além de alguns dados clínicos e físicos. Em seguida, será realizada uma avaliação das formas como o(a) senhor(a) se comporta diante das dificuldades que ocorrem ou ocorreram durante o adoecimento e tratamento. Por último, serão feitas perguntas relativas a sua saúde e qualidade de vida. O tempo utilizado para coleta dos dados será de aproximadamente vinte a trinta minutos.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos, resguardando o sigilo.

O preenchimento destes questionários não oferece risco imediato ao(a) senhor(a), porém considera-se a possibilidade de um risco subjetivo, pois algumas perguntas podem remeter à algum desconforto, evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis ou levar à um leve cansaço após responder os questionários. Caso algumas dessas possibilidades ocorram, o(a) senhor(a) deverá comunicar o pesquisador e poderá optar pela suspensão imediata da entrevista. Caso qualquer imprevisto ocorra que ameace a sua integridade física e psicológica ou lhe gere algum constrangimento, o(a) senhor(a) será assistido imediatamente e pelo tempo necessário pelo pesquisador para reverter ao seu estado de saúde antes da entrevista e/ou será encaminhado para atendimento profissional especializado.

Você terá direito a indenização por qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa. O(a) senhor(a) não terá nenhum custo ou compensação financeira ao participar do estudo. Entretanto, todas as despesas com o transporte e a alimentação decorrentes da sua participação na pesquisa, quando for o caso, serão ressarcidas no dia da coleta.

Também o(a) senhor(a) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, este trabalho poderá contribuir de forma indireta na ampliação do conhecimento sobre a doença e no desenvolvimento de intervenções que possam ajudar o paciente a lidar de uma forma mais saudável com as dificuldades que fazem parte de estar doente e fazer o tratamento oncológico.

Se tiver interesse, o(a) senhor(a) poderá solicitar uma cópia digital deste documento, onde consta o contato dos pesquisadores responsáveis com quem você poderá tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação agora ou a qualquer momento[†].

Este projeto de pesquisa foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) que é um órgão que protege o bem-estar dos participantes de pesquisas. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes de pesquisas.

Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo, você pode entrar em contato com o CEP da UFSCar que está vinculado à Pró-Reitoria de Pesquisa da universidade, localizado no prédio da reitoria (área sul do campus São Carlos). Endereço: Rodovia Washington Luís km 235 - CEP: 13.565-905 - São Carlos-SP. Telefone: (16) 3351-9685. E-mail: cephumanos@ufscar.br. Horário de atendimento: 08h30 às 11h30.

☐ **Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar de forma voluntária.**

[†] Dados para contato com os pesquisadores (24 horas por dia e sete dias por semana): Pesquisador Principal: Fillipe Rodrigues Santos Pereira, E-mail: frspereira@estudante.ufscar.br, Pesquisador Orientador: Fabiano Koich Miguel, E-mail: fabianokoichmiguel@ufscar.br

Apêndice H - Questionário Sociodemográfico e Clínico (Estudo 2)

Código participante: [_____]

Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino

Nascimento: Dia: [____] / **Mês:** [____] / Ano: [____]

Estado: [_____]

Escolaridade:

- ☐ Sem educação formal
- ☐ Ensino fundamental (incompleto)
- ☐ Ensino fundamental (completo)
- ☐ Ensino médio (incompleto)
- ☐ Ensino médio (completo)
- ☐ Superior (incompleto)
- ☐ Superior (completo)
- ☐ Pós-graduação (incompleto)
- ☐ Pós-graduação (completo)

Diagnóstico: [_____]

- ☐ Menos de 6 meses
- ☐ Mais de 6 meses

Curso da doença:

- ☐ Mais de 1 ano
- ☐ Mais de 5 anos
- ☐ Mais de 10 anos

Apêndice I - Script (Estudo 2)

#Correlação

```
corr.test(estudo2[, c("qlqc30_t", "e3po_t", "qore_t", "tohe_o", "tohe_s")],
          method = "spearman")
```

#Regressão

```
modelo <- lm(qlq_t ~ e3po_t + qore_t,
             data = estudo2)
summary(modelo)
```

Mediação

```
modelo.m <- lm(e3po_t ~ qore_t,
               data = estudo2)
summary(modelo.m)

modelo.y <- lm(qlq_t ~ qore_t + e3po_t,
               data = estudo2)
summary(modelo.y)

mediação <- mediate(modelo.m, modelo.y,
                    treat = "qore_t", mediator = "e3po_t",
                    boot = TRUE, sims = 5000)
summary(mediação)
```

#Plotagem do modelo

```
grViz("
digraph med_model {
  graph [layout = dot, rankdir = LR]

  QoRE [label = 'QoRE\n(Regulação Emocional)', shape = ellipse, style = filled, fillcolor =
white]
  E3PO [label = 'E3PO\n(Estratégias de Enfrentamento)', shape = ellipse, style = filled,
fillcolor = white]
  QLQC30 [label = 'QLQ-C30\n(Qualidade de Vida)', shape = ellipse, style = filled, fillcolor
= white]

  QoRE -> E3PO [label = 'a = 0,37', fontsize = 12]
  E3PO -> QLQC30 [label = 'b = 1,29', fontsize = 12]
  QoRE -> QLQC30 [label = '\c* = 0,32', fontsize = 12]
}
")
```

Apêndice J - Output (Estudo 2)

Correlação

Call: `corr.test(x = estudo2[, c("qlqc30_t", "e3po_t", "qore_t", "tohe_o", "tohe_s")], method = "spearman")`

Correlation matrix

	qlqc30_t	e3po_t	qore_t	tohe_o	tohe_s
qlqc30_t	1.00	0.51	0.47	0.21	0.22
e3po_t	0.51	1.00	0.53	0.11	0.16
qore_t	0.47	0.53	1.00	0.05	0.28
tohe_o	0.21	0.11	0.05	1.00	0.42
tohe_s	0.22	0.16	0.28	0.42	1.00

Sample Size

[1] 56

Probability values (Entries above the diagonal are adjusted for multiple tests.)

	qlqc30_t	e3po_t	qore_t	tohe_o	tohe_s
qlqc30_t	0.00	0.00	0.00	0.52	0.52
e3po_t	0.00	0.00	0.00	0.82	0.68
qore_t	0.00	0.00	0.00	0.82	0.22
tohe_o	0.13	0.41	0.70	0.00	0.01
tohe_s	0.10	0.23	0.04	0.00	0.00

To see confidence intervals of the correlations, print with the `short=FALSE` option

Regressão

eCall:

`lm(formula = qlq_t ~ e3po_t + qore_t, data = estudo2)`

Residuals:

Min	1Q	Median	3Q	Max
-45.452	-5.840	1.655	9.491	27.875

Coefficients:

	Estimate	Std. Error	t value	Pr(> t)
(Intercept)	41.7288	13.2956	3.139	0.00277 **
e3po_t	1.2852	0.3982	3.228	0.00214 **
qore_t	0.3153	0.2702	1.167	0.24847

Signif. codes: 0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1

Residual standard error: 15.65 on 53 degrees of freedom

Multiple R-squared: 0.2997, Adjusted R-squared: 0.2733

F-statistic: 11.34 on 2 and 53 DF, p-value: 7.941e-05

Mediação

Call:

`lm(formula = e3po_t ~ qore_t, data = estudo2)`

Residuals:

Min	1Q	Median	3Q	Max
-10.3418	-4.1259	-0.3917	3.8234	12.6899

Coefficients:

	Estimate	Std. Error	t value	Pr(> t)
(Intercept)	13.6130	4.1490	3.281	0.00182 **
QoRE	0.3710	0.0773	4.800	1.29e-05 ***

Signif. codes: 0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1

Residual standard error: 5.349 on 54 degrees of freedom
Multiple R-squared: 0.2991, Adjusted R-squared: 0.2861
F-statistic: 23.04 on 1 and 54 DF, p-value: 1.294e-05

Call:

lm(formula = qlq_t ~ qore_t + e3po_t, data = estudo2)

Residuals:

Min	1Q	Median	3Q	Max
-45.452	-5.840	1.655	9.491	27.875

Coefficients:

	Estimate	Std. Error	t value	Pr(> t)
(Intercept)	41.7288	13.2956	3.139	0.00277 **
QoRE	0.3153	0.2702	1.167	0.24847
E3PO	1.2852	0.3982	3.228	0.00214 **

Signif. codes: 0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1

Residual standard error: 15.65 on 53 degrees of freedom
Multiple R-squared: 0.2997, Adjusted R-squared: 0.2733
F-statistic: 11.34 on 2 and 53 DF, p-value: 7.941e-05

Causal Mediation Analysis

Nonparametric Bootstrap Confidence Intervals with the Percentile Method

	Estimate	95% CI Lower	95% CI Upper	p-value
ACME	0.47687	0.16356	0.91409	0.0016 **
ADE	0.31525	-0.16703	0.76995	0.1712
Total Effect	0.79212	0.45262	1.16245	<2e-16 ***
Prop. Mediated	0.60202	0.20762	1.28989	0.0016 **

Signif. codes: 0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1

Sample Size Used: 56

Anexo A - EORTC QLQ-C30 (versão 3.0.)

Nós estamos interessados em alguns dados sobre você e sua saúde. Responda, por favor, a todas as perguntas fazendo um círculo no número que melhor se aplica a você. Não há respostas certas ou erradas. As informações que você fornecer permanecerão estritamente confidenciais.

	Não	Pouco	Modera- damente	Muito
1. Você tem alguma dificuldade quando faz grandes esforços, por exemplo carregar uma bolsa de compras pesada ou uma mala?	1	2	3	4
2. Você tem alguma dificuldade quando faz uma <u>longa</u> caminhada?	1	2	3	4
3. Você tem alguma dificuldade quando faz uma <u>curta</u> caminhada fora de casa?	1	2	3	4
4. Você tem que ficar numa cama ou na cadeira durante o dia?	1	2	3	4
5. Você precisa de ajuda para se alimentar, se vestir, se lavar ou usar o banheiro?	1	2	3	4

Durante a última semana:

	Não	Pouco	Modera- damente	Muito
6. Foi difícil trabalhar ou realizar suas atividades diárias?	1	2	3	4
7. Foi difícil praticar seu hobby ou participar de atividades de lazer?	1	2	3	4
8. Você teve falta de ar?	1	2	3	4
9. Você teve dor?	1	2	3	4
10. Você precisou repousar?	1	2	3	4
11. Você teve problemas para dormir?	1	2	3	4
12. Você se sentiu fraco/a?	1	2	3	4
13. Você teve falta de apetite?	1	2	3	4
14. Você se sentiu enjoado/a?	1	2	3	4
15. Você vomitou?	1	2	3	4
16. Você teve prisão de ventre?	1	2	3	4

Durante a última semana:

Não	Pouco	Modera- damente	Muito
-----	-------	--------------------	-------

17. Você teve diarreia?	1	2	3	4
18. Você esteve cansado/a?	1	2	3	4
19. A dor interferiu em suas atividades diárias?	1	2	3	4
20. Você teve dificuldade para se concentrar em coisas como ler jornal ou ver televisão?	1	2	3	4
21. Você se sentiu nervoso/a?	1	2	3	4
22. Você esteve preocupado/a?	1	2	3	4
23. Você se sentiu irritado/a facilmente?	1	2	3	4
24. Você se sentiu deprimido/a?	1	2	3	4
25. Você teve dificuldade para se lembrar das coisas?	1	2	3	4
26. A sua condição física ou o tratamento médico interferiu em sua vida <u>familiar</u> ?	1	2	3	4
27. A sua condição física ou o tratamento médico interferiu em suas atividades <u>sociais</u> ?	1	2	3	4
28. A sua condição física ou o tratamento médico lhe trouxe dificuldades financeiras?	1	2	3	4

Para as seguintes perguntas, por favor, faça um círculo em volta do número entre 1 e 7 que melhor se aplica a você.

29. Como você classificaria a sua saúde em geral, durante a última semana?

1 2 3 4 5 6 7

Péssima

Ótima

30. Como você classificaria a sua qualidade de vida em geral, durante a última semana?

1 2 3 4 5 6 7

Péssima

Ótima

Glossário

Aceitação: Estratégia de enfrentamento que envolve reconhecer e lidar com a realidade da situação, sem tentar evitá-la ou negá-la.

AFC (análise fatorial confirmatória): Técnica estatística utilizada para testar se os dados se ajustam a uma estrutura fatorial predefinida, baseada em teoria.

AFE (análise fatorial exploratória): Técnica estatística usada para identificar a estrutura latente de um conjunto de variáveis sem imposições teóricas prévias.

Aquiescência: Tendência do respondente a concordar com os itens de um instrumento, independentemente de seu conteúdo.

Autoeficácia: Crença do indivíduo em sua capacidade de organizar e executar ações necessárias para lidar com situações específicas.

BOLIE (Bateria On-Line de Inteligência Emocional): Conjunto de instrumentos psicométricos computadorizados que avaliam diferentes componentes da inteligência emocional.

Carga fatorial: Indicador da correlação entre um item e um fator latente. Representa o quanto o item contribui para o fator.

CFI (comparative fit index): Índice que avalia o ajuste de um modelo estatístico, comparando-o a um modelo nulo. Valores acima de 0,90 indicam bom ajuste.

Consistência interna: Indicador de quanto os itens de um instrumento estão relacionados entre si, medindo o mesmo construto.

Enfrentamento (coping): Conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais utilizadas para lidar com situações estressantes.

Diagnóstico oncológico: Identificação clínica de um câncer específico, com base em exames e avaliação médica.

E3PO (Escala de Estratégias de Enfrentamento para Pacientes Oncológicos): Instrumento

psicométrico desenvolvido para avaliar estratégias de enfrentamento específicas no contexto oncológico.

Emoção: Reação afetiva intensa e de curta duração, desencadeada por estímulos internos ou externos, com implicações fisiológicas, cognitivas e comportamentais.

Engajamento no Tratamento: Grau de adesão do paciente às orientações e intervenções propostas pela equipe de saúde.

EORTC (European Organisation for Research and Treatment of Cancer): Instituição europeia responsável por desenvolver e validar instrumentos de avaliação da qualidade de vida em pacientes com câncer.

IE (inteligência emocional): Capacidade de perceber, compreender, regular e utilizar as emoções de forma adaptativa nas interações consigo e com os outros.

Instrumento psicométrico: Ferramenta ou teste padronizado que visa mensurar construtos psicológicos de forma válida e confiável.

Likert (escala de resposta): Tipo de escala de resposta usada em questionários, em que o respondente indica o grau de concordância ou frequência em relação a uma afirmação.

Mediação: Modelo estatístico que testa se o efeito de uma variável independente sobre uma dependente ocorre por meio de uma terceira variável (mediadora).

Modelo parcimonioso: Modelo estatístico que busca explicar os dados com o menor número de variáveis possível, mantendo bom ajuste.

Psicoeducação: Intervenção baseada na transmissão de conhecimentos sobre temas psicológicos, com o objetivo de promover autoconsciência e mudanças comportamentais.

Psicometria: Área da psicologia que estuda os métodos e técnicas de mensuração dos fenômenos psicológicos.

QoRE (Questionário On-line de Regulação Emocional): Instrumento de autorrelato que avalia habilidades relacionadas à regulação emocional, como controle da impulsividade e

resiliência.

Qualidade de vida (QV): Percepção subjetiva do bem-estar físico, emocional, social e funcional de uma pessoa, especialmente em contextos de doença.

Regressão linear múltipla: Técnica estatística que avalia a influência simultânea de duas ou mais variáveis independentes sobre uma variável dependente.

Regulação emocional: Capacidade de modular a intensidade e duração das emoções, adequando-as ao contexto.

RMSEA (root-mean-square error of approximation): Índice de ajuste que avalia o quão bem um modelo se ajusta aos dados; valores abaixo de 0,08 indicam bom ajuste.

SRMR (standardized root-mean-square residual): Índice de ajuste que indica a diferença entre os dados observados e os previstos pelo modelo.

TCC (Terapia Cognitivo-Comportamental): Abordagem psicoterapêutica baseada na identificação e modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais.

TOHE (Teste de Organização de Histórias Emocionais): Tarefa de desempenho que avalia a compreensão e organização de informações emocionais por meio da construção de histórias.

TLI (Tucker-Lewis index): Índice de ajuste comparativo que avalia a parcimônia do modelo; valores acima de 0,90 são desejáveis.

Tratamento oncológico: Conjunto de intervenções clínicas (quimioterapia, radioterapia, cirurgia, etc.) destinadas ao controle ou cura do câncer.

Validade: Grau em que um instrumento realmente mede o construto teórico que se propõe a medir.

Variância explicada: Proporção da variabilidade dos dados que é explicada por um fator ou modelo estatístico.

Viés de resposta: Tendência sistemática dos participantes responderem de forma não autêntica, influenciada por fatores como desejabilidade social ou aquiescência.

Índice Remissivo

- aceitação, 19
- AFC, 12, 27, 40
- AFE, 12, 26
- ajuste
 - índices de ajuste, 14, 27, 31, 32, 33, 34, 38, 39, 48, 52, 53
- AP
 - avaliação psicológica, 23
- aquiescência, 23, 27, 33, 34, 35, 36, 53, 61
- avaliação por desempenho
 - medidas de desempenho, 38, 52, 59
 - medidas de desempenho, 21
- BOLIE
 - Bateria On-Line de Inteligência Emocional, 12, 38, 74
- câncer, 7, 8, 12, 17, 18, 19, 20, 22, 25, 40, 51, 52, 54, 56, 57, 60, 63, 66, 70, 78
- carga fatorial
 - cargas fatoriais, 34
- CFI
 - comparative fit index, 8, 9, 12, 26, 27, 31, 32, 34
- colinearidade
 - multicolinearidade, 42
- consistência interna, 14, 26, 39
- correlação
 - correlações, 14, 22, 33, 34, 39, 46, 47, 49, 54, 58, 59
- CPT
 - crescimento pós-traumático, 12, 56
- distribuição normal
 - normalidade, 27, 28, 41, 42, 43
- dor, 23, 25, 40, 61
- E3PO
 - Escala de Estratégias de Enfrentamento para Pacientes Oncológicos, 8, 9, 12, 22, 25, 38, 45, 47, 48, 50, 51, 76
- emoção
 - emoções, 54, 58
- enfrentamento
 - estratégias de enfrentamento, 0, 1, 3, 8, 17, 19, 20, 21, 22, 24, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 75, 82, 101
- Engajamento no Tratamento, 26, 53
- EORTC
 - European Organisation for Research and Treatment of Cancer, 12, 18, 68
- Estatísticas descritivas*, 28, 45
- estresse
 - estressante, estressor, 18, 19, 21, 58, 59, 60
- fator
 - fatores, 12, 17, 27, 33, 34, 35, 36, 38, 40, 43, 46, 53, 54, 57
- hipóteses
 - hipóstese, 42, 57, 61
- IC
 - intervalo de confiança, 8, 12, 31, 32, 34, 42, 50
- IE
 - inteligência emocional, 12, 19, 20, 21, 22, 61
- INCA
 - Instituto Nacional de Câncer, 12, 17, 70
- instrumentos, 23, 40, 41, 42, 58, 59
- interpessoal
 - interpessoais, 55, 57
- intrapessoal
 - intrapessoais, 54, 55
- itens
 - item, 8, 10, 14, 23, 25, 26, 27, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 52, 53, 54, 61, 85
- Lazarus & Folkman, 20, 54
- Likert, 25, 39, 40
- mediação, 8, 42, 49, 50, 53, 59, 61, 62
- modelo, 8, 20, 22, 23, 25, 27, 31, 33, 34, 35, 36, 40, 41, 42, 48, 49, 50, 53, 54, 55, 59, 60, 61, 62, 76, 85
- multicolinearidade, 42, 58
- organização, 38, 57, 59
- pacientes oncológicos
 - pacientes, 4, 7, 8, 18, 20, 21, 22, 23, 25, 28, 40, 43, 45, 51, 56, 57, 61, 63, 66, 68, 75
- parcimônia, 42, 54
- precisão, 23, 35, 38, 39, 43, 79
- Psicometria, 74
- psico-oncologia, 56, 57, 58, 60, 66
- QoRE
 - Questionário On-line de Regulação Emocional, 8, 9, 39, 45, 47, 48, 50, 51
- quimioterapia, 17, 26, 57, 111
- QV
 - qualidade de vida, 13, 17, 18, 19, 22,

- 46, 47, 49, 51, 58, 59, 60
- rapport*, 40, 67
- Reações Emocionais, 26, 53
- regressão
 - regressão linear, 8, 14, 41, 48
- regulação emocional, 8, 24, 39, 56, 58, 59, 60, 61, 62
- RMSEA
 - root-mean-square error of approximation, 27, 31
- Salovey e Mayer
 - Mayer, 20
- Shapiro-Wilk, 14, 27, 28, 41, 43
- significância, 14, 41, 42
- SRMR
 - standardized root-mean-square residual, 8, 9, 13, 27, 31, 32, 34
- TCC
 - Terapia Cognitivo-Comportamental, 13, 19
- teste t
 - teste t de Student, 14, 41, 46
- TLI
 - Tucker-Lewis index, 13, 27, 31
- TOHE
 - Teste de Organização de Histórias Emocionais, 13, 38, 45, 47, 75
- tratamento oncológico, 17, 18, 20, 22, 75, 79, 83, 102
- validade
 - evidências de validade, 8, 22, 23, 25, 26, 27, 34, 39, 40, 52, 53, 61, 79