

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

CLÁUDIA JEANE LOPES PIMENTA

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DA VERSÃO
BRASILEIRA DO *CANCER BEHAVIOR INVENTORY - BRIEF VERSION***

**JOÃO PESSOA
2022**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

CLÁUDIA JEANE LOPES PIMENTA

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DA VERSÃO
BRASILEIRA DO *CANCER BEHAVIOR INVENTORY - BRIEF VERSION***

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba como requisito parcial de aprovação para obtenção do grau de Doutora em Enfermagem.

Área de Concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Saúde no Cuidado ao Adulto e Idoso

Orientadora: Prof^{fa}. Dr^a Kátia Neyla de Freitas Macedo Costa

JOÃO PESSOA

2022

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

P644a Pimenta, Cláudia Jeane Lopes.

Adaptação transcultural e evidências de validade da versão brasileira do Cancer Behavior Inventory - Brief Version / Cláudia Jeane Lopes Pimenta. - João Pessoa, 2022.

210 f. : il.

Orientação: Kátia Neyla de Freitas Macedo Costa.
Tese (Doutorado) - UFPB/CCS.

1. Enfermagem. 2. Neoplasias. 3. Autoeficácia. I. Costa, Kátia Neyla de Freitas Macedo. II. Título.

UFPB/BC

CDU 616-083(043)

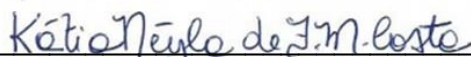
CLÁUDIA JEANE LOPES PIMENTA

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DA VERSÃO
BRASILEIRA DO CANCER BEHAVIOR INVENTORY - BRIEF VERSION**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da
Universidade Federal da Paraíba como requisito parcial de aprovação para obtenção
do grau de Doutora em Enfermagem.

Aprovada em: 29 de julho de 2022.

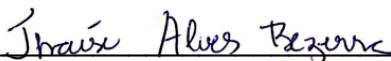
BANCA EXAMINADORA



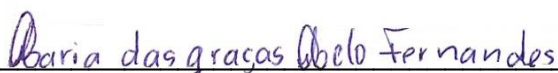
Prof^a. Dr^a. Kátia Neyla de Freitas Macedo Costa
Orientadora - Universidade Federal da Paraíba



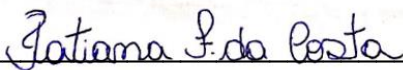
Prof^a. Dr^a. Iluska Pinto da Costa
Membro externo titular - Universidade Federal de Campina Grande



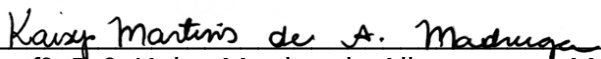
Prof^a. Dr^a. Thaíse Alves Bezerra
Membro externo titular - Universidade Estadual da Paraíba



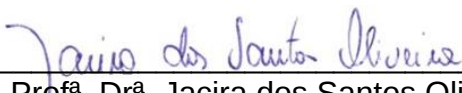
Prof^a. Dr^a. Maria das Graças Melo Fernandes
Membro interno titular - Universidade Federal da Paraíba



Prof^a. Dr^a. Tatiana Ferreira da Costa
Membro externo titular - Universidade Federal de Pernambuco



Prof^a. Dr^a. Kaisy Martins de Albuquerque Madruga
Membro externo suplente - Universidade Federal de Campina Grande



Prof^a. Dr^a. Jacira dos Santos Oliveira
Membro interno suplente - Universidade Federal da Paraíba

Dedicatória

Dedico à minha criança interior, que nunca teve grandes sonhos e não tinha confiança suficiente para lutar com os seus demônios, mas hoje tem a força para enfrentar o mundo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a **Deus**, por todas as bênçãos que me foram concedidas ao longo dos anos.

Ao **Padre Cícero** por todos os momentos de devoção que me ajudaram a restaurar a fé em Deus e na humanidade.

Aos meus pais **Jean Alves Pimenta** e **Claudeny Ribeiro Lopes Pimenta** e à minha avó **Maria de Lourdes Ribeiro Lopes**, pelo amor, apoio e incentivo em todos os momentos da minha vida.

Ao meu avô **João Lopes (*in memorian*)**, pela sua alegria contagiante, simplicidade e humildade, que mesmo não entendendo o que eu faço/estudo, ficava extremamente orgulhoso.

Aos meus irmãos **Thamires Ingrid Lopes Pimenta** e **Alisson Davi Lopes Pimenta**, pelo carinho e auxílio em todas as situações.

Ao meu noivo **Thiago Lívio Barbosa Pereira**, por todo o amor, apoio, incentivo e confiança em todas as etapas da minha vida, estando sempre ao meu lado nos bons e maus momentos.

À **Profª Drª Kátia Neyla de Freitas Macedo Costa**, por todos os ensinamentos, incentivos, carinho e amizade durante a minha trajetória na Pós-Graduação. Além disso, agradeço pela enorme dedicação, competência e auxílio em todas as etapas para a construção deste trabalho.

Às professoras da Banca Examinadora **Drª Iluska Pinto da Costa**, **Drª Thaíse Alves Bezerra**, **Drª Maria das Graças Melo Fernandes**, **Drª Tatiana Ferreira da Costa**, **Drª Rafaella Queiroga Souto**, **Drª Kaisy Martins de Albuquerque Madruga** e **Drª Jacira dos Santos Oliveira** pelas valiosas contribuições a este trabalho.

Aos **Professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**, pelos ensinamentos compartilhados durante as disciplinas.

Aos **Funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**, especialmente à **Nathali Costa**, por todo o auxílio e esclarecimentos nos momentos conturbados de matrícula e de entrega de documentos.

Às amigas da Turma de Doutorado 2018 **Lorena de Farias Pimentel Costa**, **Gisele Santana Pereira Carreiro**, **Leiliane Teixeira Bento Fernandes**, **Márcia Cristina de Figueiredo Santos** e **Valéria Leite Soares** pela amizade, carinho e por

todos os momentos incríveis vivenciados durante as disciplinas, os cafés filosóficos e os almoços acadêmicos.

Às amigas do **Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde do Adulto e Idoso**, pela amizade, carinho e apoio recebidos durante todos os momentos.

Às amigas **Thaíse Alves Bezerra, Cleane Rosa Ribeiro da Silva, Iluska Pinto da Costa, Thaynara Ferreira Filgueiras, Sthephanie de Abreu Freitas, Lia Raquel de Carvalho Viana, Gerlania Rodrigues Salviano Ferreira, Maria Cristina Lins de Oliveira Frazão, Nayla Jaria de Sousa Dantas e Marcelly Dias Barroso** por todo o carinho e experiências maravilhosas que passamos juntas.

Aos **Pacientes do Hospital**, pela participação voluntária nesta pesquisa.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES**, pelo apoio financeiro durante todo o Curso de Doutorado, mediante a oferta da bolsa de estudo.

*“Posso pressentir o perigo e o caos
E ninguém agora vai me amedrontar
Com a minha mente, vou a mil lugares
E a imaginação me dá forças pra voar...”*

Temos a Força - Dragon Ball Z.

PIMENTA, Cláudia Jeane Lopes. **Adaptação transcultural e evidências de validade da versão brasileira do *Cancer Behavior Inventory - Brief Version***. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal da Paraíba, 2022.

RESUMO

Introdução: o tratamento oncológico provoca diversas alterações nas condições de vida e de saúde dos pacientes, as quais podem gerar intenso sofrimento. Diante disso, as crenças de autoeficácia proporcionam a confiança para conseguir realizar tarefas desafiadoras, auxiliando no gerenciamento dos sintomas do câncer e na tomada de decisões acerca dos cuidados em saúde. **Objetivo:** realizar a adaptação transcultural e buscar evidências de validade da versão brasileira do *Cancer Behavior Inventory - Brief Version*. **Método:** trata-se de um estudo metodológico, que seguiu um modelo de cinco etapas inter-relacionadas para a adaptação transcultural do instrumento e que utilizou a Teoria Clássica dos Testes e a Teoria de Resposta ao Item para buscar evidências de validade do instrumento adaptado. A coleta de dados ocorreu em um Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, localizado em João Pessoa, Paraíba, Brasil. A amostra foi definida com base em critérios específicos para estudos de validação de instrumentos de medidas, sendo recrutados 10 sujeitos por item, totalizando 140 participantes. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob CAAE Nº 44161524.4.0000.5188 e parecer Nº 4.622.548. **Resultados:** as etapas de tradução, retrotradução e avaliação pelo Comitê de Juízes apresentaram poucas alterações. A versão adaptada do instrumento foi submetida a um pré-teste, sendo realizadas novas modificações. A avaliação da estrutura dos itens evidenciou um modelo composto de 2 fatores e 10 itens. A variância acumulada explicou cerca de 61% da variância compartilhada dos itens. Os indicadores de confiabilidade, a confiabilidade composta e os testes de consistência interna apresentaram valores adequados. Evidenciaram-se as correlações esperadas da autoeficácia com a qualidade de vida (convergente) e com a ansiedade e depressão (divergente). A análise das propriedades psicométricas dos itens evidenciou índices adequados de confiabilidade. Os itens 8 ($\theta=0,77$), 9 ($\theta=0,61$) e 10 ($\theta=0,61$) obtiveram o maior grau de dificuldade média. Os itens 4, 6, 7 e 8 apresentaram diferença significativa ($p\leq 0,05$) no nível de dificuldade em relação ao sexo dos participantes. **Conclusões:** o instrumento adaptado para o português do Brasil é válido e confiável para avaliar a autoeficácia dos pacientes em tratamento oncológico.

Descritores: Enfermagem; Neoplasias; Autoeficácia; Estudos de Validação; Pesquisa Metodológica em Enfermagem.

PIMENTA, Cláudia Jeane Lopes. **Cross-cultural adaptation and evidence of validity of the Brazilian version of the Cancer Behavior Inventory - Brief Version.** Thesis (PhD in Nursing) - Federal University of Paraíba, 2022.

ABSTRACT

Introduction: cancer treatment causes several changes in the life and health conditions of patients, which can generate intense suffering. In view of this, self-efficacy beliefs provide the confidence to perform challenging tasks, helping in the management of cancer symptoms and decision making about health care. **Objective:** to carry out the cross-cultural adaptation and seek evidence of validity of the Brazilian version of the Cancer Behavior Inventory - Brief Version. **Method:** this is a methodological study which followed a model of five interrelated stages for the cross-cultural adaptation of the instrument and used the Classical Test Theory and the Item Response Theory to seek evidence of validity of the adapted instrument. Data collection took place at a High Complexity Care Center in Oncology, located in João Pessoa, Paraíba, Brazil. The sample was defined based on specific criteria for validation studies of measurement instruments, with 10 subjects being recruited per item, totaling 140 participants. The research was approved by the Research Ethics Committee under CAAE number 44161524.4.0000.5188 and opinion number 4,622,548. **Results:** the stages of translation, back-translation and assessment by the Committee of Judges resulted in few changes. The adapted version of the instrument was submitted to a pre-test, and new modifications were made. The assessment of the structure of the items showed a model composed of two factors and 10 items. The accumulated variance explained about 61% of the shared variance of the items. Reliability indicators, composite reliability and internal consistency tests showed adequate values. The expected correlations of self-efficacy with quality of life (convergent) and with anxiety and depression (divergent) were confirmed. The analysis of the psychometric properties of the items showed adequate reliability indices. Items 8 ($\theta=0.77$), 9 ($\theta=0.61$) and 10 ($\theta=0.61$) had the highest degree of mean difficulty. Items 4, 6, 7 and 8 showed a significant difference ($p\leq 0.05$) in the level of difficulty in relation to the sex of the participants. **Conclusions:** the instrument adapted to Brazilian Portuguese is valid and reliable to assess the self-efficacy of patients undergoing cancer treatment.

Descriptors: Nursing; Neoplasms; Self Efficacy; Validation Study; Nursing Methodology Research.

PIMENTA, Cláudia Jeane Lopes. **Adaptación transcultural y evidencias de validez de la versión brasileña del *Cancer Behavior Inventory - Brief Version***. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Universidad Federal de Paraíba, 2022.

RESUMEN

Introducción: el tratamiento del cáncer provoca diversos cambios en las condiciones de vida y salud de los pacientes, lo que puede generar un intenso sufrimiento. En vista de esto, las creencias de autoeficacia brindan la confianza para poder realizar tareas desafiantes, ayudando a controlar los síntomas del cáncer y tomar decisiones sobre el cuidado de la salud. **Objetivo:** realizar la adaptación transcultural y buscar evidencias de validez de la versión brasileña del *Cancer Behavior Inventory - Versión Breve*. **Método:** se trata de un estudio metodológico que siguió un modelo de cinco pasos interrelacionados para la adaptación transcultural del instrumento y que utilizó la Teoría Clásica de Test y la Teoría de Respuesta al Ítem para buscar evidencias de validez del instrumento adaptado. La recolección de datos ocurrió en un Centro de Atención de Alta Complejidad en Oncología, ubicado en João Pessoa, Paraíba, Brasil. La muestra fue definida a partir de criterios específicos para estudios de validación de instrumentos de medida, siendo reclutados 10 sujetos por ítem, totalizando 140 participantes. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación bajo el CAAE N° 44161524.4.0000.5188 y parecer N° 4.622.548. **Resultados:** las etapas de traducción, retrotraducción y evaluación por el Comité de Jueces presentaron pocos cambios. La versión adaptada del instrumento fue sometida a un pre-test, realizándose nuevas modificaciones. La evaluación de la estructura de los ítems mostró un modelo compuesto por dos factores y 10 ítems. La varianza acumulada explicó alrededor del 61% de la varianza compartida de los ítems. Los indicadores de confiabilidad, la confiabilidad compuesta y las pruebas de consistencia interna mostraron valores adecuados. Se evidenciaron las correlaciones esperadas de la autoeficacia con la calidad de vida (convergente) y con la ansiedad y la depresión (divergente). El análisis de las propiedades psicométricas de los ítems mostró índices de confiabilidad adecuados. Los ítems 8 ($\theta=0.77$), 9 ($\theta=0.61$) y 10 ($\theta=0.61$) fueron los de mayor grado de dificultad media. Los ítems 4, 6, 7 y 8 mostraron diferencia significativa ($p\leq 0.05$) en el nivel de dificultad en relación al sexo de los participantes. **Conclusiones:** el instrumento adaptado al portugués brasileño es válido y confiable para evaluar la autoeficacia de pacientes en tratamiento oncológico.

Descriptores: Enfermería; Neoplasias; Autoeficacia; Estudio de Validación; Investigación Metodológica en Enfermería.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Relação entre os conceitos na Teoria de Médio Alcance da Autoeficácia.....	44
Figura 2	Desenvolvimento e validação das versões do <i>Cancer Behavior Inventory</i>	46
Figura 3	Métodos de avaliação qualitativa e quantitativa no processo de adaptação transcultural e na busca de evidências de validade de instrumentos de medidas.....	59
Figura 4	Parâmetros para a análise das evidências de validade de instrumentos de medidas.....	63
Figura 5	Parâmetros para a análise das evidências de validade de instrumentos de medidas.....	65
Figura 6	Etapas para a adaptação transcultural e para a busca de evidências de validade da versão brasileira do <i>Cancer Behavior Inventory - Brief Version</i>	74
Figura 7	Curva de Informação do teste referente ao Inventário de Comportamento para o Câncer - Versão Resumida (CBI-B/BR). João Pessoa - PB, Brasil, 2021.....	105
Figura 8	Mapa de distribuição itens-pessoa do Inventário de Comportamento para o Câncer - Versão Resumida (CBI-B/BR). João Pessoa - PB, Brasil, 2021.....	106
Figura 9	Mapa de distribuição itens-pessoa do Inventário de Comportamento para o Câncer - Versão Resumida (CBI-B/BR) segundo a estrutura dos limiares. João Pessoa - PB, Brasil, 2021.....	107

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Itens do <i>Cancer Behavior Inventory</i>	47
Quadro 2	Itens do <i>Cancer Behavior Inventory</i> (versão 2.0).....	49
Quadro 3	Itens do <i>Cancer Behavior Inventory - Brief Version</i>	50
Quadro 4	Itens do <i>Cancer Behavior Inventory</i> (versão 3.0).....	51
Quadro 5	Cenários que exigem a adaptação transcultural de instrumentos....	56
Quadro 6	Versão original, versões traduzidas e síntese das traduções das instruções do <i>Cancer Behavior Inventory - Brief Version</i> . João Pessoa - PB, Brasil, 2021.....	85
Quadro 7	Instrumento original, versões traduzidas e síntese das traduções do <i>Cancer Behavior Inventory - Brief Version</i> . João Pessoa - PB, Brasil, 2021.....	87
Quadro 8	Versão original e versões retrotraduzidas (BT1 e BT2) das instruções do <i>Cancer Behavior Inventory - Brief Version</i> . João Pessoa - PB, Brasil, 2021.....	89
Quadro 9	Versão original e versões retrotraduzidas (BT1 e BT2) do <i>Cancer Behavior Inventory - Brief Version</i> . João Pessoa - PB, Brasil, 2021.....	90
Quadro 10	Caracterização dos juízes acerca da área de interesse para o estudo. João Pessoa - PB, Brasil, 2021.....	92
Quadro 11	Versão síntese das instruções e versão modificada após consenso dos juízes acerca do <i>Cancer Behavior Inventory - Brief Version</i> . João Pessoa - PB, Brasil, 2021.....	94
Quadro 12	Versão síntese dos itens do <i>Cancer Behavior Inventory - Brief Version</i> após consenso dos juízes. João Pessoa - PB, Brasil, 2021.....	95
Quadro 13	Versões pré-final e adaptada do Inventário de Comportamento para o Câncer - Versão Resumida (CBI-B/BR). João Pessoa - PB, Brasil, 2021.....	96
Quadro 14	Versão final do Inventário de Comportamento para o Câncer - Versão Resumida (CBI-B/BR). João Pessoa - PB, Brasil, 2021.....	100

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Porcentagem de concordância entre os juízes na avaliação das equivalências da versão síntese das traduções e retrotraduções do <i>Cancer Behavior Inventory - Brief Version</i> . João Pessoa - PB, Brasil, 2021.....	92
Tabela 2	Índice de Validade de Conteúdo e Coeficiente Kappa dos itens da versão síntese do <i>Cancer Behavior Inventory - Brief Version</i> . João Pessoa - PB, Brasil, 2021.....	93
Tabela 3	Caracterização dos dados sociodemográficos dos pacientes em tratamento oncológico. João Pessoa - PB, Brasil, 2021.....	97
Tabela 4	Caracterização da condição clínica dos pacientes em tratamento oncológico. João Pessoa - PB, Brasil, 2021.....	98
Tabela 5	Descrição da estrutura fatorial do Inventário de Comportamento para o Câncer - Versão Resumida (CBI-B/BR). João Pessoa - PB, Brasil, 2021.....	101
Tabela 6	Distribuição dos indicadores de ajuste para validação do Inventário de Comportamento para o Câncer - Versão Resumida (CBI-B/BR). João Pessoa - PB, Brasil, 2021.....	101
Tabela 7	Descrição da análise convergente e divergente do Inventário de Comportamento para o Câncer - Versão Resumida (CBI-B/BR). João Pessoa - PB, Brasil, 2021.....	102
Tabela 8	Parâmetros de ajuste dos itens do Inventário de Comportamento para o Câncer - Versão Resumida (CBI-B/BR). João Pessoa - PB, Brasil, 2021.....	103
Tabela 9	Parâmetros de ajuste das pessoas que responderam ao Inventário de Comportamento para o Câncer - Versão Resumida (CBI-B/BR). João Pessoa - PB, Brasil, 2021.....	103
Tabela 10	Parâmetros de ajuste por item do Inventário de Comportamento para o Câncer - Versão Resumida (CBI-B/BR). João Pessoa - PB, Brasil, 2021.....	104

Tabela 11	Distribuição dos limiares dos itens do Inventário de Comportamento para o Câncer - Versão Resumida (CBI-B/BR). João Pessoa - PB, Brasil, 2021.....	105
Tabela 12	Parâmetros de Funcionamento Diferencial do Item (DIF) do Inventário de Comportamento para o Câncer - Versão Resumida (CBI-B/BR) segundo o sexo. João Pessoa - PB, Brasil, 2021.....	108

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a. C.	Antes de Cristo
AFE	Análise Fatorial Exploratória
BT1	<i>Back-Translation 1</i>
BT2	<i>Back-Translation 2</i>
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CACON	Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CBI	<i>Cancer Behavior Inventory</i>
CBI 1.0	<i>Cancer Behavior Inventory - Versão 1.0</i>
CBI 2.0	<i>Cancer Behavior Inventory - Versão 2.0</i>
CBI 3.0	<i>Cancer Behavior Inventory - Versão 3.0</i>
CBI-B	<i>Cancer Behavior Inventory - Brief Version</i>
CBI-BA	<i>Cancer Behavior Inventory - Arabian Version</i>
CBI-B/BR	Inventário de Comportamento para o Câncer - Versão Resumida Brasileira
CBI-B/C	<i>Cancer Behavior Inventory - Chinese Version</i>
CBI-B/I	<i>Cancer Behavior Inventory - Italian Version</i>
CBI-B/P	<i>Cancer Behavior Inventory - Portuguese Version</i>
CBI-Large	<i>Cancer Behavior Inventory - Large Version</i>
CCI	Curva característica do item
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFI	<i>Comparative Fit Index</i>
CIPE®	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CCS	Centro de Ciências da Saúde
DIF	Funcionamento diferencial
EORTC QLQ-C30	<i>European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire - Core 30</i>
EUA	Estados Unidos da América
FDI	<i>Factor Determinacy Index</i>
GLOBOCAN	Observatório Global de Câncer
HADS	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

HADS-A	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão - Subescala Ansiedade
HADS-D	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão - Subescala Depressão
IC	Intervalo de Confiança
INCA	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da
ISSB	<i>Inventory of Socially Supportive Behaviors</i>
IVC	índice de validade de conteúdo
KMO	Medida Kaiser-Meyer-Olkin
KSP	<i>Karnofsky Performance Status Sale</i>
LOT	<i>The Life Orientation (Optimism) Test</i>
MNSQ	<i>Mean Square</i>
NANDA-I	<i>North American Nursing Diagnosis Association International</i>
ORION	Confiabilidade geral de pontuações N-EAP oblíquas anteriores totalmente informativas
PAIS-SR	<i>Psychosocial Adjustment to Illness Scale</i>
PROMIS	<i>Patient-Reported Outcomes Measurement Information System</i>
RDWLS	<i>Robust Diagonally Weighted Least Squares</i>
RMSEA	<i>Root Mean Square Error of Aproximation</i>
SIP	<i>Sickness Impact Profile</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
T1	Tradução 1
T2	Tradução 2
T-12	Síntese das traduções
Tau	Comportamento ou variável observada
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCT	Teoria Clássica dos Testes
Teta	Traço latente
TLI	Índice de ajuste não normativo
TRI	Teoria de Resposta ao Item
TSC	Teoria Social Cognitiva
UFPB	Universidade Federal da Paraíba

UNACON	Unidade e Alta Complexidade em Oncologia
ZSDS	<i>The Zung Self-Rating Depression Scale</i>
ZSTD	<i>Z Standardized</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	23
2	OBJETIVOS.....	33
2.1	Objetivo Geral.....	34
2.2	Objetivos Específicos.....	34
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	35
3.1	O arcabouço teórico da autoeficácia.....	36
3.2	A utilização da autoeficácia na prática de Enfermagem.....	41
3.3	Desenvolvimento e busca de evidências de validade da versão original do <i>Cancer Behavior Inventory</i>.....	46
4	REFERENCIAL METODOLÓGICO.....	53
4.1	O processo de adaptação transcultural de instrumentos de medidas.....	54
4.2	A busca de evidências de validade de instrumentos adaptados..	60
4.2.1	Teoria Clássica dos Testes.....	62
4.2.2	Teoria de Resposta ao Item.....	68
5	MÉTODO.....	72
5.1	Delineamento do estudo.....	73
5.2	Posicionamento ético.....	73
5.3	Processo de adaptação transcultural do <i>Cancer Behavior Inventory - Brief Version</i>.....	73
5.3.1	Tradução da versão original do CBI-B para a Língua Portuguesa.....	74
5.3.2	Síntese das traduções.....	75
5.3.3	Retrotradução ou <i>Back-translation</i>	75
5.3.4	Revisão pelo comitê de juízes.....	76
5.3.5	Pré-teste da versão adaptada do instrumento.....	77
5.4	Procedimentos para coleta de dados.....	78
5.5	Instrumentos de medidas.....	79
5.6	Análise dos dados.....	81
6	RESULTADOS.....	84

6.1	Processo de adaptação transcultural do <i>Cancer Behavior Inventory - Brief Version</i>.....	85
6.1.1	Tradução para a Língua Portuguesa, síntese das traduções e retrotradução.....	85
6.1.2	Avaliação pelo Comitê de Juízes.....	91
6.1.3	Adaptação do <i>Cancer Behavior Inventory - Brief Version</i> após o pré-teste.....	96
6.2	Evidências de validade do Inventário de Comportamento para o Câncer - Versão Resumida (CBI-B/BR).....	97
6.2.1	Características dos participantes do estudo.....	97
6.2.2	Dados relacionados à avaliação psicométrica.....	99
6.2.2.1	<i>Análise Fatorial Exploratória</i>	99
6.2.2.2	<i>Evidências de validade convergente e divergente</i>	102
6.2.2.3	<i>Teoria de Resposta ao Item</i>	102
7	DISCUSSÃO.....	109
7.1	Processo de adaptação transcultural do <i>Cancer Behavior Inventory - Brief Version</i>.....	110
7.2	Evidências de validade do Inventário de Comportamento para o Câncer - Versão Resumida (CBI-B/BR).....	114
7.2.1	Características dos participantes do estudo.....	114
7.2.2	Dados relacionados à avaliação psicométrica.....	123
7.2.2.1	<i>Análise Fatorial Exploratória</i>	123
7.2.2.2	<i>Evidências de validade convergente e divergente</i>	126
7.2.2.3	<i>Teoria de Resposta ao Item</i>	130
8	CONCLUSÃO.....	136
	REFERÊNCIAS.....	140
	APÊNDICES	
	Apêndice A - Instrumento para caracterização dos juízes	
	Apêndice B - Instruções para o processo de julgamento	
	Apêndice C - Instrumento para avaliação das equivalências	
	Apêndice D - Instrumento para avaliação da validade de conteúdo da versão brasileira do CBI-B	

Apêndice E - Versão adaptada do “Inventário de Comportamento para o câncer - Versão resumida (CBI-B/BR)”

Apêndice F - Instrumento semiestruturado

Apêndice G - Versão final do “Inventário de Comportamento para o câncer - Versão resumida (CBI-B/BR)” utilizada na população

ANEXOS

Anexo A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

Anexo B - Autorização formal para adaptação transcultural e validação do CBI-B

Anexo C - Versão original do *Cancer Behavior Inventory - Brief Version*

Anexo D - Convite para participação no Comitê de Juízes

Anexo E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os juízes

Anexo F - Mini Exame do Estado Mental

Anexo G - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a população

Anexo H - European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire CORE 30

Anexo I - Permissão para utilização do European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire CORE 30

Anexo J - Mensuração do escore da EORTC QLQ-C30

Preâmbulo

A temática de assistência à pessoa com doenças crônicas despertou o meu interesse durante a Graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande, *campus* Cajazeiras. Nessa época, tive a oportunidade de identificar a relevância do cuidado prestado a esse público mediante as ações desenvolvidas em sala de aula, nas atividades de pesquisa e de extensão, e no período do internato.

A minha participação em projetos de extensão voltados às doenças crônicas e à promoção do envelhecimento saudável intensificou o desejo de aprofundar os meus conhecimentos sobre o tema, haja vista que eram condições de saúde que atingiam um grande quantitativo de pessoas, sem restrição de idade. Além disso, durante o período do internato na atenção hospitalar, pude acompanhar pacientes que apresentavam os mais diversos tipos de doenças crônicas, o que me estimulou a continuar desenvolvendo ações direcionadas a esse público.

Em virtude disso, decidi construir o meu trabalho de conclusão de curso sobre o tema, sendo sugerido pela minha orientadora analisar os significados atribuídos ao HIV/Aids pela pessoa idosa. Essa experiência ampliou a minha visão sobre a forma como a doença crônica é percebida pela população, além de me estimular a seguir a carreira acadêmica para poder contribuir com a formação dos profissionais de enfermagem que irão prestar assistência às pessoas com doenças crônicas.

Durante o Mestrado na Universidade Federal da Paraíba, a participação nas disciplinas e o desempenho nas atividades no Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde do Adulto e Idoso fortaleceram o meu interesse em desenvolver pesquisas sobre doenças crônicas, o que resultou na publicação de artigos e de trabalhos para eventos científicos sobre diabetes, acidente vascular encefálico, depressão, insuficiência renal crônica e câncer.

Dentre esses temas, a assistência ao paciente com câncer me chamou bastante atenção, pois, ao acompanhar a construção de uma dissertação e dos relatórios dos Projetos de Iniciação Científica sobre o tema, pude adquirir valiosos conhecimentos que expandiram a minha concepção sobre o cuidado de enfermagem a essa população. Essa vivência despertou o meu interesse em elaborar a tese acerca de algo que pudesse contribuir com a assistência de enfermagem à pessoa com câncer.

Nesse sentido, durante o Doutorado, propus-me a realizar a adaptação transcultural e a buscar evidências de validade da versão brasileira de um instrumento que avalia a autoeficácia do paciente em tratamento oncológico. A partir disso, tenho

a pretensão de fornecer uma ferramenta confiável para auxiliar na promoção de um cuidado que não se limite à avaliação dos aspectos relacionados à doença, mas que possa abranger as habilidades e os comportamentos que os indivíduos dispõem para aumentar a sua confiança em executar ações para melhorar a sua condição de saúde durante a terapêutica do câncer.

Este trabalho está estruturado em oito seções, que contemplam os seguintes tópicos: Introdução; Referencial Teórico; Referencial Metodológico; Método; Resultados; Discussão; e Conclusão. Nessas seções, abordam-se os aspectos necessários para contextualizar a temática, delimitar o problema, evidenciar a lacuna do conhecimento a ser suprida, elencar a hipótese e os objetivos do estudo, detalhar os aspectos metodológicos que fundamentaram a operacionalização da pesquisa, descrever as etapas seguidas para obtenção dos dados, expor os resultados encontrados, discutir os achados com base na literatura científica relacionada ao tema e trazer as conclusões obtidas ao fim dessa investigação.

Introdução

As transições demográficas e epidemiológicas alteraram o perfil da morbimortalidade em nível global. As condições de adoecimento da população sofreram modificações ao longo das décadas como resultado de características multifatoriais, de determinantes e condicionantes de saúde e de aspectos biológicos, sociais, econômicos, culturais e históricos da sociedade (OLSHAN *et al.*, 2019; SCHIAVONE; FERRETTI, 2021).

Nesse panorama, as doenças e agravos não transmissíveis representam um problema de grande magnitude, com impacto direto no potencial econômico e social de um país, haja vista que estão relacionadas a mortes prematuras e a altos custos com tratamentos de longa duração (BECK *et al.*, 2019). Apesar dos modelos de saúde atuais terem desenvolvido estratégias resolutivas para as condições agudas, ainda apresentam dificuldades para atender adequadamente às demandas de assistência e de reabilitação decorrentes das doenças crônicas (RICHARDSON *et al.*, 2019).

Dentre essas doenças, o câncer merece destaque, em virtude das repercussões negativas causadas aos sistemas de saúde e ao contexto individual e familiar dos indivíduos acometidos (OLIVEIRA; REIS; SILVA, 2018). O câncer é caracterizado por um grupo de comportamentos celulares anormais, que resultam em alterações no DNA e em danos irreversíveis à estrutura genômica da célula somática, transmitindo essa(s) mutação(ões) às células-filhas (CAO *et al.*, 2021; INCA, 2021a).

Em decorrência da sua magnitude no cenário atual, o câncer representa um problema global em constante crescimento e que acarreta grandes desafios à saúde pública (CAO *et al.*, 2021). As altas taxas de incidência, de prevalência e de mortalidade, somadas aos elevados índices de sequelas e de limitações provocadas pelo câncer, exigem uma assistência complexa, com cuidados permanentes em nível hospitalar, ambulatorial e domiciliar (CONTIERO *et al.*, 2021; COPPETTI *et al.*, 2019; MATTIUZZI; LIPPI, 2019; OLIVEIRA; REIS; SILVA, 2018).

No mundo, o número de casos de câncer vem apresentando uma acentuada elevação ao longo dos anos, tornando-se a segunda causa de morte no ano de 2018, com 9,6 milhões de óbitos (INCA, 2020, 2021a). Dados da Agência Internacional de Pesquisa sobre Câncer estimaram a ocorrência de aproximadamente 21,6 milhões de novos casos em 2025, com aumento de 33,3% para a década de 2040, totalizando cerca de 28,8 milhões de novos casos (IARC, 2022).

No Brasil, o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA, 2020) estimou a ocorrência de 625 mil novos casos para cada ano do triênio 2020-

2022, com maior incidência dos cânceres de pele não melanoma, mama, próstata, cólon, reto, pulmão e estômago.

Diversos fatores são elencados como responsáveis pelo aumento da incidência e da mortalidade por câncer, sendo relacionados, principalmente, ao desenvolvimento socioeconômico e à melhoria nas condições de vida e de saúde da população (BRAY *et al.*, 2018). O risco de um indivíduo desenvolver a doença está relacionado às suas características biológicas e aos aspectos multifatoriais da sociedade na qual está inserido, como aspectos ambientais, sociais, culturais, laborais, econômicos, políticos e históricos, o que vem provocando mudanças no quantitativo e na duração da exposição aos fatores de risco (INCA, 2020).

Embora os progressos da ciência e da tecnologia tenham permitido o diagnóstico cada vez mais precoce do câncer, a dificuldade de acesso à rede oncológica e a desigualdade na oferta de serviços de saúde, sobretudo especializados, interferem negativamente no prognóstico da doença e na condição de vida e de saúde do paciente, provocando altas taxas de morte prematura e de prejuízos para a qualidade de vida (COPPETTI *et al.*, 2019; LOMBARDO; POPIM, 2020; ROCHA *et al.*, 2018).

Associado a isso, durante o tratamento oncológico, o sofrimento pode ser perpetuado e/ou intensificado em decorrência das consequências diretas do tumor, da toxicidade provocada pelos quimioterápicos e dos conflitos vivenciados pelo paciente, os quais variam de acordo com o tipo de neoplasia diagnosticada (MAURINA; DELL'OSBEL; ZANOTTI, 2020; MEDEIROS *et al.*, 2019; MORAES FILHO; KHOURY, 2018).

Nas mulheres, os problemas relacionados ao câncer de mama são decorrentes, principalmente, dos efeitos colaterais da quimioterapia e do estigma social da doença, que provocam alterações na identidade, perda da mama, limitações físicas, alopecia, fadiga, prejuízos na sexualidade, diminuição da feminilidade, afastamento do trabalho, presença de distúrbios psíquicos, dentre outros (REIS; GRADIM, 2018; MEDEIROS *et al.*, 2019; SILVA; ARBOIT; MENEZES, 2020).

Entre os homens, a terapêutica para o câncer de próstata pode interferir negativamente nas funções urinária e sexual, repercutindo no seu papel masculino na relação conjugal, na família e na sociedade. Além disso, é frequente a presença de comprometimento psicológico e emocional, com níveis elevados de ansiedade, depressão, medo, angústia, desespero e ideação suicida (ARAÚJO; ZAGO, 2019;

BERNARDES *et al.*, 2019; MENEZES *et al.*, 2019; VIANA *et al.*, 2021).

Nesse sentido, percebe-se que a trajetória do paciente oncológico é envolta por inúmeras adversidades que afetam o indivíduo e toda a família (MARTINS *et al.*, 2018; MELLO *et al.*, 2021). Associado a isso, a possibilidade de piora da doença e as incertezas sobre o futuro impactam drasticamente o tratamento, comprometendo a adesão e os resultados da terapêutica empregada (TESTON *et al.*, 2018; VIANA *et al.*, 2021).

As abordagens para o tratamento do câncer datam da Grécia Antiga, em que os primeiros registros da doença foram descritos por Hipócrates, por volta de 400 a.C. Nos séculos seguintes, o problema foi ganhando maiores proporções, principalmente pela descoberta da sua associação com fatores biológicos, sociais, ambientais, ocupacionais e hábitos de vida (INCA, 2020; 2021a).

No cenário brasileiro, as primeiras iniciativas relacionadas ao enfrentamento do câncer ocorreram durante a década de 1920, contudo, tratavam-se de ações isoladas de alguns grupos de médicos, sem articulação entre a própria categoria profissional. Somente a partir de 1940, com os progressos da ciência, houve o desenvolvimento e o aprimoramento de tecnologias que possibilitaram a identificação da real magnitude do problema, o que gerou a necessidade de envolvimento do Estado (TEIXEIRA; ARAÚJO NETO, 2020).

Diversos setores públicos coordenaram e executaram ações para o controle do câncer, tendo enfoque direcionado para o tratamento da doença, sobretudo em estágios mais avançados. Todavia, apenas em 2005, com a criação da Política Nacional de Atenção Oncológica, houve um maior foco no diagnóstico e em estratégias de prevenção, mediante a organização hierarquizada das redes regionais e o estabelecimento das Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e dos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) (LOMBARDO; POPIM, 2020; TEIXEIRA; ARAÚJO NETO, 2020).

Durante os anos seguintes, foram sendo incorporadas outras legislações para fortalecer a assistência oncológica no país, ampliando a perspectiva de cuidados em saúde com o incentivo ao desenvolvimento de ações de prevenção, rastreamento, detecção precoce e acesso igualitário às melhores formas de tratamento (INCA, 2021b; LOMBARDO; POPIM, 2020).

Em decorrência da relevância epidemiológica do câncer para o contexto de saúde brasileiro, tem ocorrido um maior número de estudos sobre o tema (SANCHES;

RABIN; TEIXEIRA, 2018), fundamentados na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (BRASIL, 2015) e na Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde (BRASIL, 2018).

Diante disso, com o aumento da expectativa de vida populacional e a elevação da exposição aos fatores de risco para o câncer, estima-se que os impactos da doença progridam exponencialmente nas próximas décadas, representando um desafio para os sistemas de saúde mundiais, por ser uma doença crônica e degenerativa, com graves repercussões econômicas e elevado ônus psicossocial (DOBOSZ; DZIECIATKOWSKI, 2019; LOPES-JÚNIOR; LIMA, 2019; MATTIUZZI; LIPPI, 2019; OLIVEIRA; REIS; SILVA, 2018).

Um estudo de revisão sistemática evidenciou que as pessoas com câncer vivenciam um intenso sofrimento, o que causa prejuízos para as dimensões física, psicológica, social e existencial. Além disso, as implicações da doença não se restringem ao indivíduo acometido, mas afetam todo o seu círculo social, sobretudo os familiares mais próximos (ISKANDAR; ROCHMAWATI; WIECHULA, 2021).

A doença e o seu tratamento interferem de maneira significativa na rotina desses pacientes, haja vista que eles precisam conviver diariamente com os sintomas desagradáveis, os eventos adversos da terapêutica empregada, as limitações e incapacidades decorrentes de sequelas, a necessidade de cuidados de longa duração, as alterações na rotina e o surgimento e/ou intensificação de sentimentos desagradáveis, como desesperança, angústia, medo, raiva, ansiedade, tristeza e ideação suicida (VIANA *et al.*, 2021; WANG *et al.*, 2020; WILSON *et al.*, 2021).

Embora ao longo do tempo tenham ocorrido diversos avanços no conhecimento sobre oncologia, o câncer ainda é marcado por um forte estigma social, que vem atrelado à ideia de dificuldade e/ou impossibilidade de cura, à incerteza de prognóstico, ao intenso sofrimento e à proximidade com a morte (CALDIN *et al.*, 2021; REID; SOUNDY, 2019).

Nesse sentido, a assistência ao paciente oncológico requer um cuidado que transcenda as esferas biológica e tecnicista, as quais são amparadas apenas em competências, habilidades, métodos e abordagens terapêuticas. Faz-se necessário que haja acolhimento, escuta qualificada, empatia, confiança e valorização da participação do indivíduo na tomada de decisões (CARMO *et al.*, 2019; LOPES-JÚNIOR; LIMA, 2019).

A atuação da equipe multiprofissional em oncologia deve ser embasada em

uma assistência compartilhada, com enfoque na continuidade do cuidado, na promoção do bem-estar e da qualidade de vida e na redução de sintomas desagradáveis do câncer e dos seus efeitos crônicos e tardios. Além disso, deve prestar atendimento aos familiares/cuidadores e desenvolver ações educativas e integradas com outros setores da sociedade civil (BECK *et al.*, 2019; MARTINS *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2020; LOPES-JÚNIOR; LIMA, 2019; YOUNG *et al.*, 2020).

No âmbito da equipe de enfermagem, são exigidas do enfermeiro habilidades técnicas, relacionais e afetivas para um trabalho efetivo na área de oncologia. O desempenho adequado dessas competências impacta na segurança e na qualidade do cuidado prestado, favorece a adesão terapêutica e influencia positivamente nos resultados dos tratamentos empregados (NAZIAZENO *et al.*, 2020; PIMENTA; DOMENICO, 2019; VIANA *et al.*, 2021).

Estudo realizado com cinco mulheres que realizaram tratamento quimioterápico de câncer de mama no interior do Rio Grande do Sul observou que a enfermagem esteve presente durante a trajetória das pacientes, prestando uma assistência que não se restringia à realização de procedimentos. As mulheres relataram que se sentiram acolhidas e amparadas pela oferta de suporte físico, emocional e psicológico, o que auxiliou em um bom prognóstico e na melhoria do relacionamento interpessoal (SILVA; ARBOIT; MENEZES, 2020).

Em contrapartida, a atuação desse profissional na área de oncologia é bastante complexa e desafiadora, uma vez que a rotina de trabalho é marcada por procedimentos de alta complexidade, pela convivência diária com o sofrimento humano e pela exposição à violência física e/ou verbal, o que interfere negativamente na sua saúde e condição de vida (WICKLINE; BERRY; BELZA, 2021).

Estudo realizado com 231 profissionais de enfermagem atuantes em um hospital especializado em oncologia no Rio de Janeiro evidenciou uma grande proporção de trabalhadores que apresentaram Síndrome de *Burnout* com alto nível nas três escalas, que possuíam transtorno mental comum e que sofreram agressões físicas e verbais no último ano (SANTOS *et al.*, 2021). Na Espanha, uma pesquisa realizada com enfermeiros oncológicos em oito hospitais identificou altas taxas de *Burnout*, estresse traumático e ansiedade, o que resultou em elevado desejo de mudar de setor de trabalho e/ou abandonar a profissão (ARIMON-PAGÈS *et al.*, 2019).

Nesse sentido, torna-se imprescindível que haja uma mudança no cuidado em oncologia, que deve ser iniciada na formação dos profissionais e se manter durante a

sua atuação, desenvolvendo estratégias institucionais para a proteção desses indivíduos, o que impacta diretamente na atenção à saúde ofertada aos pacientes e aos seus familiares (PIMENTA; DOMENICO, 2019; SULLIVAN *et al.*, 2019).

Diante desse cenário, os currículos dos cursos de graduação e técnico em enfermagem precisam sofrer mudanças para se adaptarem às principais demandas de saúde da população brasileira (AGUIAR *et al.*, 2021). Com a expectativa de aumento no número de novos casos de câncer nas próximas décadas, é imprescindível que esses profissionais estejam aptos a atender a todas as demandas de cuidado do paciente com câncer (BURHENN *et al.*, 2021; MARTINA *et al.*, 2019).

A assistência em oncologia não se limita ao tratamento realizado em hospitais e/ou ambulatórios especializados, sendo comum o atendimento desses pacientes em diversos serviços de saúde, como hospitais generalistas, unidades de urgência e emergência e na atenção primária (AGUIAR *et al.*, 2021; BURHENN *et al.*, 2021; PIMENTA; DOMENICO, 2019; SULLIVAN *et al.*, 2019).

Dessa forma, fazem-se necessárias uma formação qualificada em oncologia para os estudantes e a constante atualização para os profissionais, com foco no aprendizado formativo, no raciocínio crítico e reflexivo, no incentivo para uma conduta ética, no desenvolvimento do trabalho em equipe, na capacidade de compreensão da realidade social dos pacientes e na habilidade de contextualização do cuidado em todos os níveis de atenção à saúde (MARTINA *et al.*, 2019; PIMENTA; DOMENICO, 2019).

No contexto atual e futuro da sociedade, os cuidados relacionados ao câncer tendem a progredir em quantidade e em nível de complexidade, o que demanda a implementação de ações urgentes para o atendimento dessa população (MURRAY; LEE, 2021; YOUNG *et al.*, 2020). Além disso, é preciso amparar os sobreviventes e os seus familiares/cuidadores, mediante a oferta de suporte para lidar com as mudanças advindas da doença e do tratamento, incentivo para o retorno à rotina e promoção de ações de autocuidado (MÉNORET, 2018).

Nesse sentido, a assistência oncológica vem passando por uma reformulação ao longo das décadas, distanciando-se do modelo biomédico focado na ótica hospitalocêntrica para uma atenção ampliada, com o protagonismo do paciente em todas as etapas do cuidado. Essa mudança auxiliou na incorporação de novas abordagens para o acompanhamento dos pacientes, o que proporcionou a identificação de elementos que interferiam no cuidado, com destaque para a

autoeficácia (MORETTO; CONTIM; SANTO, 2019; POMPILI *et al.*, 2021).

Durante a gestão do cuidado de pacientes e sobreviventes de câncer, é imprescindível que haja a identificação dos fatores que interferem nesse processo a fim de subsidiar a incorporação de estratégias eficientes e de abordagens inovadoras. Nesse contexto, a avaliação da autoeficácia pode representar uma importante ferramenta para a assistência à saúde em oncologia, favorecendo a prestação de um cuidado seguro e de qualidade (ALGAMDI; HANNEMAN, 2016; IYIGUN *et al.*, 2017; LI *et al.*, 2021; PEREIRA; IZDEBSKI; PEREIRA, 2021; SERPENTINI *et al.*, 2019).

Nos últimos anos, a autoeficácia tem sido bastante estudada na área da saúde, sobretudo a sua influência nos pacientes com doenças crônicas. Esse conceito está relacionado à confiança que um indivíduo possui em sua capacidade de executar um determinado curso de ação em detrimento de um objetivo a ser alcançado (BANDURA, 1986; 1997; GARNER *et al.*, 2018; YURT; AKSUT; KADIOGLU, 2019).

Nos pacientes com problemas que demandam cuidados de longa duração como o câncer, as crenças de autoeficácia favorecem a utilização dos recursos necessários para o enfrentamento de estressores e a mobilização de mecanismos internos e externos para regular o pensamento e o comportamento em busca de melhores resultados (BANDURA, 1997; HEITZMANN *et al.*, 2011; MERLUZZI *et al.*, 2018).

Estudo realizado nos Estados Unidos da América (EUA) com 288 pacientes latinos sobreviventes de câncer evidenciou que os níveis elevados de satisfação com o tratamento e de qualidade de vida relacionada à saúde foram consequência de um maior senso de autoeficácia (MORENO *et al.*, 2018). Corroborando com esse achado, uma revisão integrativa identificou que a alta eficácia foi preditora de maior bem-estar físico e emocional em adultos com câncer, sendo associada a uma melhor qualidade de vida e saúde geral, além de baixa ocorrência de sintomas negativos e de sofrimento (WHITE *et al.*, 2019).

Em decorrência da sua relevância para a área de oncologia, White *et al.* (2017) realizaram a análise do conceito de autoeficácia percebida para o manejo dos sintomas em pacientes com câncer, haja vista a necessidade do seu aprimoramento para a construção do conhecimento científico sobre o tema, de maneira que permitisse uma maior clareza conceitual na pesquisa e auxiliasse no desenvolvimento de intervenções individualizadas.

O conceito foi definido como a capacidade de implementar comportamentos

para prevenir, reconhecer e aliviar os sintomas em pacientes com câncer. Como antecedentes, têm-se a presença de sintomas (dinâmicos e multidimensionais), a realização de desempenho, a persuasão verbal e a existência de ameaça ou medo. Os atributos foram os processos cognitivos e afetivos, a motivação, a confiança, a competência e a consciência. Por fim, as consequências foram o alívio dos sintomas, mudanças no estado de saúde, influência no custo do cuidado, aumento da qualidade de vida e melhoria no desempenho comportamental (WHITE *et al.*, 2017).

A avaliação da autoeficácia nos pacientes oncológicos representa uma importante ferramenta para a elaboração e implementação de um plano terapêutico que atenda, de modo específico, às necessidades de cada indivíduo e para o desenvolvimento de ações que promovam um maior bem-estar físico, psíquico e emocional (MERLUZZI *et al.*, 2019; WHITE *et al.*, 2019).

Todavia, a autoeficácia é comumente avaliada de forma subjetiva, em virtude da inexistência de instrumentos adaptados culturalmente para o Brasil que possam analisar esse conceito abstrato de forma específica para a população oncológica. Diante disso, torna-se imprescindível a utilização de instrumentos válidos que permitam avaliar com maior sensibilidade a autoeficácia dos pacientes com câncer, buscando a identificação das singularidades relativas ao tratamento e o impacto gerado pela doença para o enfrentamento das adversidades no cotidiano desses indivíduos (HEITZMANN *et al.*, 2011; WHITE *et al.*, 2019).

Neste estudo, optou-se por realizar a adaptação transcultural e buscar evidência de validade da versão brasileira do *Cancer Behavior Inventory - Brief Version* (CBI-B) por ser um instrumento breve que permite a avaliação dos principais fatores relacionados às crenças de autoeficácia de pacientes em tratamento oncológico.

A utilização de uma versão adaptada do CBI-B para o Brasil poderá auxiliar na implementação de estratégias para o aperfeiçoamento de capacidades e habilidades para o manejo dos obstáculos presentes na trajetória do indivíduo com câncer, desde o diagnóstico até o tratamento e cura da doença (HEITZMANN *et al.*, 2011; MERLUZZI *et al.*, 2019; MENEZES *et al.*, 2019).

Para a Enfermagem, o uso do CBI-B pode subsidiar a melhoria da assistência, mediante a sua utilização durante o processo de enfermagem para a identificação das crenças de autoeficácia e a realização de intervenções específicas para cada paciente. Na área acadêmica, esse instrumento pode ser incorporado à disciplina de

oncologia como uma ferramenta inovadora para favorecer o cuidado de enfermagem, além da possibilidade de ser utilizado em atividades de ensino, no internato e em ações de extensão para avaliar a efetividade das intervenções no aumento dos níveis de autoeficácia.

Na pesquisa em Enfermagem, o CBI-B pode ser empregado em pesquisas exploratórias e transversais que possibilitem uma melhor compreensão dos fatores envolvidos na autoeficácia da pessoa com câncer e em estudos longitudinais que possam avaliar os níveis de autoeficácia ao longo do tempo e os elementos que interferem de maneira positiva e negativa, analisando as relações de causa e efeito com outras variáveis de relevância para a temática.

Dessa forma, este estudo testou a seguinte hipótese: o CBI-B adaptado para o português do Brasil apresenta evidências de validade e de confiabilidade satisfatórias para avaliar a autoeficácia de pacientes em tratamento oncológico.

Objetivos

2.1 Objetivo Geral

- Realizar a adaptação transcultural e buscar evidências de validade da versão brasileira do *Cancer Behavior Inventory - Brief Version*.

2.2 Objetivos Específicos

- Verificar as equivalências semânticas, idiopáticas, culturais e conceituais da versão adaptada do *Cancer Behavior Inventory - Brief Version*;
- Avaliar as validades de conteúdo e de construto da versão adaptada do *Cancer Behavior Inventory - Brief Version*;
- Analisar a confiabilidade da versão adaptada do *Cancer Behavior Inventory - Brief Version* por meio da consistência interna em pacientes com câncer no Brasil;
- Mensurar as propriedades psicométricas dos itens da versão adaptada do *Cancer Behavior Inventory - Brief Version*.

Referencial Teórico

3.1 O arcabouço teórico da autoeficácia

A fundamentação teórica que estrutura o conceito de autoeficácia foi instituída por Albert Bandura, psicólogo canadense que estabeleceu uma carreira de sucesso nos EUA e se tornou referência mundial em sua área de atuação. Durante a sua trajetória acadêmica, ele desenvolveu inúmeros estudos para a compreensão dos processos mentais por meio de métodos experimentais práticos, sistemáticos e replicáveis (AZZI, 2021).

Em parceria com Richard Walters, um dos primeiros estudantes de doutoramento que orientou na Universidade de Stanford, Bandura expandiu a compreensão existente na época sobre a relevância do contexto social para o funcionamento humano e, a partir disso, propôs a Teoria da Aprendizagem Social no início da década de 1960. Todavia, os estudos desenvolvidos nos anos seguintes permitiram que Bandura identificasse a ausência de um elemento fundamental para as teorias vigentes e para a sua própria teoria, sendo denominada de autoeficácia (BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008).

Diante disso, com a publicação do artigo “*Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change*”, Bandura detalhou o referencial teórico da autoeficácia, explicando a capacidade preditiva de mudanças comportamentais resultantes de diferentes tratamentos relacionados ao medo e à evitação. Esse material foi essencial para determinar o papel da autoeficácia dentro do quadro teórico da aprendizagem social, evidenciando que as percepções de cada indivíduo sobre si mesmo são constantemente modificadas ao longo da vida e se tornam ferramentas para buscar seus objetivos e exercer controle sobre o ambiente em que vivem (BANDURA, 1977).

Na década seguinte, percebendo a amplitude da teoria e de como ela poderia ser aplicada a outras disciplinas além da educação, Bandura a reformulou para distanciá-la das teorias de aprendizagem e enfatizar a relevância do papel cognitivo das pessoas na estruturação da sua realidade, na promoção da autorregulação, na interpretação de informações e no desempenho de comportamentos. Nesse sentido, a publicação do livro “*Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*” apresentou um novo rótulo para a teoria, sendo denominada de Teoria Social Cognitiva (TSC) em 1986 (AZZI, 2021; BANDURA, 1986).

De acordo com a TSC, o funcionamento humano tem como base a natureza recíproca das relações estabelecidas diariamente, em que o pensamento e a ação

resultam de uma inter-relação dinâmica entre fatores pessoais, comportamentais e ambientais. Esse referencial determina que os indivíduos são agentes da sua própria realidade, uma vez que podem modificá-la por meio dos seus atos e intervir de maneira proativa no seu desenvolvimento pessoal (BANDURA, 1982; 1986).

A visão de agência humana propõe que as ações intencionais de cada indivíduo são reguladas por determinados mecanismos, como as características físicas, os atributos, o sistema de crenças, as capacidades de autorregulação e as estruturas sociais (papéis e *status*) (AZZI, 2021; BANDURA, 1986; BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008).

Dentre esses mecanismos, as crenças pessoais assumem um papel central, sobretudo no contexto de uma sociedade globalizada, que está imersa em desafios diários cada vez mais complexos e perigosos, o que requer uma habilidade individual de realizar julgamentos corretos sobre as suas capacidades, de prever adequadamente os resultados de diferentes eventos e cursos de ação, de avaliar oportunidades e barreiras socioestruturais e de regular o seu comportamento conforme o ambiente e/ou a situação exijam (BANDURA, 1982; 1986; 2005).

As crenças pessoais de eficácia representam a base da agência humana, haja vista que o incentivo para agir e persistir diante das adversidades é decorrente da confiança individual de produzir resultados desejáveis, de prevenir consequências negativas e de lidar com as frustrações ao longo do processo (AZZI, 2021; BANDURA, 1986; 1997).

Bandura define as crenças de autoeficácia como “julgamentos das pessoas em suas capacidades para organizar e executar cursos de ação necessários para alcançar certos tipos de desempenho” (BANDURA, 1986, p. 391). Essa percepção de autoeficácia é o que move o indivíduo de um estado de inércia para o agir em detrimento de algo desejado, moldando o rumo da sua vida e influenciando de forma direta e indireta o que ele irá se tornar (AZZI, 2021; BANDURA, 1986; 1997; 2005; TAHERI; FALAVARJANI, 2019).

A busca pelo domínio do seu contexto de vida não é algo recente na história humana, sendo identificada desde os tempos primitivos, quando as pessoas apresentavam um conhecimento limitado sobre o mundo e atribuíam a seres sobrenaturais o controle da sua existência e dos fenômenos atmosféricos. Em virtude disso, praticavam rituais elaborados e exerciam códigos de condutas para agradar os deuses com o objetivo de conseguir favores, modificar aspectos desfavoráveis

presentes no seu destino e obter proteção divina (AZZI, 2021; BANDURA, 1997; 2005).

As mudanças nas crenças pessoais em executar ações se desenvolveram à medida que o conhecimento e a sociedade foram evoluindo, sobretudo a partir da habilidade em prever eventos e exercer controle sobre eles. Mediante essa percepção de autoeficácia, os indivíduos passaram a desempenhar um papel cada vez mais ativo na transformação do próprio destino, expandindo a compreensão dos elementos que determinam o alcance dos seus objetivos (BANDURA, 2005; BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008; TAHERI; FALAVARJANI, 2019).

Diante da relevância da autoeficácia e da sua abrangência conceitual, em 1997, Bandura publicou o livro *“Self-efficacy: the exercise of control”*, no qual descreveu os princípios da Teoria da Autoeficácia e as suas aplicações para as diversas áreas de atividade humana. Essa teoria postula que “o nível de motivação, os estados afetivos e as ações das pessoas baseiam-se mais no que elas acreditam do que naquilo que é objetivamente verdadeiro” (BANDURA, 1997, p. 2). Assim, a autoeficácia varia de acordo com a percepção de cada indivíduo, e não proporcionalmente às capacidades que apresenta, uma vez que as crenças pessoais interferem no uso do conhecimento e das habilidades que possuem (BANDURA, 1986; 1997; BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008).

A influência gerada pela percepção de eficácia abrange todos os aspectos da vida, agindo na motivação para a realização de tarefas, a escolha dos desafios, a manutenção do empenho mesmo diante de obstáculos e fracassos, os níveis de bem-estar, as realizações pessoais e profissionais, as relações interpessoais, a vulnerabilidade perante o estresse, a forma de lidar com situações adversas e a maneira de interpretar e regular o pensamento e o comportamento (ALI *et al.*, 2020; AZZI, 2021; BANDURA, 1986; 1997).

Nesse contexto, percebe-se que a autoeficácia não se restringe apenas ao aspecto interno de cada pessoa, mas contempla todo o universo social na qual está imersa e a forma como tentam controlá-lo em detrimento da produção de benefícios (BANDURA, 1997; 2005). Segundo Bandura (1997), as crenças de autoeficácia são formadas por meio da interpretação de informações geradas por quatro fontes principais: a experiência de domínio, a experiência vicária, a persuasão social e os estados somáticos e emocionais.

A **experiência de domínio** é considerada a fonte de autoeficácia mais forte,

uma vez que representa a autoavaliação dos resultados obtidos a partir de um comportamento pregresso. A interpretação que cada indivíduo faz desses resultados influencia na sua confiança em ser capaz ou incapaz de realizar atividades subsequentes, agindo de acordo com as crenças desenvolvidas. Logo, quando uma ação apresenta uma consequência exitosa, tem-se um aumento da autoeficácia, enquanto aquela compreendida como fracassada reduz essa crença (ALI *et al.*, 2020; BANDURA, 1997).

Um elevado senso de autoeficácia requer experiência em superar obstáculos mediante um empenho contínuo. A presença de dificuldades e de situações adversas no curso das ações desempenha uma função primordial para o progresso pessoal, evidenciando que o sucesso geralmente requer persistência. Além disso, as dificuldades promovem momentos de oportunidade para aprender com os fracassos e transformá-los em ferramentas para se obter os resultados desejados, aprimorando a sua capacidade de exercer o controle dos eventos relacionados (AZZI, 2021; BANDURA, 1982; 1997; 2005).

Todavia, diversos fatores influenciam a forma como essas informações são processadas cognitivamente e compreendidas no seu sentido real, o que interfere diretamente na capacidade de avaliação. As pessoas com um baixo nível de autoeficácia tendem a menosprezar as suas conquistas e duvidar da sua capacidade de realizar uma tarefa semelhante, mesmo depois de conseguir o resultado desejado por meio de esforços persistentes (BANDURA, 1982; 1997).

A fonte de informações mais fraca é a **experiência vicária**, que consiste no desenvolvimento de crenças de autoeficácia em decorrência da observação de outras pessoas executando as mesmas tarefas. Essa fonte se torna mais eficiente quando existem modelos com atributos semelhantes, o que potencializa o sentimento de competitividade inato ao ser humano (BANDURA, 1997).

Diariamente, os indivíduos fazem comparações de si com indivíduos semelhantes em situações particulares, como na escola, no trabalho, em relacionamentos amorosos, em competições, entre outros. Dessa forma, quando o alvo da observação apresenta características similares, tem-se uma maior propensão de serem desenvolvidas crenças de autoeficácia nas suas próprias capacidades. Essa confiança é geralmente embasada na ideia de que se alguém consegue realizar determinada atividade com êxito, então ele também conseguiria (BANDURA, 1997).

A **persuasão social** representa uma maneira de fortalecer as crenças

preexistentes, pois quando uma pessoa significativa para aquele indivíduo expressa confiança na sua capacidade de superar as dificuldades e de alcançar o que busca, tem-se uma maior chance da mobilização de esforços e da persistência nesse propósito, mesmo diante de dúvidas e incertezas. De maneira semelhante, as crenças de autoeficácia podem ser enfraquecidas por avaliações negativas, resultando em inseguranças que limitam o imaginário acerca do quanto aquele sucesso desejado é possível de ser alcançado (BANDURA, 1986; 1997).

Essa fonte de informação possui um poder limitado de provocar aumentos duradouros da autoeficácia, contudo, se a avaliação positiva estiver dentro de limites realistas e adequada ao contexto de vida daquele sujeito, pode reforçar as crenças pessoais, promover o desenvolvimento de competências e incentivá-lo a se esforçar o suficiente para obter êxito (ALI *et al.*, 2020; BANDURA, 1997).

Por fim, os **estados somáticos e emocionais**, como ansiedade, depressão, estresse, excitação, angústia, medo, bem-estar e outros estados de humor, influenciam na percepção de autoeficácia. A presença de uma reação emocional forte relacionada a uma determinada tarefa pode auxiliar na previsão de sucesso ou fracasso (BANDURA, 1997).

A performance de um indivíduo pode sofrer impacto das suas condições psicológicas e fisiológicas. Assim, a ocorrência de pensamentos negativos e de temores sobre as suas capacidades reduz a percepção de eficácia e desencadeia mais estresse e agitação, o que dificulta a utilização das suas habilidades e favorece o desempenho inadequado, reforçando a crença de incompetência (BANDURA, 1997; 2005; BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008).

As quatro fontes de informação que estruturam as crenças de autoeficácia não correspondem diretamente a formas de avaliar a competência, haja vista que uma pessoa com elevada capacidade para realizar determinada atividade pode apresentar um baixo senso de autoeficácia. A interpretação dos resultados obtidos e as regras empregadas para qualificá-los varia para cada indivíduo, sendo produto de fatores intrínsecos e das experiências a que ele esteve exposto. Diante disso, a compreensão da maneira como as pessoas processam essas informações fornece dados que fundamentam os seus julgamentos, os quais podem ser utilizados para os mais diversificados objetivos (BANDURA, 1982; 1986; 1997).

Ao longo das décadas, tem-se ampliado progressivamente o número de pesquisas relacionadas à autoeficácia, contemplando disciplinas como educação,

negócios, *marketing*, esportes, ciências sociais e políticas, economia, medicina e saúde, psicologia, relações internacionais, entre outros (BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008). Em detrimento do seu potencial para o desenvolvimento de intervenções inovadoras, diversos instrumentos estão sendo criados para mensurar a autoeficácia a partir de diferentes perspectivas, sobretudo para melhorar as condições de vida e saúde da população (MENDHI *et al.*, 2020; RASBACH; JENKINS; LAFFEL, 2015).

3.2 A utilização da autoeficácia na prática de Enfermagem

Na área da saúde, o conceito de autoeficácia foi utilizado como base para a criação de instrumentos aplicados aos mais diversos temas, sobretudo para as fases de desenvolvimento humano (MINTER; PRITZKER, 2015), comunicação e relações interpessoais (MATSUDA *et al.*, 2019), formação acadêmica (POLYDORO; GUERREIRO-CASANOVA, 2010), atuação profissional (CARUSO *et al.*, 2016), dificuldades cotidianas e situações estressantes/traumáticas (IZQUIERDO *et al.*, 2008), populações vulneráveis (FREITAS; DAMÁSIO; KOLLER, 2016), doenças crônicas, como diabetes (ANDERSON *et al.*, 2000) e câncer (HEITZMANN *et al.*, 2011; LAMBERT *et al.*, 2018), entre outros.

Dentre os estudos realizados na área da saúde, a Enfermagem se destaca com um número elevado de pesquisas e de aplicações da autoeficácia, como a sua avaliação nos diferentes contextos assistenciais, a mensuração da eficiência de intervenções, a adaptação transcultural de instrumentos e o desenvolvimento de teorias embasadas nesse conceito (CARUSO *et al.*, 2016; GARNER *et al.*, 2018; MADRUGA, 2019; MCEWEN; WILLS, 2016; RESNICK, 2014; SHOREY; LOPES, 2021; SOUZA; ZAUSZNIEWSKI, 2005; YURT; AKSUT; KADIOGLU, 2019).

A necessidade de implementar intervenções de enfermagem que fossem possíveis de serem replicadas no cenário clínico resultou na criação de uma teoria de médio alcance derivada da teoria de Bandura, haja vista que os conceitos originais eram muito amplos e exigiam um ambiente controlado ideal para a sua avaliação (RESNICK, 2014).

Diante disso, a enfermeira Barbara Resnick desenvolveu a Teoria da Autoeficácia para embasar a prática clínica do enfermeiro na compreensão do comportamento de saúde do indivíduo em diferentes ambientes e na orientação do

desenvolvimento de intervenções que pudessem modificá-lo (RESNICK, 2014).

Essa teoria compreende o funcionamento humano como uma interação dinâmica de influências pessoais, comportamentais e ambientais, as quais podem variar em nível de intensidade e ao longo do tempo. As crenças de autoeficácia são provenientes da autoavaliação feita pelo indivíduo ou da sua capacidade de comparar os seus resultados como algum tipo de critério relevante (RESNICK, 2014).

Da mesma forma que a teoria inicial, Resnick sugeriu que o julgamento sobre a autoeficácia é resultado de quatro fontes de informação: Realização Enativa (*Enactive Attainment*); Experiência Vicária (*Vicarious Experience*); Persuasão Verbal (*Verbal Persuasion*); e *Feedback* Fisiológico (*Physiological Feedback*). A avaliação cognitiva desses fatores pelo indivíduo provoca uma percepção de confiança na sua capacidade de executar um determinado comportamento, o que reforça as suas expectativas de autoeficácia caso essa ação obtenha um desempenho positivo (RESNICK, 2014).

A Realização Enativa, definida por Bandura como Experiência de Domínio, representa a principal forma de intervenção para fortalecer as expectativas de eficácia em pessoas idosas. O impacto positivo dessa fonte de informação foi demonstrado em pesquisas com diferentes públicos e com objetivos distintos, como a cessação do tabagismo, realização de exercícios físicos, perda de peso, desempenho de atividades funcionais, fobias de cobras e aranhas, entre outros (RESNICK, 2014).

Embora seja considerada como a fonte de maior influência para a autoeficácia, o seu desempenho de maneira isolada não estabelece crenças duradouras ou de nível elevado, haja vista que outros fatores interferem nessa relação, com destaque para os conceitos previamente estabelecidos sobre as habilidades individuais, a percepção de dificuldade na realização da tarefa, a quantidade de esforço exigido, a necessidade de ajuda externa, as circunstâncias nas quais essa atividade será desempenhada e os sucessos e/ou fracassos do passado (RESNICK, 2014).

Nesse sentido, a avaliação cognitiva realizada pelo indivíduo é afetada por elementos relacionados direta e indiretamente com a realização enativa. Como exemplo disso, tem-se uma idosa que acredita ser capaz de cuidar do jardim de forma independente porque realiza essa atividade diariamente há mais de 70 anos e provavelmente não terá as suas expectativas de autoeficácia reduzidas caso acorde um dia com dores nas mãos e não consiga regar as plantas. Contudo, se as dores persistirem e ela apresentar repetidos fracassos em desempenhar essa atividade,

poderá apresentar prejuízos nas suas crenças de autoeficácia (RESNICK, 2014).

A segunda fonte de autoeficácia, chamada de Experiência Vicária, está relacionada à visualização de pessoas semelhantes realizando um determinado comportamento. Algumas condições influenciam na efetividade dessa fonte, como a exposição prévia ao comportamento de interesse, a baixa experiência com as habilidades necessárias para a sua execução, o esclarecimento sobre as diretrizes exigidas para obtenção de êxito e a proximidade entre o indivíduo e a pessoa modelo (RESNICK, 2014).

A Experiência Vicária é bastante utilizada em pesquisas de intervenção com grupos para a perda de peso, uma vez que as pessoas se sentem mais motivadas a seguir a dieta e a manter uma rotina de exercícios físicos por perceber que outros indivíduos semelhantes estão tendo sucesso a partir dessa mudança de comportamento (LEUNG *et al.*, 2020; ROWLAND *et al.*, 2019).

A realização de treinamentos e simulações também pode aumentar as crenças de autoeficácia no ambiente assistencial e acadêmico, sobretudo na área da saúde, pois a observação de um colega desempenhando uma determinada atividade favorece as crenças pessoais nas suas próprias habilidades de execução, aumentando, assim, os níveis de autoeficácia (KUHN *et al.*, 2019; ROOIJACKERS *et al.*, 2022).

A Persuasão Verbal, descrita por Bandura como Persuasão Social, consiste no estímulo verbalizado acerca da capacidade que um indivíduo apresenta para executar um comportamento (RESNICK, 2014). Essa fonte de informação é utilizada extensivamente pelos profissionais de enfermagem, mediante ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças e agravos (JIANG *et al.*, 2019; KHODAMINASAB *et al.*, 2019; LUGO *et al.*, 2021; SEVERIAN *et al.*, 2021).

Diante disso, percebe-se que o encorajamento verbal, quando realizado por uma pessoa na qual o paciente tem confiança, favorece a mudança autodirigida do comportamento de risco à saúde, obtendo resultados positivos no fortalecimento das crenças de autoeficácia (GUIMARÃES *et al.*, 2018; PEREIRA *et al.*, 2020; PHOOSUWAN; LUNDBERG, 2020; RESNICK, 2014).

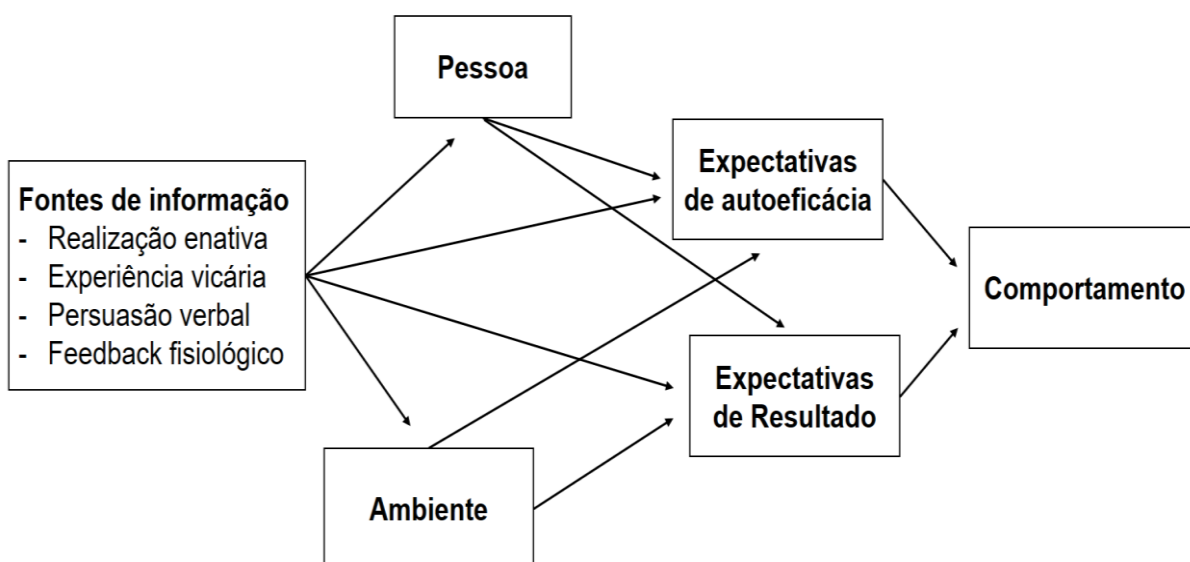
Por fim, o *Feedback* fisiológico representa uma importante fonte de informação para a autoeficácia, haja vista que as pessoas normalmente julgam as suas habilidades com base no seu estado fisiológico antes, durante e depois de realizar uma determinada ação. Desse modo, se a avaliação feita pelo indivíduo for

considerada como positiva, poderá aumentar o nível de autoeficácia e resultar em um melhor desempenho. Todavia, se a interpretação for percebida como negativa, as pessoas tendem a evitar a realização do comportamento (RESNICK, 2014).

Essa fonte de autoeficácia é frequentemente utilizada na enfermagem para intervenções focadas na diminuição da dor, na reabilitação de sequelas e incapacidades, na prática de exercícios físicos, na promoção da amamentação, no tratamento de fobias, entre outros (AWALIYAH; RACHMAWATI; RAHMAH, 2019; MARTINEZ-CALDERON *et al.*, 2020; PICHA *et al.*, 2021; RABEI; RAMADAN; ABDALLAH, 2020; SZCZEPANSKA-GIERACHA; MAZUREK, 2020).

As relações entre os conceitos da Teoria da Autoeficácia são consideradas como uma interação mútua, que apresenta um potencial de influenciar, positiva ou negativamente, as crenças de autoeficácia. Nesse sentido, as quatro fontes de informação interagem com as características do indivíduo, as expectativas de autoeficácia, as expectativas de resultado e os atributos do ambiente para gerenciar a execução do comportamento desejado (Figura 1).

Figura 1 - Relação entre os conceitos na Teoria de Médio Alcance da Autoeficácia.



Fonte: Adaptado de Resnick (2014).

O uso dessa teoria como embasamento para a pesquisa em Enfermagem tem se intensificado ao longo dos anos, sendo observado um número crescente de estudos desenvolvidos nos EUA e, mais recentemente, entre os países asiáticos. As principais formas de utilização da Teoria da Autoeficácia na Enfermagem estão

direcionadas para os aspectos clínicos do cuidado, a competência em enfermagem, a educação e o profissionalismo (RESNICK, 2014).

Na prática assistencial do enfermeiro, o conceito de autoeficácia foi incluído nos principais sistemas de classificação da assistência de enfermagem, que são relacionados a alguma fase do processo de enfermagem. Na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), versão 2019/2020, a autoeficácia (10024911) é descrita como um dos Conceitos Primitivos do Eixo Foco, o que corresponde a uma área de atenção relevante para a enfermagem contida na CIPE®, versão 2019/2020. Além disso, apresenta dois Diagnósticos/Resultados e três Intervenções de Enfermagem (GARCIA, 2020).

A classificação de diagnósticos de enfermagem 2021-2023 da *North American Nursing Diagnosis Association International* (NANDA-I) incluiu o conceito como baixa autoeficácia, representando um dos fatores relacionados a 19 diagnósticos de enfermagem, em 7 domínios diferentes: Promoção da saúde; Atividade/exercício; Percepção/cognição; Autopercepção; Papéis e relacionamentos; Segurança/proteção; e Conforto (NANDA-I, 2021).

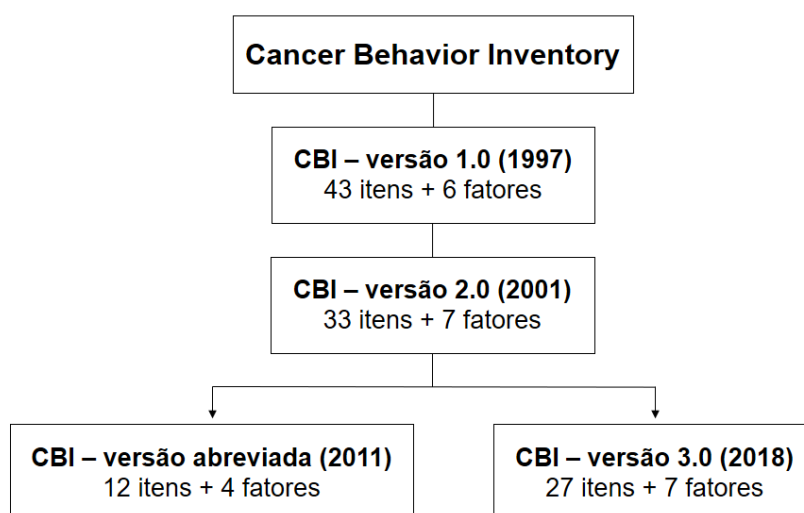
Diante da relevância da autoeficácia para a pesquisa e a assistência de enfermagem, torna-se imprescindível que haja a mensuração adequada desse conceito e das suas expectativas de resultados. Nesse sentido, a avaliação da autoeficácia requer o desenvolvimento e a adaptação transcultural de instrumentos específicos para cada situação, que abordem as atividades e as habilidades necessárias para o desempenho do comportamento desejado dentro daquele arranjo contextual (RESNICK, 2014).

Na prática diária do enfermeiro, a adaptação de um instrumento para avaliar a autoeficácia no contexto do paciente com câncer pode refletir de maneira positiva no cuidado prestado, auxiliar na identificação de fragilidades e de limitações que interferem na assistência e promover o planejamento de intervenções específicas para cada paciente, de acordo com o seu contexto de vida e de saúde (ALGAMDI; HANNEMAN, 2016; IYIGUN *et al.*, 2017; LI *et al.*, 2021; MERLUZZI *et al.*, 2018; PEREIRA; IZDEBSKI; PEREIRA, 2021; SERPENTINI *et al.*, 2019).

3.3 Desenvolvimento e busca de evidências de validade da versão original do *Cancer Behavior Inventory*

O *Cancer Behavior Inventory* (CBI) foi desenvolvido em 1997 por Thomas V. Merluzzi e Mary Ann Martinez Sanchez como um instrumento abrangente na mensuração da autoeficácia para comportamentos relacionados ao enfrentamento do câncer, o qual apresenta três versões longas (MERLUZZI; SANCHEZ, 1997a; MERLUZZI *et al.*, 2001; MERLUZZI *et al.*, 2018) e uma abreviada (HEITZMANN *et al.*, 2011) (Figura 2).

Figura 2 - Desenvolvimento e validação das versões do *Cancer Behavior Inventory*.



A versão inicial era composta por 78 itens que foram embasados na literatura científica sobre o enfrentamento do câncer (WEISMAN, 1984), em sugestões de pessoas com a doença, familiares e profissionais de saúde (técnicos em radiologia, enfermeiros oncológicos e médicos) e da própria experiência dos autores no aconselhamento psicológico desses pacientes (MERLUZZI; SANCHEZ, 1997a).

A etapa seguinte correspondeu à exclusão dos itens redundantes, modificações na escrita das questões e no estabelecimento da classificação a respeito da importância de cada comportamento e da sua dificuldade em ser realizado, resultando em 51 itens (MERLUZZI; SANCHEZ, 1997a).

A validade do CBI foi avaliada por meio de instrumentos que apresentavam fortes propriedades psicométricas e uma ampla utilização na pesquisa em psicologia da saúde para avaliação do impacto da doença, ajustamento perante a doença,

enfrentamento focado nos problemas emocionais, otimismo e suporte social (BARRERA; SANDLER; RAMSEY, 1981; BERGEMAN *et al.*, 1990; BERGNER *et al.*, 1981; CARVER; SCHEIER; WEINTRAUB, 1989; COHEN *et al.*, 1985; DEROGATIS; GEROGATIS, 1990; DIENER *et al.*, 1985; KARNOFSKY *et al.*, 1948; SCHEIER; CARVER, 1985; VIET; WARE, 1983; WATSON *et al.*, 1988).

A análise fatorial do CBI evidenciou um modelo composto por 6 fatores e 43 itens, que explicaram 53% da variância e refletiam as principais ações de enfrentamento que uma pessoa com câncer poderia vivenciar ao longo da doença e do tratamento. O instrumento obteve ótima consistência interna, apresentando um alfa de *Cronbach* de 0,96 (MERLUZZI; SANCHEZ, 1997a) (Quadro 1).

Quadro 1 - Itens do *Cancer Behavior Inventory*.

Factor 1: Maintenance of Activity and Independence
16. Maintaining work activity
2. Maintaining independence
33. Keeping busy with activities
14. Doing something, anything
8. Maintaining a daily routine
40. Starting new activities
42. Maintaining sexual activity
51. Continuing to perform self-care tasks
7. Maintaining physical contact
20. Maintaining nonphysical intimacy in relationships
41. Assigning meaning to my life*
19. Maintaining social relationships and friends*
1. Seeking support from family members*
11. Meeting financial obligations*
Factor 2: Coping With Treatment-Related Side Effects
48. Managing nausea and vomiting
49. Coping with physical change
18. Coping with hair loss
37. Accepting physical changes and limitations
50. Managing pain
21. Going through treatments for câncer
12. Managing specific disease or treatment-related side effects
38. Going along with advice and expectations
46. Following through with treatments and taking medications*
Factor 3: Accepting Cancer/Maintaining Positive Attitude
3. Maintaining a positive attitude
6. Maintaining a sense of humor
15. Maintaining hope
27. Controlling my negative feelings about cancer
31. Accepting that I have cancer
43. Accepting a situation you cannot change or control

Continua...

Quadro 1 - Itens do Cancer Behavior Inventory. Continuação**Factor 3: Accepting Cancer/Maintaining Positive Attitude**

- 32. Expressing positive feelings and emotions
- 34. Accepting one's death
- 29. Confronting cancer and issues arising from the disease*
- 4. Telling others about cancer*

Factor 4: Seeking and Understanding Medical Information

- 25. Asking physicians questions
- 10. Asking technologists questions
- 35. Asking nurses questions
- 24. Actively participating in treatment decisions
- 30. Seeking information about cancer or cancer treatment
- 26. Understanding information from doctors
- 17. Seeking treatment for cancer
- 39. Arranging transportation to treatment sessions*

Factor 5: Affective Regulation

- 13. Using denial
- 5. Blaming or shaming someone
- 23. Ignoring things that cannot be deal with
- 9. Expressing negative feelings about cancer
- 22. Expressing personal feelings of anger or hostility
- 36. Finding an escape
- 28. Considering other options for treatment or not receiving treatment

Factor 6: Seeking Support

- 44. Seeking consolation
- 45. Sharing feelings of concern
- 47. Seeking support from people and groups outside the family

*Itens excluídos da versão final do instrumento. Fonte: Merluzzi e Sanchez (1997a).

Logo após a sua validação, o CBI 1.0 foi utilizado para avaliar a importância e a dificuldade dos comportamentos de enfrentamento na perspectiva de pessoas com câncer e de profissionais de saúde (técnicos em radiologia e enfermeiros). Como resultados, percebeu-se divergências na classificação de dificuldades, em que os pacientes poderiam ter um pensamento mais positivo acerca da sua capacidade de enfrentamento, enquanto os profissionais geralmente superestimavam o sofrimento do paciente e, assim, minimizavam a sua capacidade de enfrentamento (MERLUZZI; SANCHEZ, 1997b).

Mediante os achados deste estudo, os pesquisadores perceberam que a versão do CBI com seis fatores não abordava um problema importante enfrentado pelos pacientes com câncer, que era a vivência de ansiedade e estresse relacionados às visitas médicas (MERLUZZI; SANCHEZ, 1997b).

Diante disso, os pesquisadores identificaram a necessidade de realizar uma nova revisão no instrumento, sendo incluído um sétimo fator (MERLUZZI *et al.*, 2001).

A versão 2.0 (CBI-Large) foi composta por 33 itens dispostos em 7 fatores, obtendo um alfa de *Cronbach* de 0,94 (MERLUZZI *et al.*, 2001) (Quadro 2).

Quadro 2 - Itens do *Cancer Behavior Inventory* (versão 2.0).

Factor 1: Maintaining Activity and Independence
21. Going through treatments for cancer
4. Maintaining work activity
30. Doing something, anything
8. Maintaining a daily routine
1. Maintaining independence
Factor 2: Seeking and Understanding Medical Information
9. Asking technologists questions
29. Asking physicians questions
5. Asking nurses questions
19. Seeking information about cancer or cancer treatment
15. Actively participating in treatment decisions
Factor 3: Stress Management
12. Remaining relaxed throughout treatment
6. Remaining relaxed throughout treatments and not allowing scary thoughts to upset me
27. Reducing any nausea associated with treatment
23. Reducing anxiety associated with getting blood drawn
17. Remaining relaxed while waiting at least 1 hour for my appointment
Factor 4: Coping With Treatment Related Side Effects
13. Coping with physical change
32. Managing nausea and vomiting
31. Managing pain
25. Accepting physical changes or limitations caused by cancer treatment
10. Coping with hair loss
Factor 5: Accepting Cancer/Maintaining Positive Attitude
2. Maintaining a positive attitude
28. Maintaining hope
3. Accepting that I have cancer
33. Controlling my negative feelings about cancer
24. Maintaining a sense of humor
Factor 6: Affective Regulation
11. Using denial
20. Expressing negative feelings about cancer
14. Ignoring things that cannot be deal with
18. Expressing personal feeling of anger or hostility
22. Finding an escape
Factor 7: Seeking Social Support
26. Seeking consolation
16. Sharing feelings of concern
7. Seeking support from people and groups outside the family

Fonte: Merluzzi *et al.* (2001).

A versão 2.0 foi reduzida para uma versão com 14 itens (CBI-B), buscando aprimorar o instrumento e potencializar a sua utilização. Contudo, após a realização das análises fatoriais, 2 itens foram excluídos, obtendo-se uma versão final composta por 12 itens, distribuídos em 4 fatores (HEITZMANN *et al.*, 2011).

A validade do CBI-B foi medida por meio de oito instrumentos que avaliavam a autoeficácia, a qualidade de vida, o *coping*, a satisfação com a vida, o impacto da doença, a depressão, a expectativa de efeitos colaterais e as informações sociodemográficas e de saúde, além de um questionário sobre as expectativas acerca dos efeitos adversos antes de receber o tratamento de quimioterapia (BERGNER *et al.*, 1981; CELLA *et al.*, 1993; DIENER *et al.*, 1985; DUGAN *et al.*, 1998; MERLUZZI *et al.*, 2001; SCHEIER; CARVER, 1985).

O CBI-B avaliou adequadamente os principais fatores da autoeficácia no enfrentamento do paciente com câncer, mostrando-se válido e confiável. Essa versão breve apresentou significativa correlação com o CBI-L, indicando que poderia ser utilizada em substituição à versão maior para obter uma estimativa geral da autoeficácia no câncer, subsidiando a realização de intervenções para a redução do sofrimento do paciente. A consistência interna total do instrumento obteve um alfa de Cronbach de 0,84 (HEITZMANN *et al.*, 2011) (Quadro 3).

Quadro 3 - Itens do *Cancer Behavior Inventory - Brief Version*.

Factor 1: Maintaining Independence and Positive Attitude
1. Maintaining independence
2. Maintaining a positive attitude
3. Maintaining a sense of humor
Factor 2: Participating in Medical Care
5. Using denial*
8. Actively participating in treatment decisions
9. Asking physicians questions
14. Remaining relaxed while waiting at least 1h for my appointment*
Factor 3: Coping and Stress Management
6. Maintaining work activity
7. Remaining relaxed throughout treatments and not allowing scary thoughts to upset me
12. Managing nausea and vomiting
13. Coping with physical changes
Factor 4: Managing Affect
4. Expressing negative feelings about cancer
10. Seeking consolation
11. Sharing feelings of concern

*Itens excluídos da versão final do instrumento. Fonte: Heitzmann *et al.* (2011).

O instrumento CBI-B também foi adaptado para as línguas árabe (ALGAMDI; HANNEMAN, 2016), turca (IYIGUN *et al.*, 2017), italiana (SERPENTINI *et al.*, 2019), portuguesa de Portugal (PEREIRA; IZDEBSKI; PEREIRA, 2021) e chinesa (LI *et al.*, 2021), obtendo evidências de validade transcultural e semântica adequadas à versão original em inglês (HEITZMANN *et al.*, 2011).

As versões 2.0 e abreviada foram utilizadas em diversas pesquisas de correlação e de intervenção, indicando fortes associações com variáveis críticas para o cuidado ao paciente com câncer, como qualidade de vida, fadiga, depressão e mudanças em resposta a intervenções. A partir disso, os autores perceberam a necessidade de aprimorar a versão ampla do instrumento (ROBB *et al.*, 2013; CARPENTER *et al.*, 2014; MERLUZZI *et al.*, 2018).

Dessa forma, realizou-se uma nova avaliação do CBI, sendo identificadas a ausência de uma subescala espiritual de autoeficácia, a baixa consistência interna de uma das subescalas e a falta de clareza de alguns itens do instrumento. A revisão do CBI resultou em uma versão (CBI-V3.0) que incluía estratégias espirituais de enfrentamento e uma melhor compreensão dos itens. O CBI-V3.0 foi composto de 27 itens, distribuídos em 7 fatores (MERLUZZI *et al.*, 2018) (Quadro 4).

Quadro 4 - Itens do *Cancer Behavior Inventory* (versão 3.0).

Factor 1: Maintaining Activity and Independence
1. Maintaining independence
4. Maintaining activities (work, home hobbies, social)
9. Maintaining a daily routine
25. Keeping busy with activities
Factor 2: Seeking and Understanding Medical Information
6. Asking nurses questions
10. Asking my health care professionals questions
17. Actively participating in treatment decisions
34. Asking physicians questions
Factor 3: Emotional Regulation
7. Trying to be calm throughout treatments and not allowing scary thoughts to upset me
13. Putting things out of my mind at times
14. Trying to be calm while receiving treatment (chemotherapy, radiation)
16. Learning to “let things go” at times
Factor 4: Coping With Treatment Related Side Effects
15. Coping with physical changes
29. Accepting physical changes or limitations caused by cancer treatment
36. Coping with aches and pains
37. Managing nausea and vomiting (whether or not I had these problems in the past)
<i>Continua...</i>

Quadro 4 - Itens do *Cancer Behavior Inventory* (versão 3.0). Continuação**Factor 5: Accepting Cancer/Maintaining Positive Attitude**

- 2. Maintaining a positive attitude
- 3. Accepting that I have cancer
- 28. Maintaining a sense of humor
- 32. Maintaining hope

Factor 6: Seeking Social Support

- 8. Seeking support from people and groups outside the family
- 19. Sharing my worries or concerns with others
- 30. Seeking social support

Factor 7: Using Spiritual Coping

- 11. Using spiritual/religious beliefs as a source of coping
- 18. Using spirituality/religion to give my life meaning
- 24. Maintaining hope using spirituality/religion
- 33. Using spiritual/religious beliefs to understand my reasons for living/surviving

Fonte: Merluzzi *et al.* (2018).

*Referencial
Metodológico*

4.1 O processo de adaptação transcultural de instrumentos de medidas

A avaliação das situações cotidianas representa uma importante etapa no processo de autodesenvolvimento dos seres vivos, sendo algo sistemático e intrínseco a cada indivíduo, o que permitiu a sua sobrevivência e evolução. Na história da humanidade, essa avaliação foi se tornando um procedimento cada vez mais sofisticado, necessitando de mecanismos formais de mensuração e comparação. Nesse contexto, a análise da relação do indivíduo com o seu ambiente físico e social exigia uma expressão científica, sendo, então, criados os instrumentos psicológicos ou testes (PASQUALI, 2010).

Não existe uma data precisa para o surgimento dos testes psicológicos, contudo, têm-se relatos da sua utilização em 3.000 a.C., na China, com o propósito de selecionar funcionários civis (DUBOIS, 1970). Formalmente, a origem desses instrumentos pode ser associada aos trabalhos desenvolvidos por Francis Galton (1822 - 1911) na Inglaterra, o qual acreditava que as operações intelectuais poderiam ser avaliadas a partir de medidas sensoriais. As suas contribuições estão presentes até os dias atuais e as suas ideias influenciaram um grande número de estudiosos em todo o mundo (PASQUALI, 2010).

A popularização dos testes psicológicos ocorreu durante a Primeira Guerra Mundial (1914 - 1918), na qual o exército dos EUA desenvolveu diversos testes para a seleção de soldados. Até esse período, os testes eram aplicados de maneira individual, buscando, contudo, uma testagem em massa da população para a identificação dos melhores combatentes, o governo americano decidiu introduzir os testes de aplicação coletiva. Com o fim da guerra e o sucesso dos testes, a indústria e as instituições em geral instituíram o seu uso para os mais diversificados propósitos (PASQUALI, 2010).

Nas últimas décadas, o número de instrumentos desenvolvidos foi crescendo exponencialmente, sendo utilizados em diferentes áreas do conhecimento (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). Na área da saúde, observa-se um quantitativo elevado de questionários e escalas que está atualmente disponível para uso, os quais permitem a avaliação do contexto de vida dos indivíduos, como as suas condições de moradia e habitação, do estado de saúde, estilo de vida, determinantes sociais, entre outros (ECHEVARRÍA-GUANILO; GONÇALVES; ROMANOSKI, 2019).

Diante disso, a seleção de um instrumento de medidas requer a avaliação

rigorosa das suas propriedades a fim de se obter uma coleta de dados adequados, precisos e de qualidade (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). Previamente ao início do estudo, recomenda-se que os pesquisadores realizem uma busca aprofundada na literatura sobre o tema que se pretende investigar e quais os instrumentos mais utilizados na população de interesse (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

A realização desta investigação permitirá a identificação de evidências para a utilização de instrumentos válidos e confiáveis, bem como a presença de lacunas no conhecimento que podem ser solucionadas com a criação de um novo instrumento ou a sua adaptação para outras culturas (EPSTEIN; SANTO; GUILLERMIN, 2015).

O desenvolvimento de um novo instrumento é um processo bastante complexo, haja vista que requer inúmeros recursos, investimentos financeiros, a mobilização de capacidades e de conhecimentos de diversas áreas, como também a necessidade de tempo e dedicação do pesquisador. Além disso, não se tem garantia de que o produto final será um instrumento válido e confiável às finalidades pretendidas (ECHEVARRÍA-GUANILO; GONÇALVES; ROMANOSKI, 2019; EPSTEIN; SANTO; GUILLERMIN, 2015).

Dessa forma, a adaptação transcultural de instrumentos previamente desenvolvidos e validados em outros idiomas representa uma alternativa facilitadora para a troca de informações e a disseminação de conhecimentos entre a comunidade científica (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015). Esse processo de adaptação requer o emprego de um percurso metodológico apropriado, buscando a obtenção de equivalências entre os idiomas de origem e de destino da população-alvo, o que irá garantir a avaliação de construtos subjetivos de maneira semelhante em estudos realizados em diferentes países (FREIRE; ARREGUY-SENA; MÜLLER, 2017).

A análise da necessidade de adaptação de um instrumento não se restringe apenas às diferenças de linguagem, uma vez que o cenário cultural gera grande influência no cotidiano dos indivíduos, mesmo quando se trata de países diferentes, mas que apresentam o mesmo idioma oficial (BORBA *et al.*, 2018). Nesse sentido, o Quadro 5 apresenta os cenários que exigem a adaptação transcultural de um instrumento.

Quadro 5 - Cenários que exigem a adaptação transcultural de instrumentos.

Necessidade de usar um instrumento em uma nova população	Provoca mudança em			Exigência necessária	
	Cultura	Linguagem	País de uso	Tradução	Adaptação
A. Utilizar na mesma população. Sem nenhuma mudança na cultura, no idioma ou no país de origem	Não	Não	Não	Não	Não
B. Utilizar em imigrantes estabelecidos no país de origem	Sim	Não	Não	Não	Sim
C. Utilizar em outro país, mas na mesma língua	Sim	Não	Sim	Não	Sim
D. Utilizar em novos imigrantes que não falam a língua, mas no mesmo país de origem	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
E. Utilizar em outro país e em outra língua	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

Fonte: Adaptado de Beaton *et al.* (2007).

As etapas para a realização da adaptação transcultural apresentam similaridades e divergências na literatura, uma vez que dependem do referencial metodológico utilizado (OLIVEIRA *et al.*, 2018). Estudos evidenciaram que, na área de enfermagem, o método mais utilizado em âmbito nacional e internacional para a adaptação transcultural de instrumentos foi desenvolvido pelo grupo de estudos de Beaton *et al.* (1996, 2000, 2007) devido a sua facilidade de operacionalização (LINO *et al.*, 2017; MACHADO *et al.*, 2018).

O processo de adaptação transcultural apresenta dois componentes básicos: a tradução do instrumento da língua original e a sua adaptação para a língua-alvo (BEATON *et al.*, 2000; PASQUALI, 2010); em seguida, realizam-se as etapas para a busca de evidências de validade das propriedades psicométricas do instrumento com o objetivo de identificar se as características do instrumento original foram preservadas na nova versão, sendo capaz de mensurar o mesmo conceito ou construto subjetivo em culturas distintas (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

De acordo com Beaton *et al.* (2007), o processo de adaptação transcultural de um instrumento de medidas para outro idioma é composto de cinco etapas: tradução;

síntese; retrotradução ou *back-translation*; revisão pelo comitê de juízes; e pré-teste. Vale ressaltar que antes de iniciar a adaptação, os pesquisadores devem obter a autorização formal dos autores que detêm os direitos autorais do instrumento (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

A **tradução** corresponde à primeira etapa do processo de adaptação transcultural. Recomenda-se a seleção de, no mínimo, dois tradutores independentes, qualificados e que apresentem domínio na língua e na cultura de origem do instrumento e nativos no idioma-alvo (BEATON *et al.*, 2007). Um dos tradutores deve ser informado sobre os objetivos do estudo e apresentar familiaridade com a área avaliada pelo instrumento, enquanto o segundo não deve estar ciente dos objetivos da tradução, obtendo-se as versões T1 e T2 do instrumento (BEATON *et al.*, 2007).

Na área da saúde, a preocupação com a utilização de instrumentos traduzidos e adaptados para outras línguas e culturas emergiu no início da década de 1990, com a globalização e a popularização do computador e da internet, o que permitiu uma maior troca de informações entre a comunidade científica e a descoberta de instrumentos desenvolvidos em diversos países que avaliavam diferentes aspectos da prática clínica dos profissionais (FREIRE; ARREGUY-SENA; MÜLLER, 2017).

Nessa época, a utilização dos instrumentos em outros países ocorria por meio de traduções literais, sem considerar o contexto cultural da nova população-alvo e as equivalências necessárias para manter uma coerência com o instrumento original. Esse processo resultou em utilizações inadequadas, resultados insatisfatórios e impossibilidade de comparação dos dados em estudos multinacionais (MERKIN; TARAS; STEEL, 2014).

A segunda etapa compreende a **síntese**, em que as versões T1 e T2 do instrumento são consolidadas em uma única versão pelos pesquisadores e tradutores, sendo denominada de T-12 (BEATON *et al.*, 2007). Esta etapa deve apresentar um elevado rigor metodológico por todos os envolvidos nesse processo, haja vista que todas as etapas subsequentes serão realizadas tendo como base essa versão desenvolvida na síntese (BEATON *et al.*, 2007; MERKIN; TARAS; STEEL, 2014; PASQUALI, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Em seguida, a versão T-12 consolidada na síntese é traduzida para o idioma de origem do instrumento (BT1 e BT2). Caso sejam identificadas divergências, o pesquisador deve discutir com os tradutores a alteração de palavras que possam interferir no significado e na interpretação dos itens do instrumento. Esta etapa é

chamada de **retrotradução ou *back-translation***, a qual deve ser realizada por dois tradutores independentes, nativos do país de origem do instrumento e com domínio na língua-alvo, além de desconhecerem os objetivos da tradução (BEATON *et al.*, 2007; OLIVEIRA *et al.*, 2018).

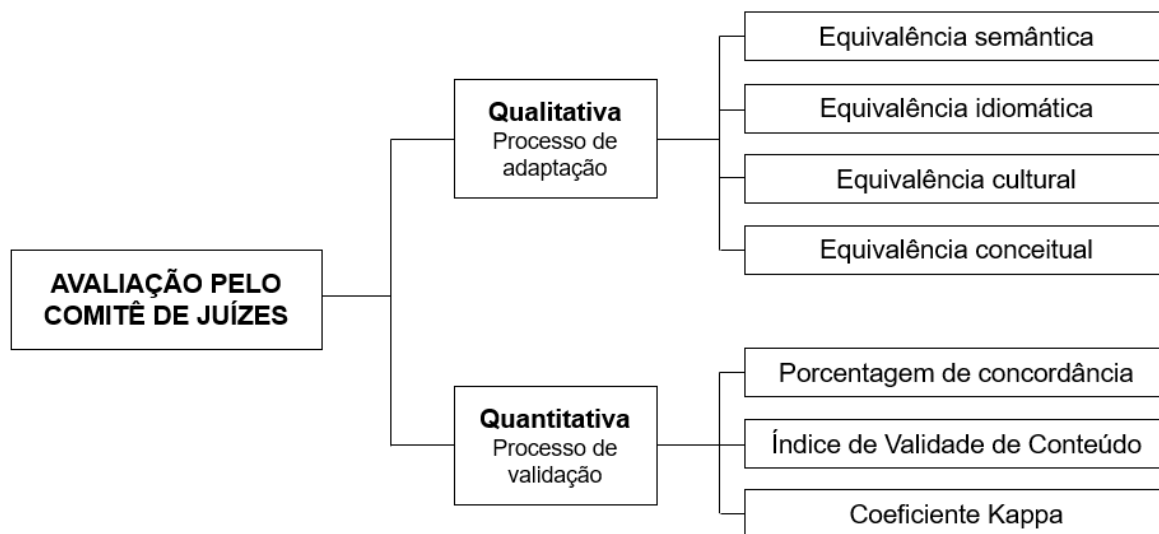
A quarta etapa corresponde à revisão da versão T-12, que deve ser realizada por 5 a 10 profissionais que compõem o **comitê de juízes** (BEATON *et al.*, 2007). A seleção desses profissionais deve ser baseada na formação acadêmica, na qualificação profissional, na experiência clínica e no desenvolvimento de pesquisas na área de conhecimento do instrumento e/ou em metodologia de adaptação transcultural e validação, uma vez que devem possuir a capacidade de julgar adequadamente e tomar decisões acertadas sobre a versão linguisticamente adaptada (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015; LINO *et al.*, 2017).

A avaliação de conteúdo realizada pelos juízes visa modificar ou eliminar itens que sejam irrelevantes, inadequados e/ou confusos, além de sugerir a substituição de palavras que melhor se ajustem ao item, sem causar prejuízos para a compreensão do construto investigado pelo instrumento (BEATON *et al.*, 2007; PASQUALI, 2010).

O comitê de juízes também é responsável por avaliar completamente o instrumento, não se restringindo apenas aos seus itens e domínios. Dentre as atribuições, tem-se a avaliação da estrutura, do *layout* e das instruções para o preenchimento, contemplando aspectos de diagramação, tipo, tamanho e fonte utilizados, disposição das informações no instrumento, formatação e espaçamento (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012).

A avaliação dos juízes pode envolver procedimentos qualitativos e quantitativos (Figura 3), sendo chamada de triangulação metodológica quando utilizar pelo menos dois métodos (WALTON *et al.*, 2020). Embora esses dois procedimentos ocorram simultaneamente no comitê de juízes, a sua análise é realizada de maneira distinta, uma vez que os métodos qualitativos fazem parte do processo de adaptação, enquanto os métodos quantitativos compreendem o processo de busca de evidências de validade.

Figura 3 - Métodos de avaliação qualitativa e quantitativa no processo de adaptação transcultural e na busca de evidências de validade de instrumentos de medidas.



A avaliação qualitativa é realizada de maneira individual e independente, em um período de tempo preestabelecido, havendo a possibilidade de realização de reuniões com todo o comitê para clarificar pontos controversos e discutir todas as sugestões e comentários apresentados. Os juízes devem realizar as análises das equivalências semântica, idiomática, cultural (experimental) e conceitual do instrumento (BEATON *et al.*, 2007).

A equivalência semântica corresponde à avaliação do significado e da compreensão das palavras utilizadas para a formulação dos itens, além da identificação da presença de erros gramaticais na tradução (NORA; ZOBOLI; VIEIRA, 2017). Essa equivalência busca analisar se houve a preservação e a transferência adequada do sentido e da definição das palavras usadas no instrumento original para a nova versão, permitindo uma compreensão semelhante nas duas culturas (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012; OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Na equivalência idiomática, ocorre a avaliação da tradução de itens que possuem expressões idiomáticas e coloquiais e se tais elementos foram traduzidos de forma literal ou adaptados por expressões equivalentes na cultura-alvo, de forma que não tenham sofrido mudanças no significado e/ou na compreensão dos itens (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012; NORA; ZOBOLI; VIEIRA, 2017).

A equivalência cultural, também chamada de equivalência experimental, abrange a avaliação de situações e fenômenos descritos nos itens do instrumento

original que são compatíveis com a sua cultura, mas que requerem adaptações para o contexto cultural da nova versão. Dessa forma, caso essa adaptação não seja possível ou torne o item incoerente, divergindo da cultura à qual o instrumento se destina, poderá ser modificado ou mesmo eliminado (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; NORA; ZOBOLI; VIEIRA, 2017; OLIVEIRA *et al.*, 2018).

A análise da equivalência conceitual busca identificar se os domínios e/ou conceitos abordados no instrumento original seriam relevantes para o contexto cultural do país-alvo (OLIVEIRA *et al.*, 2018). Além disso, avalia se os termos e/ou expressões utilizados correspondem ao mesmo aspecto em diferentes culturas e se eles são adequados à linguagem utilizada no país ao qual o instrumento se destina (BEATON *et al.*, 2007; BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012; NORA; ZOBOLI; VIEIRA, 2017).

A avaliação quantitativa pelo comitê de juízes será detalhada no tópico seguinte, haja vista que faz parte do processo de busca de evidências de validade de instrumentos adaptados (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012; HUTZ; BANDEIRA; TRENTINI, 2015; NORA; ZOBOLI; VIEIRA, 2017; PASQUALI, 2009, 2010, 2013; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

A última etapa do processo de adaptação transcultural é o **Pré-teste**, que consiste na aplicação da versão pré-final traduzida e adaptada do instrumento em uma amostra de 30 a 40 sujeitos. Esse processo busca avaliar a compreensão, a pertinência e a relevância cultural dos itens para pessoas com diferentes níveis de escolaridade. Os itens que gerarem dúvidas aos participantes devem ser revistos pelo comitê de juízes e reaplicados aos mesmos sujeitos. Caso não sejam necessárias novas modificações, o instrumento está pronto para ser aplicado na população-alvo (BEATON *et al.*, 2007; LINO *et al.*, 2017; OLIVEIRA *et al.*, 2018).

4.2 A busca de evidências de validade de instrumentos adaptados

Os instrumentos que foram adaptados devem ser submetidos ao processo de busca de evidências de validade a fim de garantir a qualidade, a legitimidade e a credibilidade dos resultados (MEDEIROS *et al.*, 2015). A busca de evidências de validade dos instrumentos adaptados representa uma etapa fundamental e bastante recomendada pelos principais referenciais metodológicos de adaptação transcultural, uma vez que permite minimizar a possibilidade de julgamentos subjetivos, prevenir a implementação de ações e/ou estratégias baseadas em resultados que apresentam

fragilidade, favorecer a comparação de dados em estudos multinacionais e generalizar os resultados para a população-alvo (BEATON *et al.*, 2007; MACHADO *et al.*, 2018).

Todavia, os passos exigidos para a realização desse processo apresentam bastante divergência na literatura científica, visto que não existe um consenso sobre quais as evidências mais relevantes e quantas delas são necessárias para comprovar a validade do instrumento (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012). Nesse sentido, torna-se imprescindível a avaliação das propriedades psicométricas dos instrumentos adaptados a fim de comprovar a sua efetividade em medir aquilo que se propõe (OLIVEIRA *et al.*, 2018; PASQUALI, 2010).

A psicometria corresponde a uma complexa área do conhecimento, que busca desenvolver técnicas de mensuração e aplicá-las na avaliação de fenômenos psíquicos. Essa análise ocorre por meio de escalas, inventários, testes e questionários padronizados, também chamados de “medida psicométrica”, que avaliam um determinado construto subjetivo a partir da sua representação em uma situação experimental (CUNHA; ALMEIDA NETO; STACKFLETH, 2016).

A teoria da medida em ciências representa a base para a psicometria, a qual abrange uma ampla discussão epistemológica sobre a utilização do símbolo matemático (número) no estudo científico e na representação do conhecimento da natureza com maior precisão (PASQUALI, 2009, 2010).

A referida teoria foi desenvolvida principalmente por estatísticos, desse modo utiliza símbolos que expressam parâmetros para representar o desenvolvimento do seu modelo matemático. No entanto, como a psicometria é um ramo da psicologia, e não da estatística, era necessário que esses parâmetros assumissem uma definição substantiva da disciplina, haja vista que o seu objeto de estudo eram processos comportamentais e psíquicos (PASQUALI, 2009).

Diante disso, a psicometria moderna apresenta duas vertentes, a Teoria Clássica dos Testes (TCT) e a Teoria de Resposta ao Item (TRI), em que a primeira determina a qualidade dos testes com base em comportamentos ou variáveis observadas (Tau) - visão monista materialista do ser humano, enquanto a TRI define essa qualidade em função de um critério que são as variáveis hipotéticas (Teta) - visão dualista (PASQUALI, 2009, 2010).

4.2.1 Teoria Clássica dos Testes

A TCT foi uma das primeiras tentativas formais de mensuração em psicologia, tendo como foco os escores obtidos pelos instrumentos psicométricos e a quantidade de erro de medida que estavam presentes (HUTZ; BANDEIRA; TRENTINI, 2015). A psicometria tradicional (TCT) define a qualidade dos testes psicológicos com relação a um critério, o qual é representado por comportamentos presentes ou futuros (PASQUALI, 2010).

A psicometria, de forma geral, busca explicar o sentido das respostas escolhidas pelos sujeitos dentro de uma série de tarefas presentes em um teste, as quais são chamadas de itens. Diante disso, a TCT tenta compreender o que a soma das respostas dadas a uma série de itens (conjunto de comportamentos) expressa no escore total (PASQUALI, 2013).

O modelo teórico da TCT foi desenvolvido por Spearman e posteriormente detalhado por Gulliksen, contemplando postulados básicos, considerados como as definições iniciais da teoria, sendo $T = V + E$, em que T = escore bruto ou empírico do sujeito, que corresponde à soma dos pontos obtidos no teste; V = escore verdadeiro, que seria a magnitude real daquilo que o teste pretende mensurar no sujeito, excluindo-se o erro; e E = erro de medida que está sempre presente nas operações empíricas. Dessa forma, faz-se necessário fazer a distinção de três componentes e estabelecer algumas suposições sobre as relações existentes entre eles (PASQUALI, 2009, 2010, 2013).

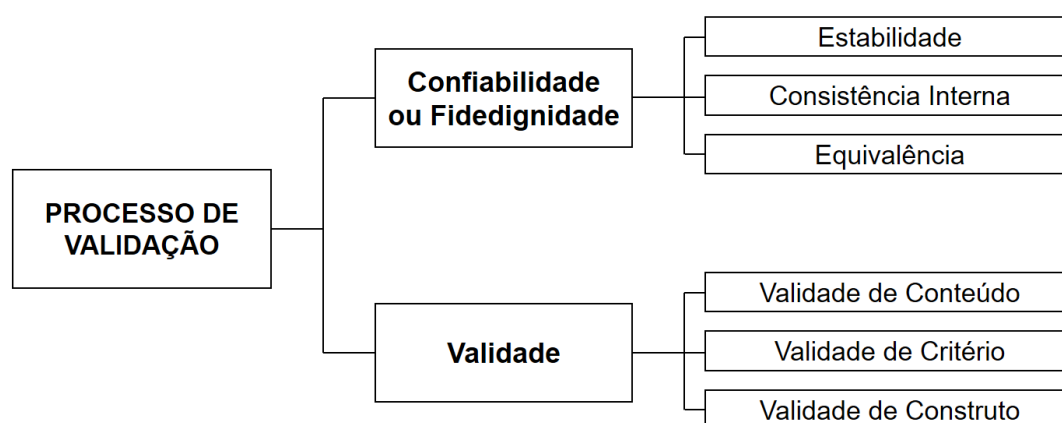
O foco da TCT consiste em desenvolver estratégias e/ou cálculos estatísticos para controlar ou avaliar a magnitude do erro presente nas medidas. Sabe-se que toda e qualquer medida possui intrinsecamente uma quantidade de erros, sendo, portanto, imprescindível que o número que descreve um fenômeno empírico seja acompanhado de algum indicador de probabilidade. Nesse sentido, o erro deverá ser analisado a partir de teorias estatísticas para determinar se esse valor se encontra dentro dos limites de aceitabilidade (PASQUALI, 2010).

Na medida dos fenômenos naturais, o número perde a sua característica pontual e absoluta de sua forma matemática e passa a se tornar um intervalo na sua forma estatística, exibindo, assim, uma variabilidade (variância), que é o erro. A observação dos erros pode ser decorrente de diferentes aspectos, como o instrumento utilizado, as diferenças individuais dos sujeitos, os fatores históricos e ambientais e

aqueles sem causas definidas (aleatoriedade) (PASQUALI, 2009, 2010).

Diante disso, o parâmetro fundamental da medida psicométrica dos testes é a demonstração de que aquele comportamento presente nos itens do instrumento, de fato, corresponde ao atributo investigado. A partir disso, desenvolveu-se uma série de parâmetros mínimos que a medida psicométrica deveria apresentar para que um instrumento fosse considerado como legítimo e válido, sendo os mais básicos referentes à confiabilidade e à validade (HUTZ; BANDEIRA; TRENTINI, 2015; PASQUALI, 2009, 2010, 2013), conforme exposto na Figura 4.

Figura 4 - Parâmetros para a análise das evidências de validade de instrumentos de medidas.



A **confiabilidade ou fidedignidade** representa a capacidade de reproduzir um resultado de maneira estável no tempo, no espaço e/ou com base em diferentes observadores. Nesse sentido, avalia aspectos relativos à homogeneidade, precisão, equivalência, estabilidade, reprodutibilidade, confiança e concordância, sendo um dos principais critérios para a determinação da qualidade de um instrumento (ALEXANDRE et al., 2013; CUNHA; ALMEIDA NETO; STACHFLETH, 2016; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

A confiabilidade não é uma propriedade fixa, haja vista que depende de diversos aspectos, como o objetivo do instrumento, as características da população-alvo, o método de coleta de dados, o contexto e as circunstâncias em que essa coleta ocorre, além do método estatístico utilizado para a sua mensuração. Os três principais critérios para a avaliação da confiabilidade são a estabilidade, a consistência interna e a equivalência (ALEXANDRE et al., 2013; MATOS; RODRIGUES, 2019; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

A estabilidade, também chamada de reprodutibilidade ou confiabilidade teste-reteste, corresponde ao grau em que o instrumento reproduz os mesmos resultados quando aplicado em momentos diferentes, mas não muito distantes um do outro, aos mesmos indivíduos e sob condições semelhantes. A sua utilização nem sempre é viável, pois apresenta algumas problemáticas, uma vez que as respostas dos indivíduos na segunda aplicação podem sofrer influência da natureza da variável investigada, do contexto social, das atitudes, do estado de humor, do conhecimento sobre determinado tópico e da memória (ECHEVARRÍA-GUANILO; GONÇALVES; ROMANOSKI, 2017).

A consistência interna analisa o grau em que os itens de um instrumento estão realmente medindo o mesmo construto, tendo como base a correlação média entre esses itens. Nos instrumentos compostos por diferentes domínios ou subescalas (multidimensionais), esse critério deve ser avaliado separadamente para cada parte (ALEXANDRE *et al.*, 2013; POLIT; BECK, 2019).

O método mais utilizado para estimar a consistência interna é o alfa de *Cronbach*, também chamado de coeficiente alfa, sendo baseado em escores numéricos discretos que correspondem a diferentes possibilidades para cada item. Esse teste é recomendado para instrumentos que utilizam escalas do tipo *Likert* ou múltipla escolha, em que os valores das categorias apresentem uma ordem crescente ou decrescente (ECHEVARRÍA-GUANILO; GONÇALVES; ROMANOSKI, 2019; MCNEISH, 2018; POLIT; BECK, 2019).

Os valores do alfa de *Cronbach* são influenciados pelo número total de itens, assim um instrumento com pequeno número de itens por domínio pode ocasionar a diminuição no valor do teste. No entanto, valores muito altos de alfa podem sugerir a existência de itens redundantes (CUNHA; ALMEIDA NETO; STACKFLETH, 2016; POLIT, 2015; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

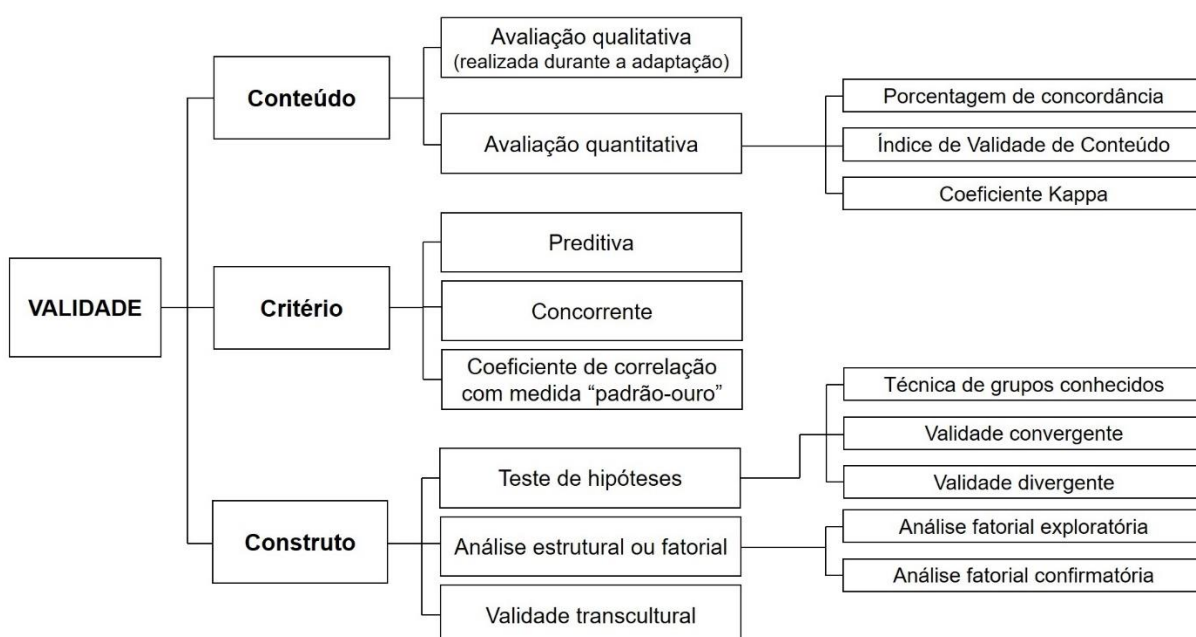
A equivalência ou confiabilidade interobservador se refere ao nível de concordância apresentado por dois ou mais indivíduos na avaliação de um mesmo atributo, sendo os resultados dependentes do treinamento/experiência dos avaliadores para realizar tal tarefa e da padronização na aplicação do teste (CUNHA; ALMEIDA NETO; STACKFLETH, 2016; POLIT; BECK, 2019).

O coeficiente Kappa de Cohen é a medida mais utilizada para a mensuração desse critério, em que os aspectos a serem analisados são categorizados em uma escala nominal. O resultado desse cálculo é proporcional à concordância entre os

juízes na análise do instrumento (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; ECHEVARRÍA-GUANILO; GONÇALVES; ROMANOSKI, 2017; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

A **validade** corresponde ao processo de mensuração da capacidade de um instrumento em medir exatamente aquilo que se propõe. Embora exista bastante semelhança entre a validade e a confiabilidade, essas duas propriedades de medidas são independentes, haja vista que uma elevada confiabilidade não garante que um instrumento seja considerado válido. Os principais tipos de validade são referentes ao conteúdo, ao critério e ao construto, sendo apresentados na Figura 5 (PASQUALI, 2009, 2010; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

Figura 5 - Parâmetros para a análise das evidências de validade de instrumentos de medidas.



A validade de conteúdo permite a identificação do quanto os itens de um instrumento podem ser representativos dos comportamentos estabelecidos por um universo definido para a expressão do construto teórico analisado. Esse tipo de validade não é determinado por meio de medidas estáticas, sendo necessária a avaliação de especialistas com profundo conhecimento teórico e/ou prática na área em questão (OLIVEIRA *et al.*, 2018; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

O processo de validade de conteúdo é, geralmente, realizado durante a adaptação transcultural, na fase de avaliação da versão adaptada pelo comitê de

juízes, buscando uma análise aprofundada do alinhamento dos itens e domínios do instrumento de medida com os pressupostos teóricos (OLIVEIRA *et al.*, 2018). A partir dessa análise, utilizam-se o cálculo da porcentagem de concordância e o índice de validade de conteúdo (IVC) para quantificar o nível de conformidade entre os juízes acerca da avaliação do instrumento (MEDEIROS *et al.*, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2018).

A porcentagem de concordância permite a avaliação da taxa de entendimento interobservadores sobre os diferentes aspectos relativos à nova versão do instrumento, como título, instruções, diagramação, itens, domínios, interpretação dos escores e classificação dos resultados. O cálculo do IVC avalia a proporção de juízes que concordam com cada item de forma individual e com o instrumento de forma integral acerca da relevância/representatividade de determinado aspecto para a versão final do instrumento em análise (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015; LINO *et al.*, 2017; OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Na validade de critério, tem-se a análise do nível em que o instrumento apresenta resultados semelhantes a outras medidas já desenvolvidas e válidas, mediante a utilização de dados independentes para avaliar a relação entre o instrumento e algum critério externo previamente determinado (PASQUALI, 2009, 2010; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

Esse tipo de validade pode ser preditiva, quando o conjunto de comportamentos antecipa uma situação ou um resultado de saúde que se encontra no futuro; ou concorrente, quando a medida é testada com um instrumento amplamente utilizado e que possui características similares, sendo considerado como padrão-ouro para aquele construto (ECHEVARRÍA-GUANILO; GONÇALVES; ROMANOSKI, 2019; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

As dificuldades na avaliação da validade de critério estão relacionadas à escassez de medidas padrão-ouro e à impossibilidade de mensuração de algumas medidas na área da saúde, como instrumentos de autorrelato. Nesse contexto, a análise dessa propriedade se restringe à realização de estudos de validação das versões abreviadas dos instrumentos, sendo utilizada a versão original (completa) como padrão-ouro para a investigação do construto (ECHEVARRÍA-GUANILO; GONÇALVES; ROMANOSKI, 2019; PASQUALI, 2009; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

A validade de construto, também chamada de validade de conceito ou estrutural, é considerada como o principal tipo de validação, uma vez que permite a

verificação da hipótese de real existência do comportamento mensurado (OLIVEIRA *et al.*, 2018). Refere-se à avaliação da estrutura do instrumento de medida e da representação adequada da multidimensionalidade do construto (ECHEVARRÍA-GUANILO; GONÇALVES; ROMANOSKI, 2019). Nesse sentido, quanto maior a abstração do construto, mais complexo se torna o estabelecimento da sua validade (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

O estabelecimento desse tipo de validade é realizado por meio de três medidas: o teste de hipóteses, a análise fatorial e a validade transcultural. No teste de hipóteses, podem ser utilizadas diferentes estratégias, em que uma delas, chamada de técnica de grupos conhecidos, consiste na aplicação do instrumento a grupos diferentes de indivíduos, sendo esperado que os resultados apresentem uma sensibilidade capaz de identificar tais divergências (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

Outra forma de verificar a validade de construto pelo teste de hipóteses ocorre pela avaliação das validades convergente e divergente do instrumento de medida, analisando, respectivamente, sensibilidade e especificidade (ECHEVARRÍA-GUANILO; GONÇALVES; ROMANOSKI, 2019; OLIVEIRA *et al.*, 2018; PASQUALI, 2010; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

No primeiro caso, tem-se a utilização de testes para correlacionar as pontuações do instrumento em questão com os escores de outro instrumento que mensura um fenômeno similar, com o qual ambos deveriam apresentar uma relação. Em contrapartida, na validade divergente, espera-se que não exista relação ou que ela seja inversamente proporcional (OLIVEIRA *et al.*, 2018; PASQUALI, 2010; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

A análise fatorial corresponde a outra forma bastante conhecida de mensurar a validade de construto, além de ser uma das principais ferramentas utilizadas para a construção, a avaliação, o aperfeiçoamento, a adaptação e o uso de testes psicométricos. Essa medida permite a avaliação interna do instrumento, a partir da definição de uma matriz estrutural dos dados, exibindo as inter-relações entre os itens e a forma como o seu agrupamento explica a formação de um ou mais fatores/dimensões (DAMÁSIO, 2013; OLIVEIRA *et al.*, 2018; PASQUALI, 2010; ECHEVARRÍA-GUANILO; GONÇALVES; ROMANOSKI, 2019).

Quando utilizada no desenvolvimento de um instrumento, essa análise permite a identificação do número de construtos contidos (uni ou multidimensional), além da manutenção ou retirada de elementos (itens ou grupo de itens). Em contrapartida,

quando usada no processo de adaptação transcultural, a análise fatorial poderá evidenciar a necessidade de reavaliar as adequações realizadas em etapas anteriores desse processo, as quais ocasionaram mudanças na organização da estrutura do instrumento (ECHEVARRÍA-GUANILO; GONÇALVES; ROMANOSKI, 2019).

As técnicas de análise fatorial podem ser divididas em exploratória e confirmatória, as quais apresentam a mesma metodologia estatística, mas divergem na interpretação dos resultados, sendo utilizadas de forma complementar. Na análise fatorial exploratória, tem-se a investigação da estrutura dos dados, o que resulta na identificação de potenciais fatores/dimensões contidos no instrumento e no desenvolvimento de hipóteses a serem testadas (DAMÁSIO, 2013; ECHEVARRÍA-GUANILO; GONÇALVES; ROMANOSKI, 2019; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

Na análise fatorial confirmatória, como sugerido pelo próprio nome, é realizada a confirmação das hipóteses geradas na análise exploratória, a partir de uma nova amostra de dados. Nesse tipo de análise, ocorre a apresentação da estrutura fatorial delimitada do instrumento, exibindo os fatores, os itens e as suas inter-relações. Além disso, é utilizada durante o processo de adaptação transcultural a fim de certificar que os fatores/dimensões e/ou a estrutura interna da versão adaptada não sofreram alterações que comprometessem as correlações entre os itens, sendo equivalente à versão original (DAMÁSIO, 2013; ECHEVARRÍA-GUANILO; GONÇALVES; ROMANOSKI, 2019).

Por fim, uma terceira forma de mensurar a validade de construto é a utilização da validade transcultural, que compreende a mensuração das evidências apresentadas pela versão adaptada do instrumento e a sua similaridade com a versão original. Para essa análise, não existem testes estatísticos específicos, sendo avaliados todo o processo de adaptação transcultural e o rigor metodológico utilizado em cada etapa, além de comparar o desempenho das duas versões quando aplicadas na população-alvo (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

4.2.2 Teoria de Resposta ao Item

Os fundamentos da TRI surgiram como uma alternativa para resolver os problemas apresentados pela mensuração de construtos psicológicos. Embora a TCT estivesse bem estabelecida desde a década de 1950, existiam graves aspectos que

impactavam diretamente os testes utilizados para avaliar os instrumentos de medidas (PASQUALI; PRIMI, 2003).

Antes da década de 1930, o psicólogo Louis Leon Thurstone havia descrito um dos principais problemas da TCT, que se referia ao fato de o instrumento desenvolvido depender dos itens que o compõem, sendo, portanto, subordinado ao objeto medido (PASQUALI; PRIMI, 2003; RAYKOV *et al.*, 2019). Thurstone afirmava que “Se um metro mede diferentemente pelo fato de estar medindo um tapete, uma pintura ou um pedaço de papel, então nesta mesma extensão a confiança neste metro como instrumento de medida é prejudicada” (THURSTONE, 1959, p. 547).

Dessa forma, o resultado da mensuração de um determinado construto subjetivo seria dependente do instrumento utilizado. Assim, quando se utilizam dois instrumentos diferentes para avaliar a inteligência, por exemplo, têm-se resultados diferentes, os quais variam de acordo com a pontuação utilizada para classificar os escores. Então, qual dos dois resultados seria o correto? A inteligência, nesse caso, seria o que cada teste mede, representando um indivíduo como inteligente com escore igual ou superior a 80 para o Teste A e com escore igual ou superior a 90 para o Teste B (BONIFAY; CAI, 2017; PASQUALI; PRIMI, 2003).

De maneira simplificada, a TCT busca explicar o resultado final total de um teste, mediante a soma das respostas escolhidas para uma série de itens (escore total), enquanto a TRI se propõe a analisar cada um dos itens individualmente, investigando a probabilidade de cada um dos itens ser acertado ou errado em testes de aptidão ou de ser aceito ou rejeitado, como em testes de preferência (personalidade, interesses e atitudes) (PASQUALI; PRIMI, 2003; THOMAS, 2019).

O desenvolvimento da TRI não excluiu a utilização da TCT para a avaliação de um construto subjetivo mensurado por determinado instrumento de medidas, sendo, portanto, utilizada de maneira complementar para aperfeiçoar essa análise (CUNHA; ALMEIDA NETO; STACKFLETH, 2016; ECHEVARRÍA-GUANILO; GONÇALVES; ROMANOSKI, 2017; PASQUALI, 2009, 2010).

Embora o problema da TCT tenha sido elencado por Thurstone ainda nos anos de 1930, a sua resposta começou a ser elaborada quase três décadas depois, a partir das contribuições de diferentes psicólogos e psicometristas. Somente nos anos de 1980, a nova teoria começou a ser utilizada, uma vez que a TRI apresentava algoritmos matemáticos extremamente complexos, os quais não podiam ser resolvidos de forma útil e prática com os computadores da época. Além disso, com o

progresso nas tecnologias da informação e no processamento de dados, desenvolveram-se *softwares* compatíveis com a realização desses cálculos, o que popularizou o uso dessa teoria (PASQUALI; PRIMI, 2003).

Em vários países, a TRI vem sendo utilizada como a técnica predominante no âmbito dos testes, inicialmente com foco em avaliações da área educacional, mas se estendendo, ao longo dos anos, para outros campos do saber. No Brasil, o seu uso foi instituído em 1995 para a análise dos dados do Sistema Nacional de Ensino Básico, o qual obteve bastante reconhecimento e impulsionou outras avaliações em larga escala, como o Sistema de Avaliação de Rendimento Escolar do Estado de São Paulo e, mais recentemente, o Exame Nacional do Ensino Médio (ANDRADE; TAVARES; VALLE, 2000; PITON-GONÇALVES; ALMEIDA, 2018; TRAVITZKI, 2017).

A TRI corresponde a um conjunto de complexos modelos matemáticos que buscam analisar o traço latente, representado pela letra grega teta (θ), a partir do estabelecimento da probabilidade de um sujeito escolher uma determinada resposta a um item com base nas variáveis observáveis (parâmetros do próprio item) e dos traços hipotéticos não observáveis (habilidades/aptidões) do respondente (ANDRADE; TAVARES; VALLE, 2000; PASQUALI; PRIMI, 2003).

O traço latente pode ser representado por diversas expressões, sendo as mais conhecidas: variável hipotética, estrutura psíquica ou mental, traço ou processo cognitivo, habilidade, aptidão, atitude, traço de personalidade, entre outras. Sinteticamente, o traço latente pode ser definido como habilidades ou proficiências apresentadas pelo indivíduo acerca de uma área de conhecimento específica (ANDRADE; TAVARES; VALLE, 2000; BONIFAY; CAI, 2017; PASQUALI, 2010).

Nesse sentido, durante a aplicação de um teste/instrumento de medidas, tem-se a apresentação de um estímulo (item) ao sujeito, o qual irá selecionar uma resposta de acordo com o seu nível de traço latente para aquele construto subjetivo que está sendo mensurado (ANDRADE; TAVARES; VALLE, 2000; PASQUALI, 2010, 2017).

Os diferentes modelos matemáticos utilizados na TRI dependem fundamentalmente da natureza do item (dicotômicos ou não dicotômicos), da quantidade de populações envolvidas no teste e da quantidade de traços latentes que estão sendo medidos. A TRI propõe uma relação não linear entre o teste/instrumento e o traço latente, de forma que quanto maior o teta, mais elevada será a probabilidade de acerto/escolha no item, sendo representada graficamente por uma equação matemática monotônica, a curva característica do item (CCI) (ANDRADE; TAVARES;

VALLE, 2000; THOMAS, 2019).

Na área da saúde, tem-se ampliado ao longo dos anos o uso da TRI, com importantes contribuições para o exercício profissional, como a modificação na compreensão dos resultados de testes utilizados na prática clínica, sobretudo nas áreas de psicologia e psiquiatria. Os modelos de TRI vêm sendo rotineiramente ajustados para a utilização em testes/instrumentos que mensuram o desempenho, as habilidades, a personalidade, os sintomas clínicos, entre outros construtos subjetivos (THOMAS, 2019).

A adaptação dos modelos de TRI nas ciências da saúde está se tornando gradativamente uma atividade de rotina, o que resultou em mudanças na terminologia que era utilizada tipicamente para a área educacional, tendo-se como exemplo a alteração do parâmetro *dificuldade* para *gravidade*, por se adaptar melhor aos construtos comumente avaliados (THOMAS, 2019).

A utilização da TRI permitiu inúmeros avanços na saúde, como o aperfeiçoamento das análises de erro de medição, o escalonamento de variáveis latentes, a avaliação de viés de teste e item, a mensuração de mudanças resultantes de intervenções terapêuticas, a realização de análises mais precisas em testes forenses, entre outros. Devido à relevância dessa teoria para a área da saúde, na última década, ocorreu um aumento significativo do número de financiamentos de pesquisa para o desenvolvimento e aprimoramento de testes/instrumentos (CHAMPLAIN, 2009; THOMAS, 2019).

O exemplo mais notável de aplicação da TRI na prática clínica foi a criação do *Patient-Reported Outcomes Measurement Information System* (PROMIS), um sistema de informação de propriedade do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA que utiliza um conjunto de medidas direcionadas a avaliar e monitorar a saúde física, mental e social de adultos e crianças por meio de instrumentos derivados da TRI (HOWELL *et al.*, 2015; NORTHWESTERN UNIVERSITY, 2017; THOMAS, 2019).

Diante disso, percebe-se a relevância da TRI para o desenvolvimento da prática e da pesquisa clínica no âmbito da atenção à saúde, em que o seu uso vem apresentando uma maior notoriedade à medida que se desenvolvem novas tecnologias da informação e que se tem uma maior demanda de cuidados em saúde.

Método

5.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo metodológico cuja proposta foi realizar a adaptação transcultural e buscar evidências de validade da versão brasileira do CBI-B, um instrumento construído para avaliar, de maneira breve, a autoeficácia em pacientes com câncer. Um estudo metodológico compreende a elaboração de instrumentos de coleta de dados cujo objetivo é avaliar construtos subjetivos. Para a sua operacionalização, são transcorridas etapas para definição do construto com base em teorias, formulação de itens e instrução para o respondente e testes estatísticos (POLIT; BECK, 2018).

5.2 Posicionamento ético

O projeto desta pesquisa foi enviado para aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (CEP/CCS/UFPB), sendo aprovado em 30 de março de 2021, sob Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) Nº 44161524.4.0000.5188 e parecer Nº 4.622.548 (ANEXO A).

O estudo foi desenvolvido de acordo com o preconizado pela Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementaridades, que descreve os padrões éticos e morais de pesquisa envolvendo seres humanos, garantindo os direitos do participante e os deveres da pesquisa referentes à comunidade científica (BRASIL, 2012).

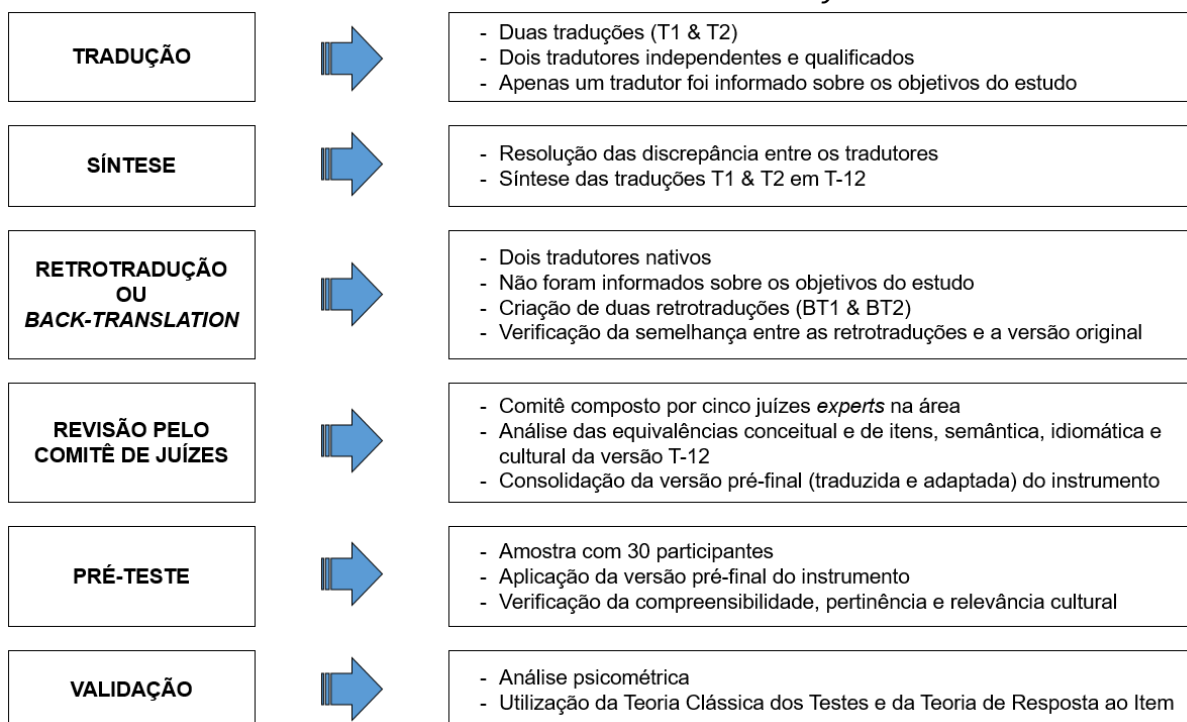
A execução deste projeto também atendeu às normas da Lei Nº 9.610/1998, que trata da legislação sobre os direitos autorais (BRASIL, 1998). A autorização formal para adaptação transcultural e busca de evidências de validade do CBI-B foi solicitada por mensagem eletrônica ao Dr. Thomas V. Merluzzi (ANEXO B).

5.3 Processo de adaptação transcultural do *Cancer Behavior Inventory - Brief Version*

A adaptação transcultural CBI-B seguiu o modelo sugerido por Beaton *et al.* (2007), que contempla cinco etapas inter-relacionadas: 1) Tradução; 2) Síntese; 3) Retrotradução ou *Back-translation*; 4) Revisão pelo comitê de juízes; e 5) Pré-teste.

Em seguida, a busca de evidências de validade da versão adaptada seguiu as recomendações de Pasquali (2010) por meio de análises psicométricas que contemplaram a Teoria Clássica dos Testes e a Teoria de Resposta ao Item (Figura 6).

Figura 6 - Etapas para a adaptação transcultural e para a busca de evidências de validade da versão brasileira do *Cancer Behavior Inventory - Brief Version*.



5.3.1 Tradução da versão original do CBI-B para a Língua Portuguesa

Nesta etapa, realizou-se a tradução do CBI-B da língua inglesa para o português do Brasil no mês de abril de 2021. A versão original do instrumento (ANEXO C) foi enviada para dois tradutores brasileiros independentes, que possuíam domínio na língua e na cultura americana e eram credenciados em periódicos de alto impacto na área da saúde e enfermagem, a fim de minimizar o risco de vieses linguísticos, culturais, contextuais, psicológicos, científicos e de compreensão teórica e prática dos termos utilizados (BEATON *et al.*, 2007).

Um dos tradutores apresentava experiência com a tradução de trabalhos científicos para o inglês, possuía Doutorado em Enfermagem e uma longa trajetória de atuação na área de oncologia, enquanto o segundo tradutor era Licenciado em Letras e Especialista em Línguas.

Dentre os dois tradutores, apenas o primeiro foi informado sobre os objetivos do estudo. Essa recomendação é pautada na ideia de que a primeira tradução iria fornecer uma maior semelhança científica com o instrumento original e com os conceitos abordados em cada item, o que poderia resultar em uma versão com maior equivalência na análise psicométrica das medidas (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012).

Em contrapartida, a segunda tradução apresentaria uma menor probabilidade de diferenças entre os significados dos termos de cada item do instrumento, uma vez que esse tradutor não seria influenciado pelo conhecimento da área do instrumento ou do objetivo da tradução, criando, assim, uma versão que se assemelhasse ao máximo à linguagem utilizada pela população-alvo (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012). Ao fim desta etapa, obtiveram-se as versões T1 e T2 do instrumento.

5.3.2 Síntese das traduções

Em seguida, realizou-se a etapa de síntese das traduções entre os meses de maio e junho de 2021, em que as versões T1 e T2 foram consolidadas em uma única versão por três pesquisadores com Doutorado em Enfermagem e experiência em adaptação transcultural e validação de instrumentos, além dos tradutores que participaram da etapa anterior, a qual foi nomeada como versão T-12.

Esta etapa buscou comparar as diferenças existentes entre as duas versões traduzidas do instrumento e avaliar as suas diferenças, evitando a consolidação de uma versão complexa, que possa dificultar a compreensão da população-alvo, ou de uma versão extremamente simples, que subestime o conteúdo dos itens e resulte em vieses de interpretação (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012).

5.3.3 Retrotradução ou *Back-translation*

Nesta etapa, houve o envio da versão sintetizada do instrumento (versão T-12) para dois tradutores americanos, residentes no Brasil por mais de 10 anos e que não possuíam conhecimento sobre os objetivos do estudo. A tradução do português para o inglês (versões BT1 e BT2) foi realizada em julho de 2021 a fim de verificar a similaridade entre os itens do instrumento.

5.3.4 Revisão pelo comitê de juízes

Durante esta etapa, ocorreu a análise da versão T-12 do instrumento por um comitê de juízes composto de cinco professoras com Doutorado em Enfermagem e experiência em adaptação transcultural e validação de instrumentos e/ou na assistência ao paciente oncológico. Essas profissionais foram selecionadas por conveniência, dentre os participantes de um grupo de pesquisa que desenvolve estudos sobre a temática de adaptação transcultural e validação de instrumentos de medidas com foco em doenças crônicas, incapacidades e deficiências.

Todos os profissionais receberam um convite formal para participar do comitê de juízes (ANEXO D), contendo o motivo da sua escolha, a relevância do instrumento para a área da enfermagem, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO E), o instrumento para caracterização dos juízes (APÊNDICE A), as instruções para o processo de julgamento (APÊNDICE B), o instrumento para avaliação das equivalências (APÊNDICE C) e o instrumento para avaliação da validade de conteúdo (APÊNDICE D) (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015), sendo estabelecido um prazo de 30 dias para a devolução dos materiais.

A avaliação dos juízes foi realizada entre os meses de agosto e setembro de 2021, por meio de triangulação metodológica (WALTON *et al.*, 2020), sendo utilizados procedimentos qualitativos para analisar as equivalências semântica, idiomática e cultural (experimental) e conceitual do instrumento, bem como procedimentos quantitativos para mensurar a porcentagem de concordância, o IVC e o coeficiente Kappa. Ao final desta etapa, os juízes sugeriram modificações no instrumento, resultando na formulação da “versão adaptada pré-final” do mesmo.

A porcentagem de concordância interobservadores foi utilizada para avaliar as equivalências acerca das instruções de preenchimento, dos fatores e dos itens do instrumento, sendo calculada pelo número de participantes (juízes) que concordaram com cada critério multiplicado por 100 e dividido pelo número total de participantes (5 juízes). A taxa aceitável de concordância foi de igual ou superior 80%, que correspondia a uma concordância de quatro dos cinco juízes. O item que não atingiu essa taxa foi reformulado e novamente analisado pelos juízes.

O IVC foi utilizado na avaliação dos itens do instrumento segundo os critérios de clareza de linguagem, pertinência prática, relevância teórica e dimensão teórica. O escore foi calculado mediante a soma de concordância dos itens que foram marcados

por 4 = muita e 5 = muitíssima. Cada item obteve um escore de IVC para os quatro critérios e também um valor total. O cálculo foi realizado dividindo-se o número de respostas “4” e “5” pelo número total de respostas. Consideraram-se como aceitáveis os itens que apresentaram IVC igual ou superior a 0,80, sendo reformulado o item com valor inferior ao estabelecido.

O coeficiente de Kappa avaliou a concordância (confiabilidade e precisão) entre os juízes durante a análise dos itens do instrumento mediante os critérios de clareza de linguagem, pertinência prática, relevância teórica e dimensão teórica. A interpretação dos resultados seguiu a seguinte classificação de concordância: insignificante (< 0); fraca (0 - 0,2); razoável (0,21 - 0,4); moderada (0,41 - 0,60); forte (0,61 - 0,8); e quase perfeita (0,81 - 1,00) (LANDIS; KOCH, 1977).

5.3.5 Pré-teste da versão adaptada do instrumento

A última etapa foi realizada no mês de outubro de 2021, em que a “versão adaptada pré-final” foi aplicada a 30 pacientes que realizavam tratamento oncológico, os quais foram selecionados dentre os participantes de um Grupo de Apoio à Pessoa com Câncer no sertão da Paraíba. Solicitou-se à coordenação do grupo uma lista dos indivíduos que realizavam tratamento no hospital de referência e, a partir disso, realizou-se um sorteio. Todos os participantes foram informados sobre os objetivos desta etapa do estudo e assinaram o TCLE.

Solicitou-se a leitura em voz alta de todo o instrumento e a discussão a respeito da compreensão de cada um dos itens. Depois de 10 aplicações, percebeu-se que todos os participantes apresentavam as mesmas dúvidas, sendo relacionadas à escala de avaliação do instrumento (1 - 9) e à interpretação dos itens 1 e 10. Desse modo, optou-se por realizar modificações nesses elementos antes de continuar o pré-teste, as quais foram revisadas pelo comitê de juízes e reaplicadas aos mesmos sujeitos.

Em seguida, o instrumento reformulado foi aplicado a mais 20 pessoas, que não referiram dúvidas na sua interpretação, sugerindo apenas duas modificações. Nesse sentido, após a finalização da etapa de pré-teste, obteve-se a versão adaptada do CBI-B para utilização na população do estudo (APÊNDICE E).

5.4 Procedimentos para coleta de dados

A pesquisa foi realizada em um hospital filantrópico de referência no tratamento do câncer e de doenças do sangue, localizado no município de João Pessoa, Paraíba, Brasil, o qual é credenciado no Ministério da Saúde como um CACON. Essa instituição foi fundada em 1962, com uma estrutura física contendo 50 leitos, 3 salas de cirurgia, laboratórios de análises clínicas e de anatomia patológica, serviços de radiologia, radioterapia, ginecologia e mama, cabeça e pescoço e anestesiologia, odontologia e banco de sangue (HNL, 2020).

O hospital apresenta quase 60 anos de história e atualmente possui 140 leitos de internação, além de diversos setores de assistência direta ao paciente, como unidade de terapia intensiva, urgência oncológica, bloco cirúrgico, oncologia pediátrica, hemato-oncologia, quimioterapia, radioterapia, clínica médica geral e serviços ambulatoriais com atendimento de várias especialidades. Nos últimos 10 anos, a referida instituição realizou mais de 50 mil internações hospitalares e mais de 10 milhões de procedimentos, atendendo a cerca de 95% da população do estado por financiamento do Sistema Único de Saúde (DATASUS, 2020; HNL, 2020).

A população do estudo foi composta por adultos e idosos que realizam tratamento oncológico na instituição. A amostra foi definida com base nos critérios elencados por Pasquali (2010), o qual sugere que uma amostra adequada para a validação de instrumentos requer, no mínimo, 10 sujeitos por item. Nesse caso, como o CBI-B dispõe de 14 itens, a amostra foi constituída de 140 participantes.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram ter idade igual ou superior a 18 anos, possuir diagnóstico médico de câncer e estar em tratamento oncológico por, no mínimo, 30 dias. Esse último critério se justifica pela necessidade do indivíduo se perceber enquanto paciente oncológico, haja vista que nesse período ele terá recebido 4 sessões de quimioterapia ou 20 sessões diárias de radioterapia (MERLUZZI; SANCHEZ, 1997a).

Excluíram-se os pacientes que possuíam *deficit* grave de comunicação, complicações clínicas no momento da coleta de dados que impedissem a sua realização ou que não apresentassem condição cognitiva para responder às perguntas, sendo avaliada pelo Miniexame do Estado Mental de acordo com os seguintes escores: 13 pontos para analfabetos; 18 pontos para baixa escolaridade (1 a 4 anos incompletos) e média escolaridade (4 a 8 anos incompletos); e 26 para os

de alta escolaridade (> 8 anos) (ANEXO F) (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975; LOURENÇO; VERAS, 2006).

Os dados foram coletados entre os meses de novembro e dezembro de 2021, por uma equipe composta de quatro discentes do curso de Doutorado em Enfermagem, as quais receberam um treinamento prévio para padronizar a aplicação dos instrumentos. Os pacientes foram selecionados por conveniência, dentre os indivíduos que estavam na sala de espera para atendimento oncológico nos turnos da manhã e/ou tarde durante o período destinado para a coleta de dados.

Todas as pessoas que atenderam aos critérios de inclusão foram convidadas para participar do estudo, sendo orientadas sobre a justificativa da pesquisa, sua finalidade, riscos e benefícios, os procedimentos a serem realizados e a garantia de sigilo e confidencialidade das informações prestadas. Após a assinatura do TCLE (ANEXO G), realizou-se a entrevista individual com cada participante, não ocorrendo perdas amostrais ao longo da coleta de dados.

5.5 Instrumentos de medidas

Coletaram-se dados para a caracterização do perfil sociodemográfico e da condição clínica dos pacientes, contendo as seguintes variáveis: idade; sexo; estado conjugal; escolaridade; cidade de procedência; fatores de risco modificáveis para o câncer; tipo de câncer; tempo de diagnóstico; tipo de tratamento atual e anterior; e dificuldades com o tratamento (APÊNDICE F) (RODRIGUES *et al.*, 2018).

A autoeficácia para comportamentos relacionados ao enfrentamento do câncer foi medida pela versão adaptada do CBI-B para o português do Brasil (ANEXO C). Esse instrumento foi desenvolvido por Heitzmann *et al.* (2011) nos EUA, sendo composto de 14 itens distribuídos em uma escala *Likert* de 9 pontos, em que 1 = nada confiante, 5 = moderadamente confiante e 9 = totalmente confiante.

O CBI-B é dividido em quatro fatores: Manutenção da Independência e Atitude Positiva; Participação nos Cuidados Médicos; Gerenciamento do *Coping* e Estresse; e Gestão do Afeto. O cálculo do escore é realizado mediante a soma das respostas de cada item, em que quanto maior o valor, maior a autoeficácia apresentada (HEITZMANN *et al.*, 2011).

A validade convergente da autoeficácia foi mensurada pelo *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire* -

Core 30 (EORTC QLQ-C30) (ANEXO H), que avalia o impacto do câncer e do seu tratamento na qualidade de vida do paciente. Esse instrumento foi desenvolvido em inglês por um grupo de estudos em qualidade de vida (AARONSON *et al.*, 1993) e posteriormente adaptado e validado para diversos idiomas, inclusive o português do Brasil, sendo necessário solicitar uma permissão formal para a sua utilização (ANEXO I) (MICHELS; LATORRE; MACIEL, 2013).

O instrumento é composto de trinta itens distribuídos em cinco escalas funcionais, que avaliam o desempenho físico e funcional, função cognitiva, emocional e social; três escalas de sintomas que mensuram fadiga, dor, náusea e vômitos; uma escala que avalia a qualidade de vida de forma geral; cinco termos únicos para a análise de dispneia, distúrbio do sono, perda de apetite, constipação e diarreia; e um item que avalia o impacto financeiro (AARONSON *et al.*, 1993; CAMPOS *et al.*, 2018).

As respostas dos itens EORTC QLQ-C30 são classificadas em uma escala do tipo *Likert*, em que as questões 1 a 28 possuem respostas como 1 = não, 2 = pouco, 3 = moderadamente e 4 = muito, enquanto as respostas das questões 29 e 30 variam de 1 = péssimo a 7 = ótimo. Os escores de cada escala são calculados de forma separada, seguindo as recomendações fornecidas pela EORTC (ANEXO J), em que todos os valores variam de 0 a 100 (MICHELS; LATORRE; MACIEL, 2013).

Para a mensuração da validade divergente da autoeficácia, utilizou-se a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), um instrumento desenvolvido nos EUA (ZIGMOND; SNAITH, 1983) e validado para o Brasil (BOTEGA *et al.*, 1995) para a detecção de graus leves de transtornos afetivos em ambientes não psiquiátricos (ANEXO K). É composta de 14 questões de múltipla escolha que avaliam a maneira como o paciente se sentiu durante a última semana, sendo dividida em duas subescalas que avaliam a ansiedade (HADS-A = itens 1, 3, 5, 7, 9, 11 e 13) e a depressão (HADS-D = itens 2, 4, 6, 8, 10, 12 e 14) (BOTEGA *et al.*, 1995).

A escala não apresenta questões relacionadas a sintomas de desordem física (tonturas, cefaleia, insônia e fadiga) ou de graves distúrbios mentais, o que reduz os possíveis vieses de detecção pela presença de distúrbios somáticos. A pontuação geral varia de 0 a 21, em que se recomendam, para ambas as subescalas, valores ≤ 7 como improvável diagnóstico/normal, 8 - 10 como diagnóstico possível/grau leve e ≥ 11 como diagnóstico provável/grau moderado a severo (BOTEGA *et al.*, 1995).

5.6 Análise dos dados

Os dados foram armazenados em planilha eletrônica estruturada no Programa *Microsoft Excel* com dupla digitação visando garantir a confiabilidade na compilação dos dados; em seguida, foram organizados, codificados, importados e processados pelos aplicativos *Statistical Package for the Social Science for Windows*, versão 24.0, e *X FACTOR - Unrestricted Factor Analysis, Release Version 11.05.01*, x64bits (LORENZO-SEVA; FERRANDO, 2021) e o *Winsteps* para modelos Rasch.

Realizaram-se análises descritivas para caracterização da amostra estudada e psicométricas para mensurar a validade e a confiabilidade da versão adaptada do CBI-B/BR. Utilizou-se a técnica de reamostragem de Bootstrap para aumentar a chance de representatividade da amostra dentro do universo de pacientes em tratamento oncológico. Dessa forma, com base na amostra original de 140 indivíduos, simularam-se outras 500 amostras a fim de estimar as características apresentadas na população real, obtendo um intervalo de confiança de 90%.

O índice de adequacidade amostral foi avaliado pela Medida Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e pelo Teste de Esfericidade de Bartlett, sendo utilizadas como análises introdutórias para indicar a possibilidade de realização do cálculo da análise fatorial exploratória (BARTLETT, 1954; HAIR *et al.*, 2009; KAISER, 1974).

A análise fatorial exploratória foi realizada com o objetivo de avaliar a estrutura fatorial do instrumento, sendo implementada a partir de uma matriz de correlação policórica, e uma vez que a escala não possui opções de resposta, não se sabe a diferença de intensidade entre as opções de resposta de cada item dentro da escala, apenas a sua ordem.

Utilizaram-se o método Hull para selecionar o número comum de fatores (LORENZO-SEVA, TIMMERMAN; KIERS, 2011), o método Raiz média quadrática dos erros de aproximação (*Robust Diagonally Weighted Least Squares - RDWLS*) para a extração desses fatores (ASPAROUHOV; MUTHEN, 2010) e o método *Robust Mean and Variance-scaled* (ASPAROUHOV; MUTHEN, 2010) para indicar o grau de importância de cada item para o fator.

O método Hull foi utilizado para determinar o número comum de fatores que deveria ser retirado do instrumento (LORENZO-SEVA; TIMMERMAN; KIERS, 2011), sendo utilizada a rotação *Robust Promin* (LORENZO-SEVA; FERRANDO, 2019). Complementarmente, a possibilidade de unidimensionalidade do instrumento foi

avaliada pelo índice de determinação de fator (*Factor Determinacy Index* - FDI) (FERRANDO; LORENZO-SEVA, 2016).

A confiabilidade dos fatores foi avaliada estimando-se a consistência interna por meio do Coeficiente Alfa de *Cronbach*, da Confiabilidade Composta e da Confiabilidade geral de pontuações N-EAP oblíquas anteriores totalmente informativas (ORION), sendo indicados valores superiores a 0,70 para os referidos testes (FERRANDO; LORENZO-SEVA, 2016).

A adequação do modelo foi avaliada por meio dos índices de ajuste de Raiz média quadrática dos erros de aproximação (*Root Mean Square Error of Approximation* - RMSEA), Índice de ajuste comparativo (*Comparative Fit Index* - CFI) e Índice de ajuste não normativo (*Tucker-Lewis Index* - TLI) (BROWN, 2006).

As validades convergente e divergente foram avaliadas a partir da correlação entre o CBI-B/BR, o EORTC QLQ-C30 (AARONSO *et al.*, 1993; MICHELS; LATORRE; MACIEL, 2013) e a HADS (BOTEAGA *et al.*, 1995 ZIGMOND; SNAITH, 1983), utilizando o teste de correlação bivariada de Pearson.

A avaliação das propriedades psicométricas dos itens do CBI-B/BR foi realizada mediante a utilização do modelo de Rasch para dados politômicos (ANDRICH, 1978). Avaliaram-se indicadores da fidedignidade das pessoas e dos itens e desvios de desempenho por meio dos índices de *Infit* e *Outfit*. Além disso, buscou-se investigar se os itens dos fatores do CBI-B/BR apresentavam funcionamento diferencial (DIF) por sexo (feminino, n=89; masculino, n=51).

Em relação aos índices de fidedignidade, esperam-se valores maiores que 0,70 (LINACRE, 2021). Os índices de *Infit* e *Outfit* qualificam resíduos para os itens em relação ao modelo estudado (BOND; YAN; HEENE, 2020; LINACRE, 2021). O *Infit* avalia padrões de resposta inesperados de indivíduos que apresentam um nível de traço latente (θ) equivalente ao nível de dificuldade do item.

Em contrapartida, o *Outfit* verifica padrões de resposta inesperados daqueles que apresentam um nível de teta abaixo ou acima do nível de dificuldade do item. As estimativas de *Infit* e *Outfit* podem ser avaliadas pelos indicadores quadrado médio (*mean square* - MNSQ) e z-padronizado (*z standardized* - ZSTD).

O valor padrão esperado para o MNSQ é 1, valores maiores que 1 indicam que as estimativas apresentaram mais variação do que o esperado pelo modelo Rasch, indicando desajuste. Em oposição, valores menores que 1 indicam menos variação do que o esperado, exibindo um sobreajuste. As pontuações aceitáveis do MNSQ

normalmente variam de 0,7 a 1,3 *logits* (BOONE, 2016; BOND *et al.*, 2020), mas um intervalo menos conservador de 0,5 a 1,5 *logits* também pode ser usado (WRIGHT; LINACRE, 1994). Para o ZSTD, a presença de valores acima de | 2 | indica que a estimativa não se ajusta adequadamente aos dados.

O DIF foi avaliado por meio do procedimento de Mantel (LINACRE, 2021; MANTEL, 1963). Os itens cujas estimativas de dificuldades se apresentaram como estatisticamente diferentes para homens e para mulheres ($p \leq 0,05$) foram inspecionados. A magnitude do DIF foi interpretada por meio do *DIF contrast*: valores entre | 0,00 | e | 0,43 | são considerados baixos/negligíveis; entre | 0,44 | e | 0,64 | moderados; e acima de | 0,64 | altos (LINACRE, 2021).

Resultados

6.1 Processo de adaptação transcultural do instrumento *Cancer Behavior Inventory - Brief Version*

6.1.1 Tradução para a Língua Portuguesa, síntese das traduções e retrotradução

Observaram-se pequenas diferenças nas versões traduzidas (T1 e T2) das instruções para o preenchimento do instrumento, conforme exposto no Quadro 6.

Quadro 6 - Versão original, versões traduzidas e síntese das traduções das instruções do *Cancer Behavior Inventory - Brief Version*. João Pessoa - PB, Brasil, 2021.

Original
This survey contains many things that a person might do during and after cancer treatment. We are interested in how confident you are that you can do those things. Be sure your ratings are about your confidence even if you have not done it in the past. So, your ratings are about your confidence that you can do these things now or in the near future. Please read each item. Then rate that item on how confident you are that you can do that behavior. Circle a number on the scale. If you circle a "9" you are totally confident that you can do that behavior. If you circle a "1" you are not at all confident that you can do that behavior. Numbers in the middle mean that you are somewhat confident that you can do that behavior. Be sure rating reflect your confidence even if you have not done it in the past. Please rate all items. If you are not sure about an item please rate it as best you can. All items are rated on the following scale.
Versão T1
Esta pesquisa contém situações pelas quais uma pessoa pode passar durante e após o tratamento do câncer. Estamos interessados em saber quão confiante você está em passar por essas situações. Certifique-se de que as avaliações reflitam sua confiança, mesmo que você não tenha passado por essas situações antes. Por isso, suas avaliações referem-se à confiança de que você pode passar por essas situações agora ou num futuro próximo. Por favor, leia todos os itens. Em seguida, avalie cada item considerando o quão confiante você está em apresentar esse comportamento. Circule um dos números da escala. Se circular um "9", você indica que está totalmente confiante de que pode apresentar esse comportamento. Ao circular o "1", você não está nem um pouco confiante de que pode apresentar esse comportamento. Os números do meio indicam que você está um tanto confiante de que pode apresentar tal comportamento. Certifique-se de que a classificação irá refletir sua confiança, mesmo que você não a tenha apresentado no passado. Avalie todos os itens. Se não tiver certeza sobre um determinado item, avalie-o da melhor maneira possível. Todos os itens devem ser avaliados mediante a seguinte escala.
<i>Continua...</i>

Quadro 6 - Versão original, versões traduzidas e síntese das traduções das instruções do *Cancer Behavior Inventory - Brief Version*. João Pessoa - PB, Brasil, 2021. Continuação

Versão T2
Este estudo do tipo pesquisa de levantamento (survey) contém muitas coisas que uma pessoa pode fazer durante e após o tratamento de câncer. Estamos interessados em quão confiante você está de que pode fazer essas coisas. Certifique-se de que sua avaliação é sobre a sua confiança, mesmo que você não tenha feito no passado. Por isso, as suas classificações são sobre a sua confiança de que você pode fazer essas coisas agora ou num futuro próximo. Leia, por favor cada item. E, então, classifique este item em quão confiante você está de que pode ter esse comportamento. Faça um círculo em um número na escala. Caso você circule um “9” você está totalmente confiante de que poderá ter esse comportamento. Caso você circule um “1” você não está nem um pouco confiante de que poderá ter esse comportamento. Números na metade da escala significam que você está algo confiante de que poderá ter esse comportamento. Certifique-se de que a classificação reflete sua confiança ainda que você não tenha feito isso no passado. Por favor, classifique todos os itens. Caso você não esteja certo acerca de um item por favor classifique-o da melhor forma que você puder fazê-lo. Todos os itens estão classificados na seguinte escala.
Síntese das traduções (T-12)
Esta pesquisa contém muitas coisas que uma pessoa pode fazer durante e após o tratamento do câncer. Estamos interessados em saber o quão confiante você está em passar por essas situações. Certifique-se de que suas avaliações reflitam sua confiança, mesmo que você não tenha passado por essas situações antes. Por isso, suas avaliações são sobre a sua confiança de que você pode passar por essas situações agora ou num futuro próximo. Por favor, leia todos os itens. Em seguida, avalie cada item considerando o quão confiante você está em apresentar esse comportamento. Circule um dos números da escala. Se circular um "9", você indica que está totalmente confiante de que pode apresentar esse comportamento. Caso você circule o "1", você não está nem um pouco confiante de que poderá apresentar esse comportamento. Os números do meio indicam que você está um tanto confiante de que pode apresentar esse comportamento. Certifique-se de que a avaliação irá refletir a sua confiança, mesmo que você não a tenha apresentado no passado. Por favor, avalie todos os itens. Caso você não tenha certeza sobre um determinado item, avalie-o da melhor forma possível. Todos os itens devem ser avaliados na seguinte escala.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2021.

As versões T1 e T2 do instrumento, traduzidas do idioma original (inglês) para o idioma-alvo (português), também apresentaram sutis variações. Dessa forma, a versão sintetizada (T-12) contemplou a avaliação da clareza e compreensão das palavras utilizadas (Quadro 7).

Quadro 7 - Instrumento original, versões traduzidas e síntese das traduções do *Cancer Behavior Inventory - Brief Version*. João Pessoa - PB, Brasil, 2021.

Original	Versão T1	Versão T2	Síntese (T-12)
Cancer Behavior Inventory - Brief Version	Inventário de Comportamento do Câncer - Versão Resumida	Inventário de Comportamento para o Câncer - Versão Resumida	Inventário de Comportamento para o Câncer - Versão Resumida
Escala	Escala	Escala	Escala
Not at all confident	Nem um pouco confiante	Nem um pouco confiante	Nem um pouco confiante
Moderately confident	Moderadamente confiante	Moderadamente confiante	Moderadamente confiante
Totally confident	Totalmente confiante	Totalmente confiante	Totalmente confiante
Fatores	Fatores	Fatores	Fatores
Maintaining Independence and Positive Attitude	Manter a independência e a atitude positiva	Manter a Independência e Atitude Positiva	Manter a Independência e Atitude Positiva
Participating in Medical Care	Participação nos cuidados médicos	Participação nos Cuidados Médicos	Participação nos Cuidados Médicos
Coping and Stress Management	Enfrentamento e controle do estresse	Enfrentamento e Controle do Estresse	Enfrentamento e Controle do Estresse
Managing Affect	Regulamentação do afeto	Controle do afeto	Controle do afeto
Itens	Itens	Itens	Itens
Maintaining independence	Mantenho a independência	Manter independência	Mantenho independência
Maintaining a positive attitude	Mantenho uma atitude positiva	Manter uma atitude positiva	Mantenho uma atitude positiva
Maintaining a sense of humor	Mantenho o senso de humor	Manter senso de humor	Mantenho senso de humor
Expressing negative feelings about cancer	Expresso sentimentos negativos sobre o câncer	Expressar sentimentos negativos sobre o câncer	Expresso sentimentos negativos sobre o câncer
<i>Continua...</i>			

Quadro 7 - Instrumento original, versões traduzidas e síntese das traduções do *Cancer Behavior Inventory - Brief Version*. João Pessoa - PB, Brasil, 2021. *Continuação*

Original	Versão T1	Versão T2	Síntese (T-12)
Itens	Itens	Itens	Itens
Using denial	Uso a negação	Usar a negação	Uso a negação
Maintaining work activity	Mantenho uma atividade laborativa	Manter a atividade de trabalho	Mantenho a atividade de trabalho
Remaining relaxed throughout treatments and not allowing scary thoughts to upset me	Permaneço relaxado durante todo o tratamento e não permito que pensamentos assustadores me perturbem	Permanecer relaxado durante todos os tratamentos e não permitir que pensamentos assustadores venham a me perturbar	Permaneço relaxado durante todos os tratamentos e não permito que pensamentos assustadores me perturbem
Actively participating in treatment decisions	Participo ativamente das decisões do tratamento	Participar ativamente nas decisões sobre o tratamento	Participo ativamente nas decisões sobre o tratamento
Asking physicians questions	Faço perguntas aos médicos	Fazer perguntas aos médicos	Faço perguntas aos médicos
Seeking consolation	Busco consolo	Buscar ser confortado (consolo)	Busco conforto
Sharing feelings of concern	Compartilho sentimentos de preocupação	Partilhar sentimentos de preocupação	Compartilho sentimentos de preocupação
Managing nausea and vomiting	Consigo lidar com as náuseas e vômitos	Controlar náuseas e vômitos	Consigo lidar com as náuseas e os vômitos
Coping with physical changes	Eu me adapto as mudanças físicas	Enfrentar alterações físicas	Eu me adapto as mudanças físicas
Remaining relaxed while waiting at least 1h for my appointment	Permaneço relaxado enquanto espero no mínimo uma hora pela minha consulta	Permanecer relaxado enquanto espera pelo menos 1 h pela minha consulta	Permaneço relaxado enquanto espero pelo menos 1 h pela minha consulta

Fonte: Dados da Pesquisa, 2021.

Identificaram-se poucas alterações entre as versões original e retrotraduzidas (BT1 e BT2), sendo relacionadas, principalmente, ao uso de sinônimos e termos semelhantes (Quadro 8).

Quadro 8 - Versão original e versões retrotraduzidas (BT1 e BT2) das instruções do *Cancer Behavior Inventory - Brief Version*. João Pessoa - PB, Brasil, 2021.

Original
This survey contains many things that a person might do during and after cancer treatment. We are interested in how confident you are that you can do those things. Be sure your ratings are about your confidence even if you have not done it in the past. So, your ratings are about your confidence that you can do these things now or in the near future. Please read each item. Then rate that item on how confident you are that you can do that behavior. Circle a number on the scale. If you circle a "9" you are totally confident that you can do that behavior. If you circle a "1" you are not at all confident that you can do that behavior. Numbers in the middle mean that you are somewhat confident that you can do that behavior. Be sure rating reflect your confidence even if you have not done it in the past. Please rate all items. If you are not sure about an item please rate it as best you can. All items are rated on the following scale.
Versão BT1
This survey contains many things that a person <u>can</u> do during and after cancer treatment. We are interested in <u>knowing</u> how confident you are <u>in going through these situations</u>. <u>Make</u> sure your ratings <u>reflect your</u> confidence, even if you have not <u>been through these situations before</u>. <u>Therefore</u>, your ratings are about your confidence that you can <u>go through these situations</u> now or in the near future. Please read <u>all the items</u>. Then, rate <u>each</u> item <u>considering</u> how confident you are <u>in presenting this</u> behavior. Circle <u>one of the numbers of</u> the scale. If you circle a "9", <u>you indicate</u> that you are totally confident that you can <u>present this</u> behavior. If you circle <u>the</u> "1", you are not at all confident that you can do that behavior. The middle numbers <u>indicate</u> that you are somewhat confident that you can <u>present this</u> behavior. <u>Make</u> sure <u>the</u> rating reflects your confidence, even if you have not <u>exhibited</u> it in the past. Please rate all <u>the items</u>. If you are <u>unsure</u> about a <u>particular</u> item, rate it <u>in the best possible way</u>. All items <u>must be</u> rated on the following scale.
Versão BT2
This <u>study</u> contains many things that a person <u>can</u> do during and after cancer treatment. We are interested in <u>knowing</u> how confident you are <u>in experiencing these situations</u>. <u>Make</u> sure your <u>assessments reflect</u> your confidence, even if you have not <u>experienced these situations before</u>. <u>Therefore</u>, your <u>assessments</u> are about your confidence that you can <u>experience these situations</u> now or in the near future. Please read <u>all the items</u>. Then, <u>evaluate each</u> item <u>considering</u> how confident you are in <u>demonstrating this</u> behavior. Circle <u>one of the numbers</u> on the scale. If you circle a "9", you are <u>indicating</u> that you are totally confident that you can <u>demonstrate this</u> behavior. If you circle "1", you are not at all confident that you can do that behavior. The middle numbers <u>indicate</u> that you are somewhat confident that you can <u>demonstrate this</u> behavior. <u>Make</u> sure the <u>assessment will reflect</u> your confidence, even if you have not <u>demonstrated</u> it in the past. Please rate all items. If you are <u>unsure</u> about a particular item, <u>evaluate</u> it <u>in the best possible way</u>. All items <u>must be evaluated</u> on the following scale.

As versões retrotraduzidas (BT1 e BT2) do instrumento também apresentaram mínimas variações, as quais foram relacionadas ao uso de sinônimos e termos semelhantes e à diferença na conjugação dos verbos (Quadro 9).

Quadro 9 - Versão original e versões retrotraduzidas (BT1 e BT2) do *Cancer Behavior Inventory - Brief Version*. João Pessoa - PB, Brasil, 2021.

Original	Versão BT1	Versão BT2
Cancer Behavior Inventory - Brief Version	Cancer Behavior Inventory - Brief Version	Cancer Behavior Inventory - Brief Version
Escala	Escala	Escala
Not at all confident	Not at all confident	Not at all confident
Moderately confident	Moderately confident	Moderately confident
Totally confident	Totally confident	Totally confidente
Fatores	Fatores	Fatores
Maintaining Independence and Positive Attitude	Maintaining Independence and Positive Attitude	Maintaining independence and a positive attitude
Participating in Medical Care	<u>Participation</u> in Medical Care	<u>Participation</u> in medical care
Coping and Stress Management	Coping and Stress <u>Control</u>	Coping and Stress <u>Control</u>
Managing Affect	<u>Control of</u> affection	Affection <u>Control</u>
Itens	Itens	Itens
1. Maintaining independence	<u>Maintain</u> independence	<u>Maintain</u> independence
2. Maintaining a positive attitude	<u>Maintain</u> a positive attitude	<u>Maintain</u> a positive attitude
3. Maintaining a sense of humor	<u>Maintain</u> a sense of humor	<u>Maintain</u> a sense of humor
4. Expressing negative feelings about cancer	<u>Express</u> negative feelings about the cancer	<u>Express</u> negative feelings about cancer
5. Using denial	<u>Use</u> denial	<u>Use</u> denial
6. Maintaining work activity	<u>Maintain</u> work activity	<u>Maintain</u> work activity
Continua...		

Quadro 9 - Versão original e versões retrotraduzidas (BT1 e BT2) do *Cancer Behavior Inventory - Brief Version*. João Pessoa - PB, Brasil, 2021. *Continuação*

Original	Versão BT1	Versão BT2
Itens	Itens	Itens
7. Remaining relaxed throughout treatments and not allowing scary thoughts to upset me	<u>Remain</u> relaxed <u>during</u> all treatments and not <u>allow</u> scary thoughts to upset me	<u>Remain</u> relaxed <u>during</u> all treatments and not <u>allow</u> scary thoughts to upset me
8. Actively participating in treatment decisions	Actively <u>participate</u> in treatment decisions	Actively <u>participate</u> in treatment decisions
9. Asking physicians questions	<u>Ask the doctors</u> questions	<u>Ask doctors</u> questions
10. Seeking consolation	Seek <u>comfort</u>	Seek <u>comfort</u>
11. Sharing feelings of concern	<u>Share</u> feelings of concern	<u>Share</u> feelings of concern
12. Managing nausea and vomiting	<u>Manage to deal with</u> nausea and vomiting	<u>Manage to deal with</u> nausea and vomiting
13. Coping with physical changes	<u>Adapt to</u> physical changes	<u>Adapt to</u> physical changes
14. Remaining relaxed while waiting at least 1h for my appointment	<u>Remain</u> relaxed while waiting at least 1 hour for my appointment	<u>Remain</u> relaxed while waiting at least 1 hour for my appointment

Fonte: Dados da Pesquisa, 2021.

6.1.2 Avaliação pelo Comitê de Juízes

Participaram desta etapa cinco juízes com Doutorado em Enfermagem, os quais foram selecionados em decorrência da sua ampla experiência em adaptação transcultural e validação de instrumentos e/ou na assistência ao paciente oncológico. Todos os juízes eram do sexo feminino (100,0%), com idade variando entre 31 e 48 anos, que atuavam na docência (100,0%), pesquisa (100,0%) e extensão (60%) e possuíam um tempo de experiência superior a 7 anos (100,0%).

Em relação às características profissionais na área de interesse, todos os juízes apresentavam experiência em pesquisa (100,0%) e a maioria possuía experiência docente (60,0%), orientação assistencial (80,0%), publicou artigos científicos na área (80,0%) e trabalhos em eventos científicos na área (80,0%), ministrou palestra, curso

ou minicurso (60,0%) e participou do Comitê Editorial e/ou como Consultor *Ad hoc* de periódicos nas áreas de Saúde e/ou Enfermagem (60,0%) (Quadro 10).

Quadro 10 - Caracterização dos juízes acerca da área de interesse para o estudo. João Pessoa - PB, Brasil, 2021.

Características profissionais relacionadas à área de interesse*	Juízes				
	J1	J2	J3	J4	J5
Experiência docente na área	X	X	-	-	-
Experiência em pesquisa na área	X	X	X	X	X
Orientação assistencial na área	X	X	-	X	X
Orientação de monografia, dissertação e/ou tese na área	X	X	-	-	X
Ter ministrado palestra, curso ou minicurso na área	X	X	-	X	-
Publicação de artigos científicos na área	X	X	X	-	X
Publicação de trabalhos em eventos científicos na área	X	X	X	-	X
Participação em Banca de monografia, dissertação e/ou tese na área	X	X	-	-	-
Participação no Comitê Organizador de eventos científicos nas áreas de Saúde e/ou Enfermagem	X	-	-	-	-
Participação no Comitê Editorial e/ou como Consultor <i>Ad hoc</i> de periódicos nas áreas de Saúde e/ou Enfermagem	X	-	-	X	X

*Área de interesse: Adaptação transcultural e validação de instrumentos de medidas e/ou Oncologia. Fonte: Dados da Pesquisa, 2021.

O comitê de juízes sugeriu pequenas modificações para melhorar a compreensão e a adequação cultural dos itens. Apenas o item 5 apresentou uma taxa de concordância inferior a 80% em todas as equivalências, sendo necessária uma maior reformulação (Tabela 1).

Tabela 1 - Porcentagem de concordância entre os juízes acerca da avaliação das equivalências da versão síntese do *Cancer Behavior Inventory - Brief Version*. João Pessoa - PB, Brasil, 2021.

Síntese das traduções e retrotraduções	% de concordância				% Total
	Semântica	Idiomática	Cultural	Conceitual	
Instruções para preenchimento	80	80	100	100	90
Fatores					
Fator 1	80	80	80	80	80
Fator 2	80	100	80	80	90
Fator 3	80	100	100	80	80
Fator 4	80	80	80	80	85
Itens					
1	100	100	100	100	100
2	100	100	100	100	100
3	100	100	100	100	100

Continua...

Tabela 1 - Porcentagem de concordância entre os juízes na avaliação das equivalências da versão síntese do *Cancer Behavior Inventory - Brief Version*. João Pessoa - PB, Brasil, 2021. *Continuação*

Síntese das traduções e retrotraduções	% de concordância				% Total
	Semântica	Idiomática	Cultural	Conceitual	
Itens					
4	100	100	100	100	100
5	60*	60*	40*	60*	55*
6	100	100	100	100	100
7	100	80	100	100	95
8	100	100	100	100	100
9	100	100	100	100	100
10	100	100	100	100	100
11	100	100	100	100	100
12	80	80	80	80	80
13	80	80	80	80	80
14	100	80	80	80	85

*valor inferior a 0,80.

A avaliação de conteúdo pelo comitê de juízes evidenciou que apenas o item 5 apresentou problemas, obtendo valores de IVC (0,20) e Kappa (0,37) inferiores ao recomendado ($\geq 0,80$ e $\geq 0,75$, respectivamente), o que indicou a necessidade de modificação desse item (Tabela 2).

Tabela 2 - Índice de Validade de Conteúdo e Coeficiente Kappa dos itens da versão síntese do *Cancer Behavior Inventory - Brief Version*. João Pessoa - PB, Brasil, 2021.

Item	Clareza de linguagem		Pertinência prática		Relevância teórica		Dimensão teórica	
	IVC	Kappa	IVC	Kappa	IVC	Kappa	IVC	Kappa
1	0,80	0,76	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
2	0,80	0,76	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
3	0,80	0,76	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
4	0,80	0,76	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
5	0,20*	0,37*	0,80	0,76	0,80	0,76	0,80	0,76
6	0,80	0,76	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
7	0,80	0,76	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
8	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
9	0,80	0,76	0,80	0,76	0,80	0,76	0,80	0,76
10	0,80	0,76	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
11	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
12	0,80	0,76	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
13	0,80	0,76	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
14	0,80	0,76	0,80	0,76	0,80	0,76	0,80	0,76

*valores inferiores ao recomendado.

O comitê de juízes sugeriu algumas modificações nas instruções para o preenchimento do instrumento, sendo solicitadas a exclusão das informações repetidas e redundantes e a supressão de palavras, deixando o texto mais claro e objetivo (Quadro 11).

Quadro 11 - Versão síntese das instruções e versão modificada após consenso dos juízes acerca do *Cancer Behavior Inventory - Brief Version*. João Pessoa - PB, Brasil, 2021.

Síntese das traduções e retrotraduções
Esta pesquisa contém muitas coisas que uma pessoa pode fazer durante e após o tratamento do câncer. Estamos interessados em saber o quão confiante você está em passar por essas situações. Certifique-se de que suas avaliações reflitam sua confiança, mesmo que você não tenha passado por essas situações antes. Por isso, suas avaliações são sobre a sua confiança de que você pode passar por essas situações agora ou num futuro próximo. Por favor, leia todos os itens. Em seguida, avalie cada item considerando o quão confiante você está em apresentar esse comportamento. Circule um dos números da escala. Se circular um "9", você indica que está totalmente confiante de que pode apresentar esse comportamento. Caso você circule o "1", você não tem certeza de que poderá apresentar esse comportamento. Os números do meio indicam que você está um tanto confiante de que pode apresentar esse comportamento. Certifique-se de que a avaliação irá refletir a sua confiança, mesmo que você não a tenha apresentado no passado. Por favor, avalie todos os itens. Caso você não tenha certeza sobre um determinado item, avalie-o da melhor forma possível. Todos os itens devem ser avaliados na seguinte escala.
Modificações sugeridas pelos juízes
Esta pesquisa contém <u>algumas situações</u> que uma pessoa pode <u>vivenciar</u> durante e após o tratamento do câncer. Por favor, leia todos os itens <u>e</u> em seguida, avalie cada <u>um</u> considerando o quão confiante você está em apresentar esse comportamento <u>agora ou em um futuro próximo</u> . Se circular <u>o</u> "9", você indica que está totalmente confiante de que pode apresentar esse comportamento. Caso circule o "1", você não tem <u>confiança</u> de que poderá apresentar esse comportamento. Todos os itens devem ser avaliados na seguinte escala.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2021.

Sugeriram-se diversas modificações no instrumento, relacionadas à substituição de termos por sinônimos, supressão de palavras, mudanças de ordem gramatical e inclusão de artigos, preposições e vocábulos. No título do instrumento, sugeriu-se a inclusão de "BR" na abreviação para identificar o país. Assim, o instrumento foi identificado como Inventário de Comportamento para o Câncer - Versão Resumida Brasileira (CBI-B/BR) (Quadro 12).

Quadro 12 - Versão síntese dos itens do *Cancer Behavior Inventory - Brief Version* após consenso dos juízes. João Pessoa - PB, Brasil, 2021.

Síntese das traduções e retrotraduções	Versão pré-final
Inventário de Comportamento para o Câncer - Versão Resumida (CBI-B)	Inventário de Comportamento para o Câncer - Versão Resumida (CBI-B/BR)
Fatores	Fatores
Manter a Independência e Atitude Positiva	<u>Manutenção da</u> Independência e <u>de</u> Atitude Positiva
Participação nos Cuidados Médicos	Participação nos Cuidados <u>de Saúde</u>
Enfrentamento e Controle do Estresse	Enfrentamento e Controle do Estresse
Controle do Afeto	Controle <u>Emocional</u>
Itens	Itens
1. Mantenho independência	<u>Manter</u> a independência
2. Mantenho uma atitude positiva	<u>Manter</u> uma atitude positiva
3. Mantenho senso de humor	<u>Manter o bom</u> humor
4. Expresso sentimentos negativos sobre o câncer	<u>Expressar</u> sentimentos sobre o câncer
5. Uso a negação	<u>Afastar pensamentos negativos de vez em quando</u>
6. Mantenho a atividade de trabalho	<u>Manter</u> atividades <u>da rotina (trabalho, estudos, casa, lazer e vida social)</u>
7. Permaneço relaxado durante todos os tratamentos e não permito que pensamentos assustadores me perturbem	<u>Permanecer calmo(a)</u> durante todos os tratamentos e não permitir que pensamentos <u>negativos</u> me <u>aborreçam</u>
8. Participo ativamente nas decisões sobre o tratamento	<u>Participar</u> nas decisões sobre o tratamento
9. Faço perguntas aos médicos	<u>Fazer</u> perguntas aos <u>profissionais de saúde sobre o tratamento</u>
10. Busco conforto	<u>Buscar apoio social</u>
11. Compartilho sentimentos de preocupação	<u>Compartilhar minhas preocupações com outros</u>
12. Consigo lidar com as náuseas e os vômitos	<u>Conseguir suportar</u> as náuseas e os vômitos
13. Eu me adapto as mudanças físicas	<u>Conseguir me adaptar</u> às mudanças físicas <u>provocadas pelo tratamento</u>
14. Permaneço relaxado enquanto espero pelo menos 1 h pela minha consulta	<u>Permanecer calmo(a)</u> enquanto espero pela minha consulta

6.1.3 Adaptação do *Cancer Behavior Inventory - Brief Version* após o pré-teste

Durante a etapa do pré-teste, a versão pré-final do instrumento CBI-B/BR foi aplicada para 30 pessoas em tratamento oncológico, com nível de escolaridade variando de analfabeto a pós-graduação. Dentre os participantes, a maioria era do sexo feminino (63,3%), com idade entre 60 e 69 anos (46,7%) e que apresentava cânceres de mama (36,7%) e próstata (23,3%).

Os primeiros 10 participantes apresentaram as mesmas dúvidas sobre a interpretação da escala de avaliação dos itens. Assim sendo, foi necessário incluir a seguinte instrução para melhorar a compreensão: “Em uma escala de 1 (nem um pouco) a 9 (totalmente), o quão confiante você está em...”. Os itens 1, 5, 10 e 11 apresentaram dificuldade de compreensão, sendo preciso realizar pequenas alterações.

Depois dessas modificações, o CBI-B/BR foi novamente aplicado para os mesmos 10 participantes, os quais não referiram dificuldades de compreensão; em seguida, essa versão modificada do instrumento foi aplicada para os demais 20 participantes e todos apresentaram entendimento adequado (Quadro 13).

Quadro 13 - Versões pré-final e adaptada do Inventário de Comportamento para o Câncer - Versão Resumida (CBI-B/BR). João Pessoa - PB, Brasil, 2021.

Versão pré-final (pré-teste)	Versão adaptada
1. Manter a independência	Manter a independência <u>(ser capaz de realizar ações e de tomar suas próprias decisões, sem ajuda ou influência de outras pessoas)</u>
2. Manter uma atitude positiva	Manter uma atitude positiva
3. Manter o bom humor	Manter o bom humor
4. Expressar sentimentos sobre o câncer	Expressar sentimentos sobre o câncer
5. Afastar pensamentos negativos às vezes	Afastar pensamentos negativos
6. Manter atividades da rotina (trabalho, estudos, casa, lazer e vida social)	Manter atividades da rotina (trabalho, estudos, casa, lazer e vida social)
7. Permanecer calmo(a) durante todos os tratamentos e não permitir que pensamentos negativos me aborreçam	Permanecer calmo(a) durante todos os tratamentos e não permitir que pensamentos negativos me aborreçam
8. Participar nas decisões sobre o tratamento	Participar nas decisões sobre o tratamento

Continua...

Quadro 13 - Versões pré-final e adaptada do Inventário de Comportamento para o Câncer - Versão Resumida (CBI-B/BR). João Pessoa - PB, Brasil, 2021. *Continuação*

Versão pré-final (pré-teste)	Versão adaptada
9. Fazer perguntas aos profissionais de saúde sobre o tratamento	Fazer perguntas aos profissionais de saúde sobre o tratamento
10. Buscar apoio social	Buscar apoio social (<u>família, amigos, comunidade e profissionais</u>)
11. Compartilhar minhas preocupações com outros	Compartilhar minhas preocupações com <u>outras pessoas</u>
12. Conseguir suportar as náuseas e os vômitos	Conseguir suportar as náuseas e os vômitos
13. Conseguir me adaptar às mudanças físicas provocadas pelo tratamento	Conseguir me adaptar às mudanças físicas provocadas pelo tratamento
14. Permanecer calmo(a) enquanto espero pela minha consulta	Permanecer calmo(a) enquanto espero pela minha consulta

6.2 Evidências de validade do Inventário de Comportamento para o Câncer - Versão Resumida (CBI-B/BR)

6.2.1 Características dos participantes do estudo

Dentre os 140 participantes, a maioria era do sexo feminino (63,6%), com idade entre 70 e 79 anos (29,3%), casada ou em união estável (63,6%), com até oito anos de estudo (62,8%) e que residia no sertão paraibano (42,1%), conforme exposto na Tabela 3.

Tabela 3 - Caracterização dos dados sociodemográficos dos pacientes em tratamento oncológico. João Pessoa - PB, Brasil, 2021.

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	89	63,6
Masculino	51	36,4
Faixa etária (anos)		
≤ 19	2	1,4
20 - 29	2	1,4
30 - 39	11	7,9
40 - 49	23	16,4
50 - 59	24	17,1
60 - 69	31	22,1
70 - 79	41	29,3
80 ou mais	6	4,3
<i>Continua...</i>		

Tabela 3 - Caracterização dos dados sociodemográficos dos pacientes em tratamento oncológico. João Pessoa - PB, Brasil, 2021. *Continuação*

Variáveis	n	%
Estado conjugal		
Casado(a) ou união estável	89	63,6
Solteiro(a)	26	18,6
Viúvo(a)	17	12,1
Divorciado(a)	8	5,7
Escolaridade (anos de estudo)		
Analfabeto(a)	20	14,3
1 - 4	46	32,8
5 - 8	42	30,0
9 - 11	19	13,6
≥ 12	13	9,3
Mesorregião		
Sertão Paraibano	59	42,1
Mata Paraibana	55	39,3
Agreste Paraibano	21	15,0
Borborema	5	3,6
Total	140	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa, 2021.

Em relação à condição clínica, a maior parte dos entrevistados apresentava como principais fatores de risco modificáveis para o câncer a inatividade física (66,4%) e a não utilização de protetor solar (58,6%), possuía o diagnóstico de câncer de mama (32,9%) e próstata (17,9%), com tempo de diagnóstico entre 1 e 2 anos (50,0%), estava realizando tratamento de radioterapia (51,4%), havia realizado cirurgia anteriormente (40,0%) e referiu como principais dificuldades do tratamento os efeitos colaterais (77,9%), as alterações na rotina/atividades diárias (69,3%), a condição financeira (63,6%), o itinerário terapêutico (62,9%), o transporte (57,9%) e as alterações na imagem corporal (52,2%) (Tabela 4).

Tabela 4 - Caracterização da condição clínica dos pacientes em tratamento oncológico. João Pessoa - PB, Brasil, 2021.

Variáveis	n	%
Fatores de risco modificáveis para o câncer*		
Inatividade física	93	66,4
Não uso de protetor solar	82	58,6
Sobrepeso/obesidade	66	47,1
Tabagismo	52	37,1
Contraceptivo oral	42	30,0
Álcool	38	27,1
Tabagismo passivo	25	17,9
		<i>Continua...</i>

Tabela 4 - Caracterização da condição clínica dos pacientes em tratamento oncológico. João Pessoa - PB, Brasil, 2021. *Continuação*

Variáveis	n	%
Tipo de câncer		
Mama	46	32,9
Próstata	25	17,9
Colo do útero	16	11,4
Cabeça e pescoço	16	11,4
Ovário	6	4,3
Pele	5	3,6
Pulmão	4	2,9
Outros	22	15,6
Tempo de diagnóstico (anos)		
< 1	44	31,4
1 - 2	70	50,0
3 - 4	20	14,3
5 ou mais	6	4,3
Tratamento atual		
Radioterapia	72	51,4
Quimioterapia	38	27,1
Quimioterapia + radioterapia	25	17,9
Cirurgia	5	3,6
Tratamento anterior		
Cirurgia	56	40,0
Quimioterapia + cirurgia	21	15,0
Quimioterapia	11	7,9
Radioterapia	2	1,4
Não realizou tratamento anterior	50	35,7
Dificuldades com o tratamento*		
Efeitos colaterais	109	77,9
Alterações na rotina / atividades diárias	97	69,3
Condição financeira	89	63,6
Transporte	81	57,9
Alterações na imagem corporal	73	52,2
Itinerário terapêutico	46	32,9
Falta de acompanhante / apoio familiar	42	30,0
Alterações no relacionamento afetivo / conjugal	36	25,7
Total	140	100,0

*Os indivíduos podiam marcar mais de uma alternativa.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2021.

6.2.2 Dados relacionados à avaliação psicométrica

6.2.2.1 Análise Fatorial Exploratória

O índice de adequacidade amostral apresentou valores aceitáveis, com o KMO apresentando um valor considerado como bom (0,822; IC90%: 0,618-0,830) e o teste de esfericidade de Bartlett sendo estatisticamente significativo (654,9; gl=45;

$p < 0,001$), o que indica a interpretabilidade da matriz de correlação dos itens.

O método Hull sugeriu dois fatores como sendo os mais representativos para os dados. Dentre os 14 itens contidos na versão adaptada do CBI-B/BR, quatro foram excluídos. Os itens 3 - “Manter o bom humor” e 7 - “Permanecer calmo(a) durante todos os tratamentos e não permitir que pensamentos negativos me aborreçam” apresentaram cargas fatoriais inferiores ao recomendado ($< 0,50$) e os itens 9 - “Fazer perguntas aos profissionais de saúde sobre o tratamento” e 13 - “Conseguir me adaptar às mudanças físicas provocadas pelo tratamento” exibiram um padrão de cargas cruzadas, o que correspondeu a cargas fatoriais acima de 0,30 em ambos os fatores, impossibilitando, assim, a manutenção desses itens no instrumento.

A avaliação da adequação da amostra por item evidenciou uma estrutura fatorial composta por 2 fatores e 10 itens para um melhor ajuste, sendo necessário reorganizar o instrumento após a exclusão dos 4 itens (Apêndice G). A versão adaptada do CBI-B/BR foi estruturada da seguinte forma: Fator 1 - Manutenção da rotina, contemplando os itens 1, 2, 4, 5, 9 e 10; e Fator 2 - Enfrentamento da Doença e controle emocional, que abrangeu os itens 3, 6, 7 e 8 (Quadro 14).

Quadro 14 - Versão final do Inventário de Comportamento para o Câncer - Versão Resumida (CBI-B/BR). João Pessoa - PB, Brasil, 2021.

Fator 1 - Manutenção da rotina
1. Manter a independência (ser capaz de realizar ações e de tomar suas próprias decisões, sem ajuda ou influência de outras pessoas)
2. Manter uma atitude positiva
4. Afastar pensamentos negativos
5. Manter atividades da rotina (trabalho, estudos, casa, lazer e vida social)
9. Conseguir suportar as náuseas e os vômitos
10. Permanecer calmo(a) enquanto espero pela minha consulta
Fator 2 - Enfrentamento da doença e controle emocional
3. Expressar sentimentos sobre o câncer
6. Participar nas decisões sobre o tratamento
7. Buscar apoio social (família, amigos, comunidade e profissionais)
8. Compartilhar minhas preocupações com outras pessoas

A variância acumulada dos dois fatores (46% e 15%, respectivamente) explicou cerca de 61% da variância compartilhada dos itens. O índice de determinação de fator não suportou a unidimensionalidade da escala, demonstrando que o instrumento apresenta mais de um fator ($FDI=0,94$ e $0,92$, respectivamente).

Dentre os indicadores de confiabilidade, a confiabilidade composta exibiu valores satisfatórios para os dois fatores (0,89 e 0,91, respectivamente). Além disso,

a consistência interna apresentou valores adequados em ambos os fatores para o alfa de *Cronbach* (0,86 e 0,91, respectivamente) e o *ORION* (0,89 e 0,85, respectivamente), conforme exposto na Tabela 5.

Tabela 5 - Descrição da estrutura fatorial do Inventário de Comportamento para o Câncer - Versão Resumida (CBI-B/BR). João Pessoa - PB, Brasil, 2021.

Itens	Fator 1	IC 90%	Fator 2	IC 90%
Item 1	0,487	0,303 - 0,644	0,221	-0,014 - 0,394
Item 2	0,832	0,691 - 0,958	0,123	-0,031 - 0,276
Item 4	0,659	0,521 - 0,783	0,220	0,058 - 0,380
Item 5	0,669	0,471 - 0,818	-0,001	-0,203 - 0,190
Item 9	0,740	0,556 - 0,890	-0,109	-0,284 - 0,089
Item 10	0,699	0,518 - 0,905	-0,232	-0,463 - -0,041
Item 3	0,222	0,080 - 0,360	0,558	0,318 - 0,680
Item 6	-0,001	-0,139 - 0,152	0,773	0,549 - 0,909
Item 7	0,028	-0,095 - 0,130	0,849	0,717 - 0,969
Item 8	0,262	0,117 - 0,388	0,531	0,375 - 0,683
Valor próprio	4,66	-	1,54	-
Variância explicada	0,46	-	0,15	-
Índice de determinação de fator - FDI	0,94	-	0,92	-
Confiabilidade composta	0,89	-	0,91	-
Consistência interna				
Alfa de Cronbach	0,86	-	0,91	-
ORION	0,89	-	0,85	-

Fonte: Dados da Pesquisa, 2021.

Os índices de ajuste do instrumento foram adequados ($X^2 = 32,626$, $gl = 26$; $p < 0,001$; $RMSEA = 0,043$; $NNFI = 0,988$; $CFI = 0,993$) (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição dos indicadores de ajuste para validação do Inventário de Comportamento para o Câncer - Versão Resumida (CBI-B/BR). João Pessoa - PB, Brasil, 2021.

Itens	Critérios	Modelo bifatorial	IC 90%
Raiz média quadrática dos erros de aproximação - RMSEA	0,010 - 0,050	0,043	0,000 - 0,055
Índice de ajuste não normativo - TLI	> 0,90	0,988	0,977 - 1,006
Índice de ajuste comparativo - CFI	> 0,90	0,993	0,987 - 1,003

Fonte: Dados da Pesquisa, 2021.

6.2.2.2 Evidências de validade convergente e divergente

Evidenciaram-se correlações esperadas da autoeficácia com a EORTC QLQ-C30 (convergente) e com a HADS (divergente). Na análise convergente, observaram-se correlações significativas entre a autoeficácia e a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) total e as suas escalas.

Como evidência de validade convergente, o Fator 1 se correlacionou com a Escala de Saúde Global ($r=0,263$; $p=0,002$), a Escala Funcional ($r=0,413$; $p<0,001$) e a Escala de Sintomas ($r=-0,173$; $p=0,041$). O Fator 2 exibiu evidência de validade convergente na correlação com a Escala de Saúde Global ($r=0,202$; $p=0,016$) e a Escala Funcional ($r=0,285$; $p=0,001$).

Nas evidências de validade divergente, identificaram-se correlações negativas e com significância estatística entre os domínios da HADS e a autoeficácia. O Fator 1 obteve correlação com a Ansiedade ($r=-0,402$; $p<0,001$) e a Depressão ($r=-0,682$; $p<0,001$). De modo semelhante, o Fator 2 também apresentou correlação com a Ansiedade ($r=-0,316$; $p<0,001$) e a Depressão ($r=-0,518$; $p<0,001$) (Tabela 7).

Tabela 7 - Descrição da análise convergente e divergente do Inventário de Comportamento para o Câncer - Versão Resumida (CBI-B/BR). João Pessoa - PB, Brasil, 2021.

Variáveis	Autoeficácia					
	Fator 1		Fator 2		Total	
	r	p-valor*	r	p-valor*	r	p-valor*
Qualidade de vida						
Escala de Saúde Global	0,263	0,002	0,202	0,016	0,264	0,002
Escala Funcional	0,413	<0,001	0,285	0,001	0,398	<0,001
Escala de Sintomas	-0,173	0,041	-0,026	0,765	-0,119	0,161
HADS						
Ansiedade	-0,402	<0,001	-0,316	<0,001	-0,407	<0,001
Depressão	-0,682	<0,001	-0,518	<0,001	-0,698	<0,001

* Teste de correlação de Pearson; valor significativo: $p \leq 0,05$. Fonte: Dados da Pesquisa, 2021.

6.2.2.3 Teoria de Resposta ao Item

A análise das propriedades psicométricas dos itens do CBI-B/BR apresentou índices adequados de confiabilidade nos dois fatores: fidedignidade = 0,96 e 0,98; índice de separação = 4,75 e 7,01, respectivamente. Esses achados sugerem que as estimativas obtidas tendem a ser replicadas em outros estudos. As medidas de desvio

de desempenho exibiram valores adequados para os dois fatores: *Infit* MNSQ = 1,10 e 1,07; ZSTD = 0,5 e 0,4; *Outfit* MNSQ = 0,98 e 0,94; ZSTD = -0,1 e -0,4, respectivamente (Tabela 8).

Tabela 8 - Parâmetros de ajuste dos itens do Inventário de Comportamento para o Câncer - Versão Resumida (CBI-B/BR). João Pessoa - PB, Brasil, 2021.

Parâmetros	Critérios	Fator 1	Fator 2
Fidedignidade	$\geq 0,80$	0,96	0,98
Índice de separação	$\geq 1,6$	4,75	7,01
<i>Infit</i>			
MNSQ*	0,7 - 1,3	1,10	1,07
ZSTD†	< 2	0,5	0,4
<i>Outfit</i>			
MNSQ*	0,7 - 1,3	0,98	0,94
ZSTD†	< 2	-0,1	-0,4

Nota: *MNSQ: quadrado médio (*mean square*); †ZSTD: z-padronizado (*z standardized*). Fonte: Dados da Pesquisa, 2021.

Em relação às pessoas que compuseram a amostra, apenas a fidedignidade do Fator 1 (0,63) apresentou um valor um pouco abaixo do esperado ($\geq 0,70$). Em contrapartida, o Fator 2 apresentou um valor adequado de fidedignidade (0,71).

Na análise dos parâmetros de ajuste, evidenciaram-se valores adequados de medidas de desvio de desempenho nos dois fatores: *Infit* MNSQ = 0,98 e 0,96; ZSTD = 0,0 e -0,2; *Outfit* MNSQ = 0,98 e 0,94; ZSTD = 0,0 e -0,2, respectivamente. Esse resultado indica que as pessoas responderam ao instrumento de acordo com o esperado, em que os indivíduos com alto teta endossaram os itens e aqueles com baixo teta não os endossam (Tabela 9).

Tabela 9 - Parâmetros de ajuste das pessoas que responderam ao Inventário de Comportamento para o Câncer - Versão Resumida (CBI-B/BR). João Pessoa - PB, Brasil, 2021.

Parâmetros	Critérios	Fator 1	Fator 2
Fidedignidade	$\geq 0,70$	0,63	0,71
Média de dificuldade	-	2,00	1,84
Índice de separação	$\geq 1,6$	1,31	1,58
<i>Infit</i>			
MNSQ*	0,7 - 1,3	0,98	0,96
ZSTD†	< 2	0,0	-0,2
<i>Outfit</i>			
MNSQ*	0,7 - 1,3	0,98	0,94
ZSTD†	< 2	0,0	-0,2

Nota: *MNSQ: quadrado médio (*mean square*); †ZSTD: z-padronizado (*z standardized*). Fonte:

Na análise dos parâmetros de ajuste (*Infit* e *Outfit*) por item, evidenciaram-se valores adequados de medidas de desvio de desempenho na maioria dos itens, com pequena exceção no *Infit* do item 6 (Tabela 10).

Tabela 10 - Parâmetros de ajuste por item do Inventário de Comportamento para o Câncer - Versão Resumida (CBI-B/BR). João Pessoa - PB, Brasil, 2021.

	<i>Infit</i>		<i>Outfit</i>	
	MNSQ*	ZSTD [†]	MNSQ*	ZSTD [†]
Fator 1				
Item 1	1,13	0,72	1,05	0,36
Item 2	1,04	0,26	0,74	-1,54
Item 4	0,85	-0,85	0,94	-0,35
Item 5	1,64	3,21	1,34	2,02
Item 9	0,93	-0,43	0,74	-1,90
Item 10	1,03	0,23	1,08	0,60
Fator 2				
Item 3	1,06	0,43	0,94	-0,43
Item 6	1,28	1,74	1,12	0,85
Item 7	1,06	0,44	0,83	-0,97
Item 8	0,88	-0,84	0,89	-0,86

Nota: *MNSQ: quadrado médio (*mean square*); [†]ZSTD: z-padronizado (*z standardized*). Fonte: Dados da Pesquisa, 2021.

Os itens 8 ($\theta=0,77$), 9 ($\theta=0,61$) e 10 ($\theta=0,61$) obtiveram o maior grau de dificuldade média em relação aos demais itens. Em contrapartida, os itens 7 ($\theta=-1,10$) e 2 ($\theta=-0,73$) apresentaram o menor grau de dificuldade, sendo mais fáceis de serem endossados pelos participantes.

Quanto à análise dos parâmetros de ajuste (*Infit* e *Outfit*), percebeu-se a presença de valores adequados de medidas de desvio de desempenho nos itens dos dois fatores. Na avaliação dos limiares, a maioria dos itens apresentou uma estrutura crescente. Desse modo, o indivíduo precisa apresentar um maior nível de teta para endossar limiares com opções de resposta mais elevadas (Tabela 11).

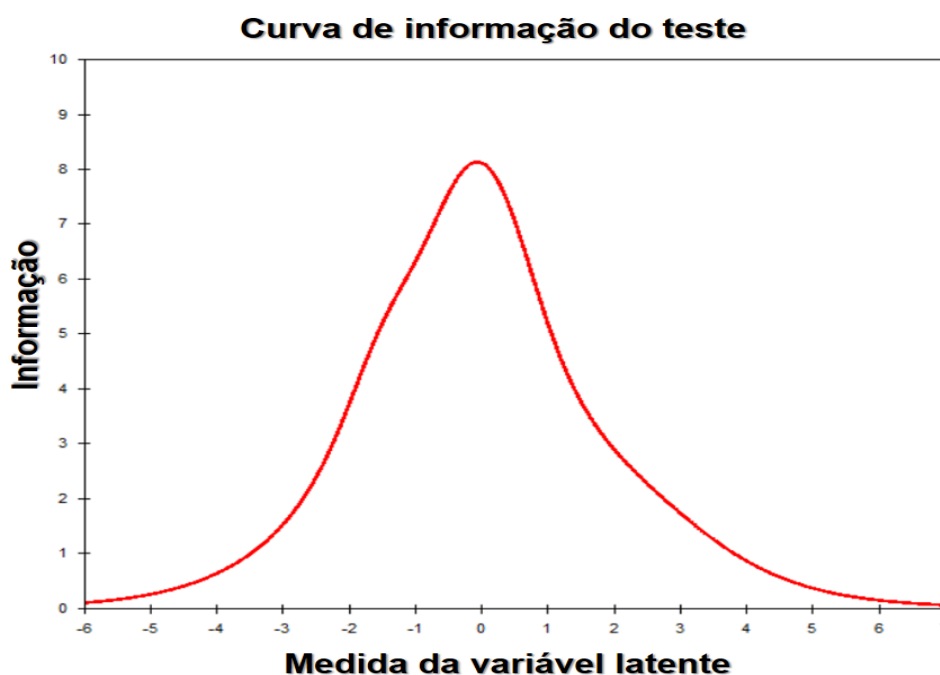
Tabela 11 - Distribuição dos limiares dos itens do Inventário de Comportamento para o Câncer - Versão Resumida (CBI-B/BR). João Pessoa - PB, Brasil, 2021.

Itens	Dificuldade	Limiares							
		τ_1^*	$\tau_2^\dagger$	$\tau_3^\ddagger$	$\tau_4^§$	$\tau_5^ $	$\tau_6^¶$	τ_7^{**}	$\tau_8^{\dagger\dagger}$
Fator 1									
Item 1	-0,56	-1,49	-1,21	-1,40	-0,84	0,01	-1,20	0,33	1,36
Item 2	-0,73	-1,67	-1,38	-1,57	-1,01	-0,17	-1,38	0,15	1,19
Item 4	0,01	-0,92	-0,64	-0,83	-0,27	0,58	-0,63	0,90	1,93
Item 5	0,04	-0,90	-0,61	-0,80	-0,24	0,60	-0,60	0,92	1,96
Item 9	0,61	-0,32	-0,04	-0,22	0,33	1,18	-0,03	1,50	2,53
Item 10	0,61	-0,32	-0,04	-0,22	0,33	1,18	-0,03	1,50	2,53
Fator 2									
Item 3	0,37	-1,63	-0,66	0,00	-0,21	0,35	0,51	1,75	2,85
Item 6	-0,04	-2,04	-1,07	-0,40	-0,62	-0,06	0,10	1,34	2,44
Item 7	-1,10	-3,10	-2,13	-1,47	-1,68	-1,12	-0,96	0,28	1,38
Item 8	0,77	-1,23	-0,26	0,41	0,19	0,75	0,91	2,16	3,25

Nota: τ_1^* = threshold 1 (categorias 1-2); $\tau_2^\dagger$ = threshold 2 (categorias 2-3); $\tau_3^\ddagger$ = threshold 3 (categorias 3-4); $\tau_4^§$ = threshold 4 (categorias 4-5); $\tau_5^||$ = threshold 5 (categorias 5-6); $\tau_6^¶$ = threshold 6 (categorias 6-7); τ_7^{**} = threshold 7 (categorias 7-8); $\tau_8^{\dagger\dagger}$ = threshold 8 (categorias 8-9). Fonte: Dados da Pesquisa, 2021.

A curva de informação do teste demonstra a representação gráfica do nível de dificuldade dos itens, o qual se concentra entre -1 e 1 (Figura 7).

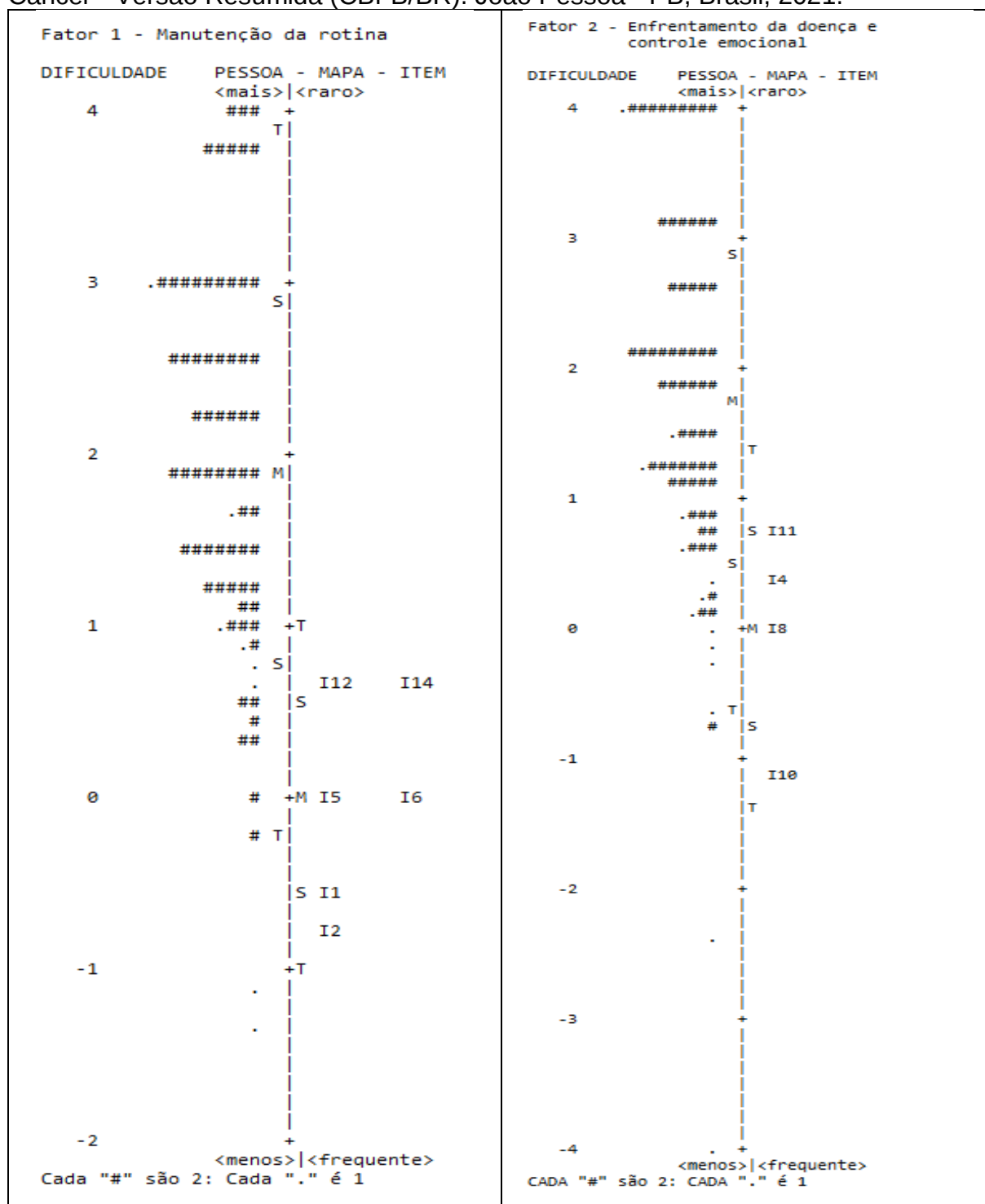
Figura 7 - Curva de Informação do teste referente ao Inventário de Comportamento para o Câncer - Versão Resumida (CBI-B/BR). João Pessoa - PB, Brasil, 2021.



Fonte: Elaboração própria, 2021.

O mapa de distribuição itens-pessoa demonstra que a amostra apresentou, nos dois fatores, um nível de traço latente (teta) maior do que a dificuldade dos itens. No Fatores 1 e 2, o teta dos indivíduos se concentrou entre 3 e 1, enquanto o grau de dificuldade dos itens estava localizado entre 1 e -1 (Figura 8).

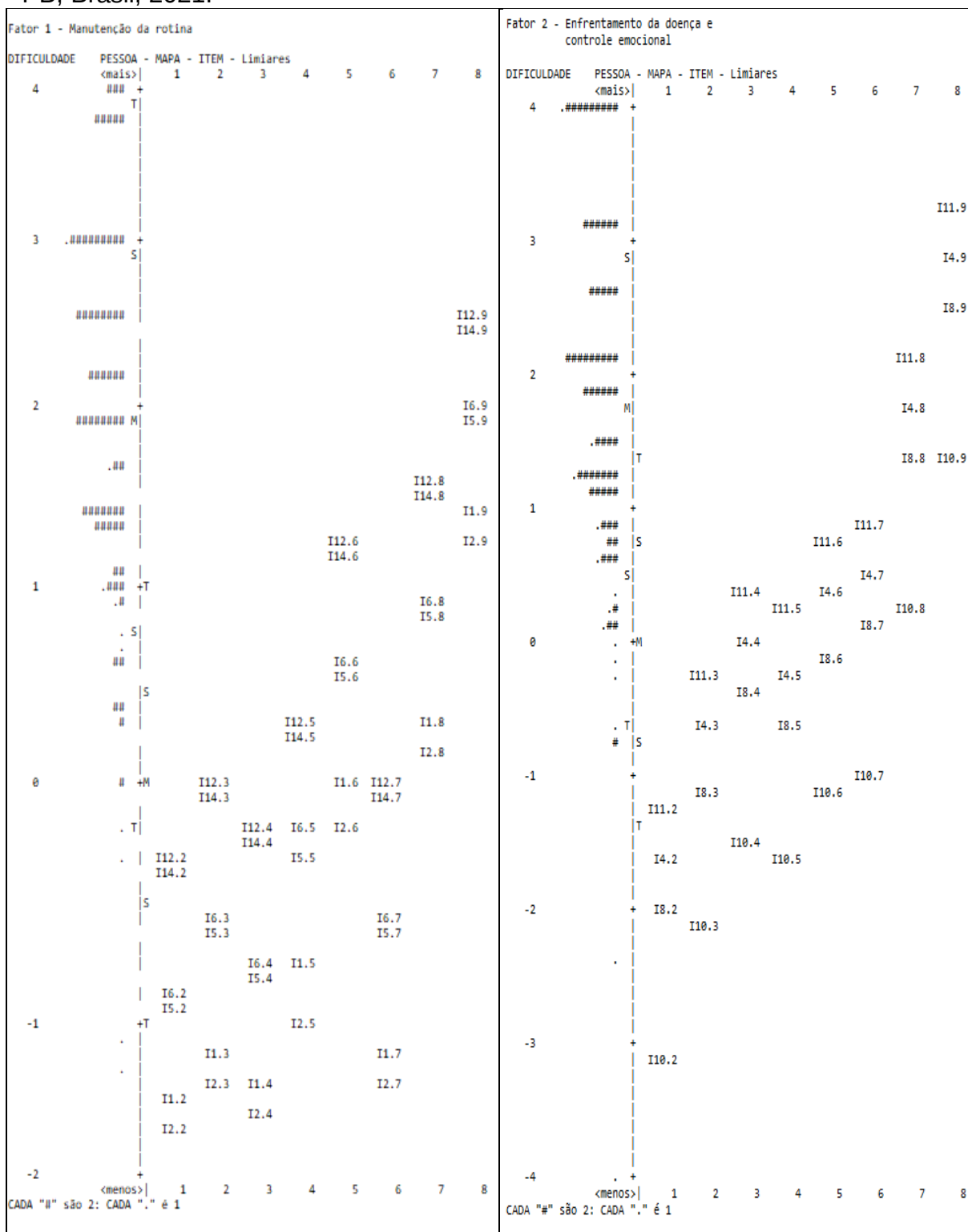
Figura 8 - Mapa de distribuição itens-pessoa do Inventário de Comportamento para o Câncer - Versão Resumida (CBI-B/BR). João Pessoa - PB, Brasil, 2021.



Fonte: Elaboração própria, 2021.

A Figura 9 apresenta a mesma distribuição entre itens e pessoas, contudo especifica os itens por limiares de resposta.

Figura 9 - Mapa de distribuição itens-pessoa do Inventário de Comportamento para o Câncer - Versão Resumida (CBI-B/BR) segundo a estrutura dos limiares. João Pessoa - PB, Brasil, 2021.



Fonte: Elaboração própria, 2021.

A avaliação do DIF mostrou que existem diferenças no nível de dificuldade dos itens em relação ao sexo, em que é mais difícil para os homens endossar determinados itens do que para as mulheres. Os itens 4 ($p < 0,001$), 6 ($p < 0,001$), 8 ($p < 0,001$) e 10 ($p = 0,026$) apresentaram um DIF significativo ($p \leq 0,05$).

No que se refere ao tamanho do efeito, os itens 6 (0,76; -0,76) e 8 (-0,66; 0,66) apresentaram um DIF com efeito alto, o item 7 (0,44; -0,44) foi considerado como moderado e o item 4 (0,12; -0,41) como efeito baixo/negligível (Tabela 12).

Tabela 12 - Parâmetros de Funcionamento Diferencial do Item (DIF) do Inventário de Comportamento para o Câncer - Versão Resumida (CBI-B/BR) segundo o sexo. João Pessoa - PB, Brasil, 2021.

Itens	Média DIF		DIF Contrast		Mantel qui-quadrado	p-valor
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino		
Fator 1						
Item 1	-0,74	-0,46	-0,46	0,08	1,02	0,311
Item 2	-0,73	-0,73	-0,73	0,00	0,06	0,795
Item 4	0,28	-0,13	0,12	-0,41	11,33	<0,001
Item 5	-0,35	0,21	-0,15	0,55	1,86	0,172
Item 9	0,80	0,52	0,12	-0,29	1,61	0,203
Item 10	0,55	0,65	-0,04	0,09	2,41	0,119
Fator 2						
Item 3	0,32	0,39	-0,07	0,07	0,38	0,537
Item 6	0,38	-0,38	0,76	-0,76	11,82	<0,001
Item 7	-0,86	-1,30	0,44	-0,44	4,92	0,026
Item 8	0,36	1,02	-0,66	0,66	16,32	<0,001

Valor significativo: $p \leq 0,05$. Fonte: Dados da Pesquisa, 2021.

Discussão

7.1 Processo de adaptação transcultural do *Cancer Behavior Inventory - Brief Version*

A utilização de um instrumento desenvolvido em outro país requer a sua tradução e adaptação para o novo contexto no qual será aplicado, haja vista que as diferenças semânticas, idiopáticas, culturais e conceituais podem interferir nos resultados obtidos e reduzir a sua eficiência na assistência e na pesquisa (ALGAMDI; HANNEMAN, 2016).

Nesse sentido, a adaptação transcultural de um instrumento de medidas deve seguir um processo rigoroso e completamente auditável, que permita o desenvolvimento de uma nova versão adequada para o uso em uma determinada cultura, mas que conserve as características equivalentes à sua versão original (BEATON *et al.*, 2007).

Neste estudo, o processo de adaptação transcultural da versão brasileira do CBI-B seguiu rigorosamente as etapas propostas pelo referencial utilizado (BEATON *et al.*, 2007), o qual representa o método mais utilizado na área de enfermagem para esse tipo de pesquisa metodológica (LINO *et al.*, 2017; MACHADO *et al.*, 2018). De maneira semelhante, a adaptação da versão portuguesa (PEREIRA; IZDEBSKI; PEREIRA, 2021) também utilizou o método desenvolvido pelo grupo de estudos de Beaton, apesar de ter sido uma versão mais antiga, publicada em 2000 (BEATON *et al.*, 2000).

Nas demais adaptações, apenas a versão turca do instrumento (IYIGUN *et al.*, 2017) não utilizou um referencial metodológico para guiar esse processo, enquanto a versão italiana (SERPENTINI *et al.*, 2019) seguiu as diretrizes propostas pela EORTC (DEWOLF *et al.*, 2017) e as versões árabe (ALGAMDI; HANNEMAN, 2016) e chinesa (LI *et al.*, 2021) fizeram uso das etapas elencadas pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2014).

Emboras as seis versões do CBI-B tenham utilizado processos metodológicos distintos para adaptar o instrumento às suas respectivas culturas, todos os referenciais apresentam similaridades, sendo compostos basicamente por duas etapas principais, que correspondem à tradução do instrumento do idioma original e à sua adaptação para a língua-alvo (OLIVEIRA *et al.*, 2018; PASQUALI, 2010). Além disso, todas as versões adaptadas apresentaram evidências de validade transcultural e semântica adequadas à versão original em inglês (HEITZMANN *et al.*, 2011).

Durante a primeira etapa, as traduções iniciais apresentaram resultados semelhantes, com pequenas diferenças que não interferiram no conteúdo do instrumento. A seleção de dois tradutores brasileiros, com comprovado domínio na língua inglesa e na cultura do país, permitiu a máxima redução de desvios semânticos relacionados a aspectos linguísticos e contextuais.

Associado a isso, o fato de ambos os tradutores apresentarem pós-graduação nas áreas de interesse para a pesquisa (enfermagem, oncologia e letras) favoreceu a reflexão acerca de determinados vocábulos que melhor se encaixavam, de acordo com o seu ponto de vista profissional, nas similaridades e divergências entre os hábitos, costumes e comportamentos sociais e de saúde presentes nas culturas americana e brasileira.

Na etapa seguinte, as duas versões traduzidas foram sintetizadas em um único material, buscando selecionar as palavras que se adequavam melhor e que forneciam maior clareza e compreensão aos termos traduzidos. Posteriormente, essa versão do instrumento foi retrotraduzida para o inglês por dois nativos com residência fixa no Brasil, o que comprovou uma elevada semelhança entre as versões sintetizada e original, conservando a essência do CBI-B e a mesma estrutura conceitual de mensuração da autoeficácia no paciente com câncer.

A avaliação pelo comitê de juízes exibiu um alto nível de concordância entre as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual das instruções de preenchimento, dos fatores e dos itens do instrumento. Apenas o item 5 apresentou uma taxa de concordância inferior ao recomendado, o que exigiu a sua reformulação. De maneira semelhante, a avaliação de conteúdo obteve valores adequados de IVC e Kappa para quase todos os itens, exceto o item 5, indicando a necessidade de modificação (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015; ECHEVARRÍA-GUANILO; GONÇALVES; ROMANOSKI, 2019; LANDIS; KOCH, 1977; POLIT; BECK, 2019).

As sugestões dos juízes não provocaram grandes modificações, sendo relacionadas à manutenção de um texto com maior coesão e coerência textuais, evitando a repetição de ideias. Contudo, as alterações realizadas não alteraram a dimensão teórica do conceito analisado, mantendo a máxima proximidade com o instrumento original.

No título, recomendou-se a inclusão da sigla “BR” para identificar a versão brasileira do instrumento, conforme ocorreu nas adaptações para as línguas árabe - CBI-BA (ALGAMDI; HANNEMAN, 2016), italiana - CBI-B/I (SERPENTINI *et al.*, 2019),

portuguesa - CBI-B/P (PEREIRA; IZDEBSKI; PEREIRA, 2021) e chinesa - CBI-B/C (LI *et al.*, 2021).

Dentre os quatro fatores, três sofreram modificações. No fator 1, “Manter a Independência e Atitude Positiva”, sugeriu-se a mudança para “Manutenção”, seguindo a mesma estrutura dos demais fatores. No fator 2, “Participação nos Cuidados Médicos”, sugeriu-se a alteração dos termos “Cuidados Médicos” para “Cuidados de Saúde”, visto que a assistência ao paciente em tratamento oncológico é realizada por uma equipe multiprofissional. No fator 4, “Controle do Afeto”, o termo “Afeto” foi substituído por “Emocional”, uma vez que seria mais adequado ao conjunto de itens avaliados nesse fator.

Todos os itens do instrumento foram modificados, sendo sugerida a alteração do tempo verbal do presente do indicativo para a forma nominal do verbo no infinitivo, pois auxiliaria na sua compreensão e no julgamento acerca da sua confiança de apresentar determinado comportamento. No item 3, os termos “senso de humor” foram modificados para “bom humor”, uma vez que esses vocábulos são mais conhecidos pela população em geral.

O item 5 foi o único que sofreu grandes modificações, pois a compreensão do seu significado não estava clara entre os juízes. Após as sugestões elencadas pelo comitê, fez-se necessária a investigação da versão ampla da escala (CBI-L) para identificar o que significava “denial” no contexto da autoeficácia do paciente oncológico. Dessa forma, assim como ocorreu na adaptação da versão árabe do instrumento (ALGAMDI; HANNEMAN, 2016), esse item foi alterado para “afastar pensamentos negativos às vezes”, derivando da versão original “putting things out of my mind at times”.

O item 6, “Mantenho atividade de trabalho”, foi modificado para “Manter atividades da rotina (trabalho, estudos, casa, lazer e vida social)”. Essa alteração também foi realizada nas adaptações para as línguas árabe (ALGAMDI; HANNEMAN, 2016) e turca (IYIGUN *et al.*, 2017), sendo justificada pela necessidade de abordar, de maneira mais ampla, a rotina diária do paciente em tratamento oncológico, auxiliando na compreensão do contexto abordado pelo item.

No item 7, os termos “relaxado”, “assustadores” e “perturbem” foram substituídos, respectivamente, por “calmo(a)”, “negativos” e “aborreçam”, visto que seriam mais compreensíveis pela população-alvo. No item 8, o termo “ativamente” foi excluído por não apresentar relevância, além de possibilitar compreensões

equivocadas.

No item 9, o termo “médicos” foi modificado para “profissionais de saúde” a fim de contemplar a equipe multidisciplinar assistencial. Além disso, foi necessário incluir o termo “sobre o tratamento” para impedir a ocorrência de prejuízos na compreensão sobre o item. No item 10, assim como nas versões árabe (ALGAMDI; HANNEMAN, 2016) e turca (IYIGUN *et al.*, 2017), o termo “conforto” foi substituído por “apoio social”, uma vez que abrange melhor o significado do vocábulo utilizado na língua original.

O item 11, “Compartilho sentimentos de preocupação” foi substituído por “Compartilhar minhas preocupações com outros”, sendo necessária a inclusão de algumas palavras para auxiliar no entendimento adequado pelos pacientes. No item 12, o termo “lidar” foi substituído por “suportar”, uma vez que esse sinônimo seria mais compreensível dentro do contexto sociocultural brasileiro.

No item 13, foi necessário incluir os termos “conseguir” e “provocadas pelo tratamento” para um melhor entendimento do que o item pretende abordar. Por fim, no item 14, o termo “relaxado” foi substituído por “calmo(a)” e ocorreu a supressão dos termos “pelo menos 1 hora”, uma vez que não se avaliou como necessária a delimitação de tempo para a espera pela consulta.

Depois da realização de todas as modificações sugeridas pelo comitê de juízes, a versão pré-final foi aplicada em um pré-teste, o que suscitou a inclusão de uma pequena frase de instrução e a modificação em quatro itens para que todos os participantes obtivessem o mesmo entendimento do que se pretendia avaliar.

Os termos “independência” e “apoio social”, contidos nos itens 1 e 10, respectivamente, exibiram dificuldade de compreensão, o que necessitou a inclusão de breves explicações. No item 5, sugeriu-se a exclusão do termo “às vezes”, uma vez que provocava dúvidas sobre a determinação da quantidade de tempo ao qual corresponderia, sendo complexa a sua mensuração. A outra mudança ocorreu no item 11, em que houve substituição da palavra “outros” por “outras pessoas”, tornando a frase mais compreensível, sobretudo para as pessoas de baixo nível educacional.

A avaliação adequada do conceito mensurado por um instrumento de medidas depende, dentre outros aspectos, da forma como foi escrito, o que requer a adaptação do seu conteúdo para a realidade cultural do país ao qual se destina. Além disso, faz-se necessário que ocorra o ajuste da linguagem a fim de permitir uma compreensão igualitária entre os indivíduos com diferentes níveis de escolaridade (BEATON *et al.*, 2007; LINO *et al.*, 2017; OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Nesse sentido, em alguns casos, torna-se imprescindível a alteração, a inclusão ou a exclusão de termos, palavras e/ou frases para garantir a veracidade e a qualidade da informação a ser mensurada. A adaptação de um instrumento ultrapassa a dinâmica de uma simples tradução literal, sendo necessário adequá-lo à realidade cultural do local para o qual se destina, mas sempre mantendo a essência da estrutura contida na sua versão original (COSTA *et al.*, 2021; VIREN; BARRON, 2019).

7.2 Evidências de validação do Inventário de Comportamento para o Câncer - Versão Resumida (CBI-B/BR)

7.2.1 Características dos participantes do estudo

Dentre os 140 pacientes, a maioria era do sexo feminino, o que poderia ser justificado pelo número elevado de câncer de mama na amostra estudada. A neoplasia maligna de mama é o tipo mais frequente entre as mulheres, representando a maior causa de morte nessa população. Contudo, o prognóstico da doença é considerado bom caso seja diagnosticada e tratada precocemente, com aumento da qualidade de vida e melhor sobrevida (INCA, 2020; MEDEIROS *et al.*, 2019).

Observou-se um maior quantitativo de idosos entre os participantes. Esse achado corrobora com as próprias características da doença, uma vez que o envelhecimento populacional é um dos principais fatores de risco não modificáveis para o câncer, em decorrência das alterações fisiológicas que favorecem o desenvolvimento de diversas neoplasias (DEMAREST *et al.*, 2019; FRANCISCO *et al.*, 2020; MAURINA; DELL'OSBEL, ZANOTTI, 2020).

As pessoas casadas ou que viviam em união estável foram predominantes na amostra, refletindo o perfil da população oncológica no Brasil, a qual reside com companheiro(a) e esse indivíduo se torna o seu cuidador, auxiliando em todas as tarefas de rotina e nas atividades relacionadas ao tratamento (ABREU; COSTA JÚNIOR, 2018; MORENO-GONZÁLEZ; SALAZAR-MAYA; TEJADA-TAYABAS, 2018; ROCHA *et al.*, 2020).

A presença do(a) companheiro(a) representa uma importante fonte de apoio e de suporte para o paciente, além de promover a adesão ao tratamento e favorecer a melhoria da qualidade de vida, o aumento dos níveis de autoeficácia e a adaptação às adversidades impostas pela doença e pelo tratamento (MERLUZZI *et al.*, 2019;

SILVA *et al.*, 2020).

Estudo realizado com homens submetidos à prostatectomia radical evidenciou que a satisfação conjugal foi preditora de bem-estar subjetivo e de qualidade de vida, haja vista que os cônjuges buscavam manter o equilíbrio emocional da relação e proporcionar uma perspectiva positiva para seus parceiros visando tornar esse momento difícil algo um pouco menos doloroso e favorecer a melhoria da sua condição de saúde física, emocional e psíquica (ROMANZINI *et al.*, 2018).

Todavia, é bastante comum a presença de problemas no relacionamento afetivo das pessoas em tratamento oncológico, sobretudo quando as mulheres são acometidas pela doença (CONDE; LEMOS; FERREIRA, 2018). Estudo de revisão integrativa sobre mulheres com cânceres de mama e colo do útero identificou uma frequência elevada de dificuldades no relacionamento com o parceiro, em que elas referiram frustração com a comunicação e a intimidade, preocupação em ser abandonada e medo que o seu companheiro encontrasse outra parceira, o que interferia negativamente na sua condição de vida e saúde (WILSON *et al.*, 2021).

Acerca da escolaridade, a maioria dos participantes apresentava até oito anos de estudo. O nível educacional é um importante indicador da situação socioeconômica e de saúde da população, sendo relacionado com aspectos de moradia, ocupação, *status* social, determinante de emprego e renda futuros, função cognitiva e alfabetização em saúde, o que pode influenciar nos comportamentos de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e adesão terapêutica (MATHEW *et al.*, 2019).

Um estudo sobre as desigualdades em saúde realizado no Japão observou que o baixo nível educacional em quase todas as faixas etárias esteve relacionado com uma maior prevalência de sofrimento psíquico, autoavaliação ruim da saúde, tabagismo e menores taxas de participação no rastreamento do câncer (OKUI, 2021). Na Índia, uma pesquisa evidenciou que uma proporção substancial de pacientes apresentava o câncer em estágio avançado no momento do diagnóstico, sendo mais frequente entre aqueles com níveis mais baixos de educação (MATHEW *et al.*, 2019).

A maior parte dos entrevistados era proveniente do sertão paraibano, o que resulta da ausência de um serviço especializado para o atendimento a todos os tipos de câncer. Embora nessa mesorregião exista uma UNACON, os seus serviços se restringem aos atendimentos ambulatorial, quimioterápico e cirúrgico para os cânceres de pele, próstata, mama e colo do útero. Desse modo, os indivíduos que necessitam de outras formas terapêuticas e de assistência aos tipos de câncer não

contemplados precisam viajar de 6 a 10 horas para a capital do estado.

Quanto aos fatores de risco para o câncer, houve uma frequência elevada de inatividade física e da não utilização do protetor solar. A prática de atividade física é reconhecida como um importante fator de proteção para inúmeras doenças, sobretudo as DCNT, sendo elencada como uma ferramenta fundamental para a promoção da saúde pública em nível global, além de, no âmbito nacional, ser citada em diferentes normativas do Sistema Único de Saúde (SUS) (DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2018; INCA, 2020; WORLD CANCER RESEARCH FUND INTERNATIONAL, 2018).

Estudo que buscou apresentar e discutir evidências científicas recentes acerca da atividade física para prevenção do câncer identificou que prática de exercícios com qualquer intensidade e duração pode oferecer benefícios para a saúde, além de ser um importante fator de prevenção dos cânceres de mama, cólon, endométrio, esôfago (adenocarcinoma), estômago, rim, bexiga e fígado (CARVALHO; PINTO; KNUTH, 2020).

Os benefícios da atividade física não se restringem apenas à prevenção do câncer, abrangendo também as pessoas acometidas pela doença. Um estudo de revisão sistemática indicou que a prática de exercícios auxilia na melhoria do prognóstico e da sobrevida em alguns tipos de câncer, impacta positivamente a qualidade de vida desses indivíduos e diminui os índices de mortalidade (MCTIERNAN *et al.*, 2019).

Uma grande parte dos pacientes relatou não utilizar o protetor solar, o que representa um risco para o desenvolvimento do câncer de pele melanoma e não melanoma. Embora o estado da Paraíba apresente um nível extremo de radiação ultravioleta, sobretudo no sertão, em decorrência do clima semiárido com baixo índice pluviométrico, o uso do protetor solar é bastante raro, tanto por questões culturais quanto pelo valor elevado do produto (PARAÍBA, 2021).

O uso de protetor solar é recomendado como uma estratégia adjuvante para a prevenção do câncer de pele, o qual deve ser associado com outras medidas para proteger a pele e reduzir o risco de queimaduras solares, tais como evitar a exposição ao sol entre 10 e 14 horas, hidratar diariamente e utilizar materiais que bloqueiam os raios ultravioletas, a exemplo de roupas de proteção, bonés, chapéus, guarda-chuvas, entre outros (DIEHL *et al.*, 2021; SANDER *et al.*, 2020).

Os tipos de câncer mais frequentes na população estudada foram de mama e

de próstata, o que corrobora com o perfil epidemiológico da doença no mundo. Dados do Observatório Global de Câncer indicam que no ano de 2020 ocorreram mais de 19 milhões de novos casos da doença, dos quais 12,5% corresponderam ao câncer de mama e 7,8% ao câncer de próstata (GLOBOCAN, 2022).

Estimativas apontam que, em 2040, a neoplasia mamária continuará ocupando o primeiro lugar entre todos os tipos de câncer, apresentando um total superior a 3 milhões de novos casos, correspondendo a um aumento de mais de 33,8% em apenas 20 anos. Em relação ao câncer de próstata, o segundo mais prevalente na população masculina, evidenciará um aumento de 2,23 milhões de novos casos, exibindo um aumento de 58,1% (GLOBOCAN, 2022).

A maioria dos pacientes referiu um tempo de diagnóstico do câncer entre um e dois anos e em média dois meses para o início do tratamento. Esse achado está de acordo com a legislação brasileira de assistência oncológica, que estabelece, por meio da Lei Nº 12.732/2012, que o paciente com neoplasia maligna comprovada deve receber o primeiro tratamento no SUS em até 60 dias (BRASIL, 2012).

Embora esse resultado positivo tenha sido evidenciado neste estudo, ele não representa a realidade da maioria das instituições assistenciais no país. Uma pesquisa de revisão integrativa identificou a presença de inúmeras desigualdades no acesso à rede oncológica, as quais eram relacionadas a problemas financeiros, culturais, sociais e geográficos. Além disso, aspectos associados à própria rede ocasionavam o início tardio do diagnóstico e do tratamento, como a falta de articulação entre os serviços e a ausência de exames e consultas nas atenções primária e especializada (LOMBARDO; POPIM, 2020).

O tratamento de radioterapia foi o mais frequente na amostra investigada, sendo justificado por ser o método mais utilizado, correspondendo à terapia de primeira escolha em aproximadamente 60% dos casos (SHEVTSOV *et al.*, 2019). Essa modalidade terapêutica utiliza radiação ionizante no local do câncer e/ou em áreas adjacentes, o que provoca a destruição das células cancerígenas, afeta o microambiente tumoral, inibe o desenvolvimento de metástases, ativa a resposta imune anticâncer e promove o aumento da sobrevida dos pacientes (JAROSZ-BIEJ *et al.*, 2019; OZPISKIN; ZHANG; LI, 2019).

No tratamento paliativo, o uso da radioterapia proporciona a redução de diversos sintomas decorrentes do tumor primário ou de depósitos metastáticos de maneira rápida e eficaz, além de aumento da qualidade de vida nos cânceres em

estágio avançado e incuráveis (ARSCOTTO *et al.*, 2020; SPENCER *et al.*, 2018). Todavia, embora esse método apresente inúmeros benefícios, também estão presentes reações adversas agudas, sobretudo na pele, que podem comprometer a adesão terapêutica e a condição de vida e saúde desses pacientes (MACEDO; NERIS; ANJOS, 2019; VIANA *et al.*, 2021).

Estudo realizado com adultos em tratamento de radioterapia para o câncer de cabeça e pescoço em Sergipe evidenciou como reações adversas dor, mucosite, náusea, vômito, má digestão, boca seca, desidratação, alteração na voz e prurido (SANTOS *et al.*, 2019). Corroborando com esse achado, uma pesquisa realizada no Hospital do Câncer do INCA identificou que 99,4% dos pacientes apresentaram radiodermatite, dos quais 11,4% foram severas, resultando na suspensão temporária do tratamento em mais da metade dos casos (CARDOZO *et al.*, 2020).

A cirurgia foi referida pelos pacientes como a principal modalidade terapêutica realizada antes do tratamento atual. As cirurgias são bastante comuns no tratamento oncológico, contudo podem ser muito agressivas, resultando no comprometimento de diversos aspectos da vida desses indivíduos, sobretudo nas dimensões física e psicológica (NIERO *et al.*, 2018).

Estudo desenvolvido com homens que realizaram prostatectomia radical na Espanha evidenciou que, após o procedimento cirúrgico, os pacientes apresentaram alterações na sexualidade, nos relacionamentos íntimos e no bem-estar, o que provocou situações de crise e de sofrimento psicológico (MARTÍNEZ-BORDAJANDI *et al.*, 2020).

Nas mulheres, as cirurgias de mama e ginecológica impactam diretamente as suas vivências da sexualidade, da feminilidade, do autoconceito e da autoestima. Além disso, o pós-operatório é marcado por sinais e sintomas desagradáveis que podem perdurar por semanas ou meses, causando limitações na funcionalidade e prejuízos na qualidade de vida (LOPES *et al.*, 2018; SCHMIDT *et al.*, 2019).

Dentre as dificuldades relacionadas ao tratamento oncológico, identificaram-se com maior frequência os efeitos colaterais, as alterações na rotina/atividades diárias, a condição financeira, o transporte e as alterações na imagem corporal.

A toxicidade do câncer não se restringe apenas às reações causadas pelo crescimento do tumor, mas abrange também os efeitos colaterais decorrentes da terapia antineoplásica, que podem provocar baixa adesão terapêutica, com atraso no tratamento e redução na quantidade de doses, maior busca por atendimentos de

urgência e emergência oncológica, risco elevado de internações hospitalares e aumento dos custos com os cuidados em saúde (BARBOSA *et al.*, 2019).

O tratamento oncológico apresenta um grande número de efeitos colaterais que interferem negativamente na vida e na rotina dos pacientes. De maneira geral, é bastante comum a presença de sintomas gastrintestinais, hematológicos, físicos, psicológicos e sexuais, como náuseas, vômitos, constipação ou diarreia, fadiga, fraqueza, dor, queda de cabelo, falta de apetite, alterações no peso, anemia, xerostomia, sudorese, distúrbios do sono, ansiedade, irritabilidade, angústia, tristeza, perda da libido, disfunção erétil, entre outros (ARANTES *et al.*, 2019; OLIVEIRA; REIS; SILVA, 2018).

Associado a isso, a duração e a intensidade dos efeitos colaterais podem variar de acordo com a localização anatômica do tumor, o tipo de terapêutica empregada, o tempo de duração do tratamento e as próprias características sociodemográficas e clínicas de cada indivíduo (AVELAR *et al.*, 2019; RABELO *et al.*, 2021; REID; SOUNDY, 2019; SHAPIRO, 2018).

Nesse sentido, a assistência ao paciente oncológico requer um cuidado contínuo, por meio de uma equipe multiprofissional especializada, que busque atuar na prevenção de complicações, no controle dos sinais e sintomas, na avaliação diagnóstica, no tratamento e na reabilitação, além de fornecer atendimento aos familiares e cuidadores, bem como desenvolver ações e estratégias com diversos setores da sociedade civil (LOPES-JÚNIOR; LIMA, 2019; LOUZADA *et al.*, 2018).

No que tange à assistência de enfermagem destinada a essa população, a utilização do processo de enfermagem permite a avaliação integrada da condição de vida e saúde do paciente, a identificação precoce dos problemas causados pela doença e pelo tratamento, a determinação dos diagnósticos prioritários, o desenvolvimento de intervenções específicas e individualizadas e a padronização da linguagem utilizada, permitindo a continuidade do cuidado entre a equipe multiprofissional e a rede assistencial (NAZIAZENO *et al.*, 2020; YOUNG *et al.*, 2020).

As alterações na rotina e nas atividades diárias estiveram presentes em grande parte dos entrevistados, uma vez que o diagnóstico da doença e o próprio tratamento provocam mudanças diretas e indiretas no cotidiano. A descoberta de uma neoplasia causa um grande impacto na vida das pessoas, haja vista que, mesmo nos dias atuais, o câncer ainda está envolto por um forte estigma social, com prognóstico incerto e necessidade de cuidados de longa duração (PRADO *et al.*, 2020).

De maneira complementar, o tratamento do câncer também ocasiona intenso sofrimento para o paciente e para todos aqueles do seu convívio social. A rotina diária é afetada negativamente pela necessidade de cuidados com a doença, pela toxicidade resultante da terapêutica empregada e pelos prejuízos causados às esferas física, psicológica, emocional e social (CALDIN *et al.*, 2021; OLIVEIRA; REIS; SILVA, 2018; REID; SOUNDY, 2019).

Estudo realizado com pacientes em tratamento de câncer de cavidade oral evidenciou que as mudanças decorrentes do diagnóstico, da evolução da doença e do modelo terapêutico utilizado impactaram os seus papéis com relação à família e à sociedade, ocasionaram limitações funcionais que os impediam de realizar suas atividades cotidianas e provocaram o abandono do trabalho, gerando sentimentos de frustração, impotência, inutilidade e desesperança (CALDIN *et al.*, 2021).

Em relação aos familiares, a ação de cuidado de indivíduo com câncer interfere em diversos aspectos da sua vida, com frequente abandono de atividades de estudo e/ou trabalho, isolamento social, redução no autocuidado e desenvolvimento de problemas físicos e psíquicos (VALE *et al.*, 2019). Além disso, a realização das tarefas domésticas, comumente realizadas pela mesma pessoa que presta os cuidados, resulta em intenso desgaste, estresse e sobrecarga (COPPETTI *et al.*, 2020).

Durante uma pesquisa realizada com cuidadores familiares de pessoas com câncer, os indivíduos relataram que, além das atividades relacionadas ao cuidado com o doente, ainda desenvolviam inúmeras tarefas no domicílio e fora dele, como lavar roupa, preparar a alimentação, comprar insumos de mercados e farmácias, acompanhamento em consultas médicas, entre outras, o que resultou em mudanças no seu cotidiano, dentre elas o abandono do emprego, a restrição da vida social e a vivência constante de uma série de preocupações e de sentimentos conflitantes relacionados ao processo de adoecimento do familiar (MELLO *et al.*, 2021).

A condição financeira foi outro aspecto referido pelos pacientes como uma dificuldade no tratamento. O conceito de toxicidade financeira é algo relativamente recente no campo da oncologia, mas que representa um evento adverso com grande relevância clínica, em decorrência dos efeitos econômicos causados pela incorporação de novas tecnologias diagnósticas e terapêuticas, os quais impactam nos serviços públicos e privados de saúde, como também na própria sociedade (EZEIFE *et al.*, 2019; NOGUEIRA *et al.*, 2020; THOM; BENEDICT, 2019).

Um estudo realizado com sobreviventes de câncer nos Países Baixos

evidenciou que a toxicidade financeira esteve relacionada a todos os aspectos que surgiram desde os sinais e sintomas da doença e que não eram custeados pelos planos de saúde ou pelo sistema público, como exames diagnósticos, internações hospitalares, atendimentos ambulatoriais, medicações, despesas de deslocamento, hospedagem e alimentação, serviços de cuidadores, diminuição/perda da renda, entre outros, o que provocou a redução da qualidade de vida e da adesão terapêutica, com consequente redução da eficácia do tratamento (PEARCE *et al.*, 2019).

Os prejuízos gerados pela toxicidade financeira do câncer não se restringem apenas às questões relativas ao tratamento oncológico, mas abrangem também toda a rotina de vida do paciente e de seus familiares, haja vista que, buscando priorizar o custeio das despesas relacionadas à terapêutica, reduzem gastos com outros aspectos, como alimentação, lazer, passeios e alteração do estilo de vida e dos hábitos familiares. Como resultado disso, tem-se o aumento de problemas psicológicos e emocionais, além da geração e/ou potencialização dos conflitos entre os membros da família (CHAN *et al.*, 2018; NOGUEIRA *et al.*, 2021).

Outra dificuldade referida pelos participantes deste estudo foi acerca do transporte, o que poderia ser justificado pela maioria dos pacientes residir distante do local do tratamento, em que alguns apresentavam um tempo de deslocamento de até 12 horas para chegar à capital do estado.

Corroborando com esse achado, uma pesquisa realizada com pacientes em tratamento oncológico e seus familiares/cuidadores evidenciou que uma das principais dificuldades enfrentadas era decorrente do deslocamento do município que residiam para o serviço especializado. Os entrevistados referiram que esse trajeto resultava em grande cansaço físico e mental, em virtude do traslado ocorrer durante a madrugada, do elevado tempo de espera para o atendimento médico e das condições precárias de pavimentação das estradas e rodovias (OLIVEIRA; REIS; SILVA, 2018).

Diante disso, o sofrimento gerado pelo tratamento antineoplásico é potencializado por outros elementos que se relacionam de maneira direta e indireta com a terapêutica e se somam aos problemas do cotidiano desses indivíduos. Nesse contexto, durante a assistência à saúde em oncologia, os profissionais devem considerar todas as dimensões que envolvem a saúde e o bem-estar do ser humano, visto que o prognóstico de cada paciente e os resultados esperados dependem de uma gama de fatores que estão inter-relacionados (VIANA *et al.*, 2021).

Por fim, as alterações na imagem corporal foram citadas por mais da metade

dos participantes como uma importante dificuldade no tratamento. O aspecto estético é um dos mais afetados no paciente oncológico, uma vez que a própria terapêutica para a doença pode resultar em alopecia, enfraquecimento das unhas, deformidades faciais e corporais e incapacidades físicas, o que interfere na autoestima, na autoconfiança, nas relações sociais e de trabalho, na sexualidade, no desenvolvimento de papéis, no bem-estar, na qualidade de vida e na adesão ao tratamento proposto (FORMIGOSA; COSTA; VASCONCELOS, 2018).

A forma como a imagem corporal é afetada pode variar segundo o tipo de neoplasia e a terapêutica empregada. Em alguns tipos de câncer, a doença se manifesta de forma explícita, impossibilitando a utilização de meios ou ferramentas para ocultar os olhares e julgamentos alheios, como os casos de câncer de cabeça e pescoço e estágios avançados do melanoma (CALDIN *et al.*, 2021; MARTINS *et al.*, 2018; MELISSANTE *et al.*, 2021).

Nos cânceres de mama e ginecológicos, a cirurgia para remoção do tumor geralmente causa a retirada total ou parcial do órgão e de estruturas circunvizinhas, afetando negativamente a sexualidade, os relacionamentos afetivos e a própria forma da mulher viver e exercer a sua feminilidade. Além disso, os tratamentos de radioterapia e quimioterapia provocam a queda do cabelo e das sobrancelhas, o que requer o uso de adereços desconfortáveis para esconder o problema da sociedade, como a utilização de lenços, perucas, toucas, bonés, chapéus, novas tonalidades de tinta e procedimentos estéticos (MEDEIROS *et al.*, 2019; REIS; GRADIM, 2018).

Nesse sentido, torna-se imprescindível a oferta de apoio psicológico para os pacientes em tratamento oncológico e seus familiares, o qual deve ser iniciado no momento do diagnóstico e se estender após a remissão do tumor ou a cura. Faz-se necessária a elaboração de um plano de cuidados individualizado, que contemple todas as dimensões de vida do paciente e da família, além do atendimento às necessidades que ultrapassem a esfera biomédica, mediante uma postura que transmita apoio, conforto, acolhimento, segurança, confiança e empatia (FORMIGOSA; COSTA; VASCONCELOS, 2018).

7.2.2 Dados relacionados à avaliação psicométrica

7.2.2.1 Análise Fatorial Exploratória

A avaliação da estrutura dos dados da versão brasileira do CBI-B evidenciou um modelo composto por 2 fatores e 10 itens, diferindo da versão original americana com 4 fatores e 12 itens (HEITZMANN *et al.*, 2011). Em algumas adaptações do CBI-B, a realização do processo de validação também apresentou uma estrutura diferente da versão original (HEITZMANN *et al.*, 2011), mas que se adequava melhor ao contexto cultural da população investigada (ALGAMDI; HANNEMAN, 2016; LI *et al.*, 2021; PEREIRA; IZDEBSKI; PEREIRA, 2021).

A validação do instrumento adaptado para a Arábia Saudita (ALGAMDI; HANNEMAN, 2016) apresentou mudanças após a análise da sua performance psicométrica, exibindo uma estrutura representada por um modelo unidimensional com 7 itens (itens 1, 2, 3, 6, 7, 8 e 13). Na versão chinesa do CBI-B (LI *et al.*, 2021), o modelo final que melhor se adaptou foi composto por 1 fator e 12 itens, enquanto a versão portuguesa (PEREIRA; IZDEBSKI; PEREIRA, 2021) manteve os 4 fatores originais, mas excluiu 3 itens (itens 4, 5 e 14).

A redução de fatores, bem como a exclusão de itens, não é algo incomum durante o processo de validação de instrumentos adaptados, haja vista que as diferenças culturais de cada país influenciam na forma como os indivíduos interpretam e respondem às questões (BEATON *et al.*, 2007; MCNEISH, 2018; PASQUALI, 2009, 2010; POLIT; BECK, 2019).

Em todas as versões do CBI-B, os itens 5 e 14 foram excluídos (ALGAMDI; HANNEMAN, 2016; HEITZMANN *et al.*, 2011; IYIGUN *et al.*, 2017; LI *et al.*, 2021; PEREIRA; IZDEBSKI; PEREIRA, 2021; SERPENTINI *et al.*, 2019). Somente na versão árabe (ALGAMDI; HANNEMAN, 2016) houve a exclusão de uma maior quantidade de itens, sendo eliminados os itens 4, 5, 9, 10, 11, 12 e 14.

No CBI-B/BR, excluíram-se os itens 3 e 7 por não apresentarem cargas fatoriais adequadas ao recomendado pela literatura, enquanto os itens 9 e 13 obtiveram cargas cruzadas em mais de um fator, ou seja, faziam parte dos dois fatores de modo simultâneo, o que impossibilitou a sua manutenção no instrumento (LORENZO-SEVA; FERRANDO, 2019; LORENZO-SEVA, TIMMERMAN; KIERS, 2011).

Esses resultados poderiam estar relacionados à forma como os itens foram

estruturados, visto que alguns deles traziam mais de uma ação no enunciado. No item 3 - "Manter o bom humor", a baixa carga fatorial poderia estar relacionada à amplitude do significado de bom humor na cultura brasileira, o qual apresenta diferentes definições de acordo com a região geográfica do país. Além disso, o bom humor pode ter sido confundido com otimismo, que, embora pareça semelhante, na verdade, corresponde a um traço de personalidade (SANTOS; FARO, 2020).

No item 7 - "Permanecer calmo(a) durante todos os tratamentos e não permitir que pensamentos negativos me aborreçam", percebe-se a existência de duas ideias diferentes, que remetem para ações distintas, o que poderia ter causado confusão entre os participantes do estudo no momento de responder ao instrumento. Outro aspecto importante é o fato de que as ações descritas nem sempre podem ocorrer de maneira simultânea, uma vez que é possível permanecer calmo(a) e mesmo assim se sentir aborrecido(a) e/ou desconfortável com a presença de pensamentos negativos.

Acerca do Item 9 - "Fazer perguntas aos profissionais de saúde sobre o tratamento", a sua exclusão pode ter sido decorrente dos hábitos culturais da população brasileira, os quais foram perpetuados pelo modelo biomédico, trazendo a figura dos profissionais de saúde como os detentores do saber, enquanto o paciente deveria apenas acatar as intervenções sem questionar ou se posicionar ativamente nas decisões.

A relação entre paciente e profissional corresponde a um ponto-chave no cuidado em saúde, uma vez que o sucesso de qualquer método terapêutico é proporcional à qualidade desse relacionamento (VIANA *et al.*, 2021). A comunicação eficaz é imprescindível para uma assistência segura e de qualidade, sendo necessária a participação do paciente nas decisões sobre a sua saúde, favorecendo o cumprimento do protocolo de tratamento, a detecção precoce de situações de risco e o manejo adequado de sinais e sintomas (LOUZADA *et al.*, 2018).

Estudo realizado com 15 clientes oncológicos atendidos em um ambulatório especializado no Rio de Janeiro identificou que a priorização de ações de escuta ativa, de acolhimento e de respeito à autonomia, bem com a utilização de linguagem acessível, proporcionou a construção de um plano de cuidados acordado com o paciente e centrado nas suas necessidades e preferências, o que resultou em maior participação do indivíduo no gerenciamento da sua condição de saúde e aumento na adesão terapêutica (SILVA *et al.*, 2020).

No que se refere ao item 13 - "Conseguir me adaptar às mudanças físicas

provocadas pelo tratamento”, a construção do seu enunciado pode ter gerado dúvidas na forma de interpretação pelos participantes, haja vista que as mudanças decorrentes do tratamento não se restringem apenas à esfera física, mas abrangem as dimensões psíquica, emocional, espiritual e social. Esse fato pode ter gerado uma confusão entre os participantes, o que culminou na sua carga cruzada.

A análise da estrutura fatorial evidenciou que o CBI-B/BR não suportava a unidimensionalidade, sendo composta por dois fatores. Em decorrência da alteração no número de fatores e na alocação dos itens em cada um deles, fez-se necessário modificar o enunciado para contemplar adequadamente as ações elencadas.

O Fator 1 - “Manutenção da rotina” abrangeu os itens contidos anteriormente nos fatores 1 (Manutenção da Independência e da Atitude Positiva), 2 (Participação nos Cuidados de Saúde) e 3 (Enfrentamento e Controle do Estresse) da versão original. Essa modificação foi necessária devido à estruturação dos itens na versão americana gerar bastante divergência, visto que o enunciado de alguns deles não apresentava uma relação semântica e conceitual adequada com o fator. Um exemplo disso é o item 5 - “Afastar pensamentos negativos”, que fazia parte do Fator 2 - “Participação nos Cuidados de Saúde” (HEITZMANN *et al.*, 2011).

A escolha do enunciado “Manutenção da rotina” ocorreu em razão dos itens tratarem dos esforços realizados pelo paciente para preservar as suas práticas diárias, mesmo diante das adversidades impostas pela doença e pelo tratamento. A alteração na rotina é referida na literatura como um dos principais problemas do paciente oncológico, interferindo negativamente em diversos aspectos da sua vida (CALDIN *et al.*, 2021; CHAN *et al.*, 2018; REID; SOUNDY, 2019).

Nesse sentido, a conservação dos hábitos diários do indivíduo se torna uma importante forma de melhorar os níveis de autoeficácia, uma vez que possibilita o enfrentamento dos problemas, favorece a busca pelos resultados desejados e auxilia no aumento da confiança em desempenhar um papel ativo no controle da sua condição de vida e saúde (LINGENS *et al.*, 2021; MERLUZZI *et al.*, 2018).

O Fator 2 - “Enfrentamento da doença e controle emocional” compreende questões que antes faziam parte dos fatores 2 (Participação nos Cuidados de Saúde) e 4 (Controle Emocional). O enunciado desse fator no CBI-B/BR objetivou contemplar, de maneira satisfatória, as ações relativas à expressão de sentimentos sobre a doença, a participação nas decisões sobre o tratamento, a busca por apoio social e o compartilhamento das preocupações com outras pessoas.

Os itens contidos nesse fator abordaram dois tipos de comportamentos que promovem a autoeficácia no paciente com câncer, os quais precisam enfrentar os obstáculos resultantes da doença e manter o controle emocional nas diferentes etapas do tratamento oncológico a fim de desenvolver e/ou mobilizar mecanismos internos e externos para assumir o domínio da situação (AN *et al.*, 2021; BANDURA, 1982; 1986; WHITE *et al.*, 2017; 2019).

Os indicadores de confiabilidade e de consistência interna confirmaram a capacidade do instrumento em mensurar adequadamente a autoeficácia nos pacientes em tratamento oncológico, exibindo valores superiores às versões americana (HEITZMANN *et al.*, 2011), árabe (ALGAMDI; HANNEMAN, 2016), turca (IYIGUN *et al.*, 2017), italiana (SERPENTINI *et al.*, 2019) e portuguesa (PEREIRA; IZDEBSKI; PEREIRA, 2021), que variaram entre 0,69 e 0,88, e bem próximas da versão chinesa (LI *et al.*, 2021), que obteve 0,92.

A avaliação da confiabilidade se refere ao nível de coerência que os itens do instrumento apresentam para a mensuração do atributo, à constância dos resultados e à confiança que o teste proporciona, sem a presença de grandes diferenças entre medidas repetidas que reflitam a existência de erros. Deve ser realizada quando se desenvolve uma nova medida e para a identificação da necessidade de aprimoramento de instrumentos existentes (ECHEVARRÍA-GUANILO; GONÇALVES; ROMANOSKI, 2019; MCNEISH, 2018; POLIT; BECK, 2019).

A presença de valores satisfatórios de confiabilidade para um instrumento indica que houve rigor do processo científico para a sua construção e/ou adaptação, o que demonstra a fidedignidade das informações obtidas e a garantia de resultados similares, mesmo em diferentes culturas (ALEXANDRE *et al.*, 2013; MATOS; RODRIGUES, 2019; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

7.2.2.2 Evidências de validade convergente e divergente

Os resultados da análise psicométrica do CBI-B/BR confirmaram as evidências esperadas de validade convergente e divergente. A autoeficácia apresentou correlação positiva com QVRS, corroborando com os dados obtidos nas validações do instrumento para a Turquia (IYIGUN *et al.*, 2017), Itália (SERPENTINI *et al.*, 2019) e Portugal (PEREIRA; IZDEBSKI; PEREIRA, 2021), as quais também utilizaram o EORTC QLQ-C30 para mensurar a validade convergente (AARONSON *et al.*, 1993).

A QVRS é definida como a percepção do paciente acerca dos efeitos causados pela doença e pelo tratamento nos domínios físico, mental e social (AARONSON *et al.*, 1993; CAMPOS *et al.*, 2018). Trata-se de um construto multidimensional de bastante relevância no contexto atual da sociedade, sobretudo em relação às doenças crônicas como o câncer, por atuar como um fator preditivo de morbimortalidade e fornecer dados para a avaliação dos cuidados prestados em curto, médio e longo prazo (AVERY *et al.*, 2018; MAGON *et al.*, 2021; ROMANZINI *et al.*, 2018).

Durante o tratamento oncológico, diversos aspectos podem influenciar a QVRS, dentre os quais se destaca a autoeficácia. A confiança em conseguir realizar tarefas desafiadoras propicia o envolvimento ativo do indivíduo no gerenciamento dos sintomas e na tomada de decisões acerca dos cuidados em saúde, o que resulta na melhoria proporcional da qualidade de vida (CHEN; LIU; YOU, 2018; MERLUZZI *et al.*, 2019; PETERS *et al.*, 2019).

Estudo realizado com 959 pacientes de uma clínica de reabilitação oncológica na Alemanha evidenciou que a autoeficácia foi preditora de QVRS, em que os indivíduos com maior competência pessoal de eficácia apresentaram melhores resultados de qualidade de vida (HINZ *et al.*, 2019). De maneira semelhante, uma pesquisa realizada com 45 pacientes italianos com câncer submetidos à esofagectomia observou que os escores pré-operatórios de autoeficácia foram fortes preditores do estado geral de saúde e da qualidade de vida ao longo dos três meses seguintes ao procedimento (MAGON *et al.*, 2021).

A autoeficácia representa um importante fator para o sucesso do tratamento oncológico por atuar como elemento favorável para a diminuição da intensidade de situações estressantes decorrentes da doença e auxiliar no autogerenciamento de sintomas desagradáveis e de eventos adversos, o que favorece o aumento nos níveis de qualidade de vida (ANDERSON *et al.*, 2021; MERLUZZI *et al.*, 2019; SHEN *et al.*, 2020; WHITE *et al.*, 2017; 2019).

O julgamento pessoal sobre as suas habilidades para executar uma atividade específica e atingir os objetivos desejados provoca uma interação dinâmica entre os determinantes comportamentais e ambientais do indivíduo, impactando diretamente a forma como ele percebe a sua condição de saúde e quais ações são necessárias para se obter êxito (AZZI, 2021; BANDURA, 1986; 1997).

Diante disso, faz-se necessário o desenvolvimento de ações para aumentar a autoeficácia, as quais devem ser embasadas em evidências científicas que

comproven a sua efetividade. O fortalecimento das crenças do paciente oncológico na sua própria capacidade de lidar com a doença poderá auxiliar na manutenção e/ou recuperação de melhores níveis de qualidade de vida, com efeito positivo no tratamento empregado e no prognóstico da doença (HINZ *et al.*, 2019; SALVETTI *et al.*, 2020).

Um estudo realizado com 85 pacientes em tratamento de carcinoma de pulmão na China identificou que as intervenções de enfermagem direcionadas para a melhoria da autoeficácia apresentaram resultados significativos no aumento dos seus níveis, além de auxiliar na adesão terapêutica, promover uma maior rapidez na recuperação e elevar a satisfação com a saúde e a qualidade de vida (ZHANG *et al.*, 2022).

De forma complementar, uma meta-análise de ensaios controlados randomizados identificou que as intervenções mais eficazes para melhorar os comportamentos de autoeficácia entre os pacientes com câncer são aquelas direcionadas para a dimensão psicológica, realizadas em formato presencial e produzidas em grupo (MERLUZZI *et al.*, 2019). Nesse sentido, torna-se imprescindível a implementação de programas institucionais direcionados a capacitar os profissionais de saúde para o desenvolvimento de ações e estratégias que busquem fomentar a autoeficácia do paciente oncológico (HINZ *et al.*, 2019; YANG *et al.*, 2021).

Na análise da validade divergente, identificaram-se correlações negativas entre a autoeficácia e a ansiedade e depressão, assim como ocorreu nas validações do CBI-B para as línguas italiana (SERPENTINI *et al.*, 2019) e portuguesa (PEREIRA; IZDEBSKI; PEREIRA, 2021) utilizando o instrumento HADS (ZIGMOND; SNAITH, 1983).

A presença de problemas psíquicos é algo bastante comum em pacientes com câncer, sendo relacionada, principalmente, ao intenso estresse vivenciado ao longo da sua trajetória de busca por tratamento e cura (MAUSBACH *et al.*, 2020; ROMANZINI *et al.*, 2018). Em muitos casos, a incapacidade de exercer um senso de controle sobre a sua saúde favorece a deterioração do estado psicológico, desencadeando o surgimento de sentimentos negativos, como ansiedade e depressão (YUAN *et al.*, 2020).

Um estudo realizado com pacientes chineses em tratamento de câncer bucal evidenciou uma alta prevalência de sintomas de ansiedade e depressão (39,9% e 65,2%, respectivamente), o que foi relacionado com a perda do sentido da vida e a ausência de esperança em um futuro melhor (YUAN *et al.*, 2020). No Brasil, uma

pesquisa com 107 pacientes em tratamento quimioterápico e radioterápico identificou uma frequência moderada de ansiedade (31,8%) e depressão (21,5%), exibindo correlação negativa com a qualidade de vida e a capacidade funcional (SALVETTI *et al.*, 2020).

A presença de sintomas de ansiedade e depressão pode interferir na condição de vida e saúde do paciente oncológico, com prejuízos na adesão terapêutica, aumento do tempo de hospitalização, maior intensidade de eventos adversos, piora da sobrevida, risco aumentado de mortalidade, diminuição da qualidade de vida, entre outros problemas (MATA *et al.*, 2018; WANG *et al.*, 2020; YUAN *et al.*, 2020).

Diante disso, alguns fatores podem atuar como mediadores dos níveis de ansiedade e depressão, dentre os quais se destaca a autoeficácia. Os indivíduos com maiores níveis de eficácia pessoal conseguem enfrentar, de modo mais dinâmico e efetivo, os estressores relacionados à doença e ao tratamento oncológico. Pesquisas têm relatado que pacientes com maior autoeficácia apresentam redução da ansiedade, são menos deprimidos e possuem uma maior capacidade de se adaptar aos problemas desencadeados pelo câncer (AKIN; GUNER; 2019; ALI *et al.*, 2020; CHIRICO *et al.*, 2017; IBIAPINA *et al.*, 2018).

Um estudo desenvolvido com 314 pacientes atendidos em ambulatórios especializados em oncologia nos EUA observou que a autoeficácia esteve diretamente relacionada com menores níveis de ansiedade e depressão, diminuição da gravidade dos sintomas e melhoria do estado funcional por atuar como mediadora entre a capacidade do indivíduo de executar uma determinada ação e a utilização de mecanismos para o enfrentamento das adversidades (OMRAN; MCMILLAN, 2018).

A relação entre a autoeficácia e a redução de distúrbios psíquicos não se restringe apenas aos pacientes em tratamento oncológico, mas abrange também os seus familiares (AN *et al.*, 2021). Uma pesquisa realizada em dois centros de apoio psicossocial ao câncer na Alemanha evidenciou que a autoeficácia apresentou um efeito estatisticamente significativo sobre o sofrimento dos pacientes e dos seus familiares, em que aqueles indivíduos com maior crença de eficácia pessoal exibiram menores níveis de ansiedade e depressão (LINGENS *et al.*, 2021).

Quando o paciente apresenta uma elevada crença de eficácia, sente-se mais confiante para assumir o controle da situação e desempenhar ativamente o seu papel no gerenciamento da sua saúde, o que, conseqüentemente, transmite uma maior confiança aos familiares e reduz a presença e a intensidade de sentimentos negativos,

como tensão, angústia, ansiedade e depressão (AN *et al.*, 2021; WANG *et al.*, 2021).

Nesse sentido, a autoeficácia representa um importante recurso para a diminuição do sofrimento psíquico durante o tratamento oncológico, auxiliando no fortalecimento das habilidades necessárias para assimir o controle da sua condição de saúde (KIZZA; MARITZ, 2019; LI *et al.*, 2021; LINGENS *et al.*, 2021; MERLUZZI *et al.*, 2018; WHITE *et al.*, 2017; 2019).

7.2.2.3 Teoria de Resposta ao Item

A análise das propriedades psicométricas dos itens evidenciou índices adequados, indicando que o instrumento realmente consegue mensurar o traço latente do teste. A avaliação psicométrica permite verificar a manutenção das características da versão original, analisar a performance na versão adaptada, comprovar a robustez dos resultados e obter indícios de que o instrumento realmente irá medir o que se pretendia (OLIVEIRA *et al.*, 2018; PASQUALI, 2010).

Dessa forma, os achados deste estudo demonstram evidências sólidas de que o CBI-B/BR avalia, de modo satisfatório, a autoeficácia no paciente com câncer. Esse resultado representa uma importante inovação nas áreas da saúde e enfermagem, haja vista que corresponde a um instrumento específico para mensurar a autoeficácia durante o tratamento oncológico, trazendo resultados fidedignos e mais acurados do que a utilização de uma escala geral para avaliação desse conceito (HINZ *et al.*, 2019; BANDURA, 1982; 1986; 2005).

Associado a isso, a existência de cinco versões do CBI-B em países dos continentes americano (HEITZMANN *et al.*, 2011), europeu (PEREIRA; IZDEBSKI; PEREIRA, 2021; SERPENTINI *et al.*, 2019) e asiático (ALGAMDI; HANNEMAN, 2016; LI *et al.*, 2021) evidencia a sua relevância em âmbito internacional, sendo amplamente utilizada no mundo (MERLUZZI *et al.*, 2018).

A cultura de cada país é algo dinâmico, com uma diversidade de atributos e de sistemas sociais dentro do próprio território. Nesse contexto, a adaptação de um instrumento para uma nova língua requer a comprovação de que os seus itens atendam às condições específicas daquela realidade, referindo-se a aspectos detalhados e concretos do cotidiano da população para o qual se destina (BANDURA, 1982; 1986; 2005; PASQUALI, 2010).

No que se refere aos parâmetros de ajuste dos participantes desta pesquisa,

apenas o Fator 1 obteve um valor de fidedignidade um pouco abaixo do esperado. Esse resultado poderia ser justificado pela heterogeneidade da amostra investigada, uma vez que para cada tipo de câncer é necessário um manejo diferente em relação aos sintomas e ao tipo de tratamento escolhido, interferindo na forma como o indivíduo busca manter a sua rotina. Desse modo, a utilização de apenas um tipo de câncer pode favorecer o aumento nos níveis de fidedignidade para os dois fatores do CBI-B/BR.

Em relação aos parâmetros de ajuste por item, somente o item 6 apresentou um valor inferior ao recomendado. Todavia, quando se analisa cada item de um instrumento usando a TRI como base, espera-se que existam pequenos desvios nessa curva de variação. Assim, esse valor observado não invalida o desempenho do CBI-B/BR na avaliação da autoeficácia dos pacientes em tratamento oncológico (GOLINO; GOMES; PERES, 2021; POLIT; BECK, 2019).

Os itens 8, 9 e 10 apresentaram um maior grau de dificuldade entre os participantes do estudo. Isso evidencia que para os indivíduos marcarem as opções 7, 8 ou 9 do instrumento, devem apresentar um nível de confiança mais elevado do que no desempenho dos comportamentos elencados nos demais itens.

O item 8 - “Compartilhar minhas preocupações com outras pessoas” demonstrou uma dificuldade elevada para ser endossado, o que poderia ser decorrente da constante inquietação dos pacientes quanto a não gerar sofrimento aos familiares e/ou cuidadores com os problemas que os afligem. Muitos indivíduos se sentem como um fardo para aqueles que cuidam, então, buscando reduzir a carga relativa ao cuidado, preferem não compartilhar as preocupações (AN *et al.*, 2021; LINGENS *et al.*, 2021; PRAZO *et al.*, 2019).

Um estudo realizado com seis famílias que tinham um dos seus membros com câncer fora de possibilidade de cura identificou que o paciente e seus familiares sofrem com preocupações e medo ao perceberem sinais de piora da saúde e ao vislumbrarem o prognóstico futuro (OLIVESKI *et al.*, 2021). Diante disso, muitos indivíduos optam por guardar para si os sentimentos negativos, as angústias e as preocupações, evitando importunar os familiares e amigos com os seus problemas (BOTEY *et al.*, 2020; FELICIANO *et al.*, 2020).

Em decorrência desse cenário, tem-se percebido um maior número de pacientes que buscam o espaço virtual como um meio de interação com outras pessoas que vivenciam as mesmas situações (STILES; MYNARD, 2021).

Corroborando com isso, uma pesquisa desenvolvida com dados de cinco grupos de câncer de mama no *Facebook* evidenciou que esse ambiente representou um meio de interação de indivíduos com problemas de saúde similares, permitindo o compartilhamento de experiências, informações e preocupações, o que favoreceu o autocuidado e o enfrentamento da doença (MELO; VASCONCELLOS-SILVA, 2018).

A dificuldade do item 9 - “Conseguir suportar as náuseas e os vômitos” poderia ser decorrente dos obstáculos relacionados à capacidade do paciente de exercer o controle de algo que não depende exclusivamente da sua vontade, haja vista que as náuseas e os vômitos são bastante frequentes na terapia antineoplásica. Neste estudo, os próprios participantes relataram que a principal dificuldade com o tratamento eram os efeitos colaterais, com destaque para as náuseas e os vômitos que interferiam em outros aspectos da sua rotina diária.

A presença de sintomas decorrentes da toxicidade do tratamento interfere diretamente na adesão terapêutica e na qualidade de vida, o que prejudica o seu manejo adequado no domicílio. A gravidade desse quadro pode variar de acordo com fatores internos e externos relacionados ao indivíduo, como o método terapêutico empregado, a frequência das sessões, o tipo e estágio do câncer, a idade do paciente, a presença de comorbidades, entre outros. Em muitos casos, torna-se necessária a assistência imediata em serviços de saúde (ARANTES *et al.*, 2019; REID; SOUNDY, 2019; VIANA *et al.*, 2021).

Uma pesquisa realizada com 65 pessoas com doenças hemato-oncológicas atendidas em unidades de urgência e emergência observou que as principais manifestações clínicas que motivaram a busca pelo serviço foram a dor, a febre, as náuseas e os vômitos (BECK *et al.*, 2019). Por se tratar de um efeito colateral comum durante o tratamento oncológico, os profissionais de saúde devem realizar uma avaliação completa acerca desses sintomas, investigando a sua frequência, a duração, a intensidade e as atividades associadas a fim de prevenir a ocorrência e reduzir o sofrimento (NAVARI, 2018).

Em relação ao item 10 - “Permanecer calmo(a) enquanto espero pela minha consulta”, a dificuldade de executar esse comportamento pode ser justificada pela presença de sentimentos negativos que são frequentemente vivenciados durante a espera para o atendimento médico, como ansiedade, tensão, medo, angústia e preocupação (SANTOS *et al.*, 2019; OLIVEIRA; REIS; SILVA, 2018).

Os itinerários diagnóstico e terapêutico do paciente oncológico podem

influenciar na maneira como o indivíduo percebe esse momento de atendimento de saúde, haja vista que a vivência de dificuldades no acesso à rede de atenção oncológica resulta em intenso sofrimento e insegurança quanto ao futuro, tornando os momentos que antecedem as consultas algo desgastante (BECK *et al.*, 2019; LOMBARDO; POPIM, 2020; TESTON *et al.*, 2018).

No que se refere aos limiares, a maioria dos itens apresentou uma estrutura crescente, conforme teoricamente esperado. Contudo, observou-se que alguns limiares não foram crescentes, o que indica a necessidade de reduzir o número de opções de resposta. Os testes utilizados demonstram que a melhor estrutura para o CBI-B/BR seria composta por quatro limiares, correspondendo, assim, a cinco opções de resposta na escala *Likert*.

De modo semelhante, um estudo de tradução, adaptação cultural e validação da *Diabetes Attitudes Scale - third version* para a língua portuguesa do Brasil também sugeriu a redução na quantidade de respostas do instrumento, sendo modificado de cinco para quatro opções. As autoras justificaram essa alteração em virtude da existência de diferenças nos padrões de resposta escolhidos por pessoas com escolaridade e cultura distintas para escalas do tipo *Likert* (VIEIRA *et al.*, 2017).

Embora não exista um padrão sobre a quantidade de opções de resposta que deve ser utilizada em instrumentos de medidas e/ou de avaliação psicológica, no Brasil é bastante frequente o uso de escalas de *Likert* de 5 pontos, visto que apresentam uma maior praticidade no momento de aplicação e evitam que os participantes se confundam em relação ao quantitativo de respostas.

A curva de informação do teste evidencia que o CBI-B/BR fornece mais informações sobre a avaliação da autoeficácia para aqueles indivíduos que apresentam um nível de teta entre -1 e 1. Corroborando com isso, os mapas de distribuição itens-pessoa permitem uma melhor identificação da relação entre o nível de traço latente das pessoas (teta) e o grau de dificuldade dos itens, sendo possível verificar que a maioria da amostra possui um nível de enfrentamento maior do que os itens mais difíceis.

Mediante esses achados, percebe-se que mesmo com as pessoas possuindo nível de enfrentamento maior do que a média de dificuldade dos itens, os itens mais difíceis conseguem avaliá-las com maiores tetas nos limiares mais elevados. Diante disso, observa-se que o CBI-B/BR consegue mensurar adequadamente a autoeficácia dos pacientes com câncer, sobretudo naqueles indivíduos com crenças mais

elevadas, o que se assemelha às demais versões do instrumento (ALGAMDI; HANNEMAN, 2016; HEITZMANN *et al.*, 2011; IYIGUN *et al.*, 2017; LI *et al.*, 2021; PEREIRA; IZDEBSKI; PEREIRA, 2021; SERPENTINI *et al.*, 2019).

Os itens 4, 6, 8 e 10 apresentaram um nível de dificuldade diferente em relação à variável sexo, com um valor de DIF estatisticamente significativo, indicando que esses itens são mais difíceis para os homens endossarem do que para as mulheres. A maior dificuldade masculina nos itens 4 - “Afastar pensamentos negativos” e 8 - “Compartilhar minhas preocupações com outras pessoas” poderia ser decorrente dos processos históricos e culturais enraizados na sociedade brasileira acerca da identidade masculina, em que se perpetua a figura do homem como detentor de força e poder, sendo inadmissível a demonstração de fragilidades (ARAÚJO; ZAGO, 2019).

Essa característica sociocultural relacionada à masculinidade influencia diretamente na forma como os homens percebem a sua saúde, uma vez que, seguindo esse pressuposto de invulnerabilidade, muitos indivíduos não desenvolvem ações de prevenção de doenças e agravos e de promoção da saúde, buscando atendimento apenas em casos mais graves e que necessitam de intervenções em ambiente hospitalar (CONCEIÇÃO *et al.*, 2019; SEPARAVICH; CANESQUI, 2020).

No caso do paciente com câncer, a própria fragilidade imposta pela doença interfere na vivência dessa masculinidade, provocando o distanciamento e/ou abandono das atividades laborais, a perda de papéis sociais e familiares e os impactos na sexualidade. Em virtude disso, torna-se mais complicado para o homem conseguir afastar os pensamentos negativos e compartilhar as suas preocupações, uma vez que isso poderia reforçar a vulnerabilidade decorrente da sua condição atual de saúde (ARAÚJO; ZAGO, 2019; CALDIN *et al.*, 2021).

No item 6 - “Participar nas decisões sobre o tratamento”, a maior dificuldade dos homens em endossá-lo está relacionada à frequente passividade desses indivíduos nas decisões terapêuticas, sendo bastante comum a designação das escolhas para a companheira e para os profissionais de saúde (BOWIE *et al.*, 2022; FOSTER *et al.*, 2021; VIANA *et al.*, 2021).

Uma metassíntese realizada com 21 estudos qualitativos acerca do contexto dos sobreviventes do câncer de próstata identificou que a defesa da masculinidade hegemônica resultou em implicações negativas para a saúde dos homens, como prejuízos na comunicação sobre a doença, redução da adesão aos tratamentos, ausência de participação ativa no gerenciamento da sua condição de saúde e baixa

adoção de hábitos de vida saudáveis (ARAÚJO; ZAGO, 2019).

Associado a isso, a dificuldade no item 7 - “Buscar apoio social (família, amigos, comunidade e profissionais)” poderia ser decorrente dessa passividade, o que fortalece a imagem do homem enquanto ser independente e que não precisa buscar ajuda, apoio e/ou suporte de outras pessoas para assumir o controle da sua vida, provocando, em muitos casos, a negligência com os cuidados em saúde (MINER *et al.*, 2019; VIANA *et al.*, 2021).

Diante desse contexto, a assistência em oncologia deve englobar todas as etapas terapêuticas, mediante a prestação de cuidados seguros e de qualidade, de acordo com as necessidades e particularidades de cada indivíduo, incluindo a condição de vida e de saúde do paciente e as questões de gênero. Além disso, deve-se ofertar suporte emocional, apoio social e espiritual, prestar orientações e esclarecimentos sobre a doença, reduzir o sofrimento físico e psíquico e elaborar estratégias para a promoção do bem-estar e da qualidade de vida, auxiliando no aumento dos níveis de autoeficácia (MERLUZZI *et al.*, 2019; SHOREY; LOPEZ, 2021).

Conclusão

O estudo alcançou o objetivo proposto de adaptar e identificar evidências de validação do CBI-B para o português do Brasil. Os resultados confirmaram a hipótese de que o instrumento adaptado para o português do Brasil é válido e confiável para avaliar a autoeficácia de pacientes em tratamento oncológico.

A versão adaptada e validada do CBI-B/BR obteve equivalências semânticas, idiopáticas, culturais e conceituais adequadas sobre as instruções de preenchimento, os fatores e os itens do instrumento. A avaliação de conteúdo obteve valores satisfatórios quanto à clareza de linguagem, à pertinência prática e relevância e à dimensão teórica dos itens.

As modificações sugeridas pelo comitê de juízes e pelos participantes do pré-teste favoreceram o aprimoramento do CBI-B/BR, reduzindo os vieses de compreensão e padronizando a linguagem escrita do instrumento para os indivíduos que apresentavam diferentes níveis de escolaridade.

A análise fatorial exploratória evidenciou que o instrumento não suporta a unidimensionalidade, demonstrando uma estrutura fatorial composta por 2 fatores e 10 itens, o que explicou aproximadamente 61% da variância compartilhada dos itens. Os índices de ajuste, os indicadores de confiabilidade e a consistência interna apresentaram valores adequados.

A validação de construto confirmou a correlação convergente do CBI-B/BR com a EORTC QLQ-C30 e divergente com a HADS. A análise da TRI exibiu índices adequados de confiabilidade e de ajuste para os itens nos dois fatores, o que sugere que as estimativas obtidas neste estudo tendem a ser replicadas em outras pesquisas, além de permitir discriminar os níveis de traço latente. Observou-se a presença de diferenças no nível de dificuldade dos itens em relação ao sexo, sendo mais difícil para os homens endossar determinados itens.

De maneira geral, a avaliação das propriedades psicométricas evidenciou que o CBI-B/BR manteve as características da versão original, comprovando a robustez dos resultados e a sua capacidade de medir adequadamente a autoeficácia de pacientes com câncer.

Os resultados desta pesquisa apresentam algumas limitações. A utilização de uma escala de *Likert* de 9 pontos pode ter representado uma barreira para a avaliação precisa da autoeficácia, uma vez que existe a dificuldade de distinção da resposta mais adequada para cada item, causando um viés de sub ou superestimação. Além disso, a realização da coleta de dados em um serviço público de atendimento

oncológico e a heterogeneidade da população estudada impossibilitam a generalização dos achados para todo o território nacional. Embora existam limitações, este estudo foi composto por uma amostra considerável e utilizou um método padrão-ouro para adaptação transcultural e validação do CBI-B/BR.

O uso do CBI-B/BR para a avaliação da autoeficácia nos pacientes em tratamento oncológico pode favorecer a prática assistencial, o ensino e a pesquisa em enfermagem, proporcionando estratégias para maior segurança e qualidade no cuidado prestado a esses indivíduos. Na área assistencial, o uso do CBI-B/BR permite a avaliação dos fatores envolvidos na autoeficácia da pessoa com câncer e auxilia na identificação dos elementos que precisam ser fortalecidos e/ou incentivados na prática diária.

O enfermeiro pode utilizar o CBI-B/BR como uma ferramenta do processo de enfermagem, haja vista que possibilita o planejamento de intervenções individualizadas e a determinação dos diagnósticos de enfermagem prioritários para cada caso, bem como contribui para a continuidade do cuidado prestado, mediante a utilização de uma linguagem padronizada pela equipe de enfermagem.

A aplicação desse instrumento no cuidado ao paciente oncológico possibilita uma melhor tomada de decisões para a gestão do cuidado em todos os níveis de atenção e também pode favorecer a construção de um plano de cuidados acessível, em que todas as ações seriam pactuadas com o indivíduo e seus familiares, o que permite a corresponsabilização de todos com a melhoria dos níveis de autoeficácia e propicia a manutenção dos cuidados no ambiente domiciliar.

No ensino de enfermagem, o CBI-B/BR pode ser utilizado em sala de aula como um material didático durante a disciplina de oncologia por se tratar de um instrumento específico para esse público. Além disso, pode ser usado em atividades práticas, de extensão universitária e de iniciação científica para avaliar os níveis de autoeficácia e as suas variações após a aplicação de determinadas intervenções.

De maneira indireta, a utilização desse instrumento também pode suscitar reflexões acerca da necessidade de ofertar a disciplina de oncologia como um componente curricular obrigatório e com uma carga horária adequada nos currículos dos cursos de graduação e técnico.

No âmbito da pesquisa em enfermagem, o CBI-B/BR pode ser empregado como um instrumento de coleta de dados para estudos exploratórios e transversais para uma melhor compreensão dos fatores relacionados à autoeficácia nos mais

diversos tipos de câncer. Em pesquisas longitudinais, a aplicação dessa escala permite a avaliação da autoeficácia ao longo do tempo, identificando as relações de causa e efeito com outras variáveis relevantes para a temática de oncologia.

As implicações deste estudo não se restringem apenas à área de enfermagem. Na esfera micropolítica, esses achados poderão servir como subsídio para o planejamento, o desenvolvimento e a adoção de estratégias institucionais para fomentar práticas que favoreçam a melhoria dos níveis de autoeficácia do paciente com câncer em todos os níveis de atenção à saúde.

Na esfera macropolítica, tais resultados podem contribuir para a implementação de novas políticas públicas direcionadas à assistência oncológica, com foco na educação permanente e continuada dos profissionais, no incentivo para a criação e/ou adaptação de tecnologias em saúde e na ampliação da rede de atenção oncológica, incorporando todos os segmentos da sociedade.

Diante disso, sugere-se a realização de estudos para avaliar as propriedades psicométricas do CBI-B/BR em novas amostras populacionais de pacientes com câncer, abrangendo diferentes regiões geográficas e incluindo os serviços privados de saúde. De maneira complementar, recomenda-se a realização de pesquisas para avaliar a possibilidade de redução das opções de resposta da escala de *Likert* de 9 para 5 pontos a fim de facilitar a aplicação do instrumento e a compreensão da população estudada.

Referências

AARONSON, N. K. *et al.* The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. **J Natl Cancer Inst**, v. 85, n. 5, p. 365-76, 1993. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/jnci/85.5.365>. Acesso em: 06 jul. 2020.

ABREU, A. I. S. C. S.; COSTA JÚNIOR, A. L. Family caregiver workload with the oncologic patient and nursing. **Rev Enferm UFPE on line**, v. 12, n. 4, p. 976-86, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i4a234371p976-986-2018>. Acesso: 21 jan. 2022.

AGUIAR, B. R. L. *et al.* Oncology teaching in undergraduate nursing at public institutions courses in Brazil. **Rev Bras Enferm**, v. 74, n. 2, p. e20200851, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0851>. Acesso em: 12 abr. 2022.

AKIN, S.; GUNER, C. K. Investigation of the relationship among fatigue, self-efficacy and quality of life during chemotherapy in patients with breast, lung or gastrointestinal cancer. **Eur J Cancer Care (Engl)**, v. 28, n. 1, p. e12898, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ecc.12898>. Citado em: 19 abr. 2022.

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdos nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciênc Saúde Colet**, v. 16, n. 7, p. 3061-8, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>. Acesso em: 06 jul. 2020.

ALEXANDRE, N. M. C. *et al.* A confiabilidade no desenvolvimento e avaliação de instrumentos de medida na área da saúde. **Rev Eletr Enf**, v. 15, n. 3, p. 802-9, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v15i3.20776>. Acesso em: 06 jul. 2020.

ALGAMDI, M. A.; HANNEMAN, S. K. Development of an Arabic Translation of the Cancer Behavior Inventory-Brief. **J Nurs Meas**, v. 24, n. 3, p. 379-87, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1891/1061-3749.24.3.379>. Acesso em: 17 jun. 2020.

ALI, R. *et al.* Self-Efficacy for Coping with Breast Cancer in North-Eastern State of Peninsular Malaysia. **Asian Pac J Cancer Prev**, v. 21, n. 10, p. 2971-2978, 2020. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.31557%2FAPJCP.2020.21.10.2971>. Citado em: 19 abr. 2022.

AN, H. *et al.* Self-efficacy, psychological distress, and marital quality in young and middle-aged couples facing lymphoma: The mediating effect of dyadic coping. **Psychooncology**, v. 30, n. 9, p. 1492-1501, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/pon.5711>. Citado em: 19 abr. 2022.

ANDERSON, A. *et al.* Self-Efficacy Survey Study of Pain Self-Management in Patients with Cancer. **Pain Manag Nurs**, v. S1524-9042, n. 21, p. 220-224, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2021.10.002>. Acesso em: 18 abr. 2022.

ANDERSON, R. M. *et al.* The Diabetes Empowerment Scale: a measure of psychosocial self-efficacy. **Diabetes Care**, v. 23, n. 6, p. 739-43, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.2337/diacare.23.6.739>. Acesso: 21 jan. 2022.

ANDRADE, D. F.; TAVARES, H. R.; VALLE, R. C. **Teoria de Resposta ao Item: conceitos e aplicações**. São Paulo: Associação Brasileira de Estatística, 2000. Disponível em: https://docs.ufpr.br/~aanjos/CE095/LivroTRI_DALTON.pdf. Acesso em: 02 abr. 2020.

ANDRICH, D. A rating formulation for ordered response categories. **Psychometrika**, v. 43, n. 4, p. 561-73, 1978. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/BF02293814>. Acesso: 06 fev. 2022.

ARANTES, T. C. *et al.* Factors associated with depression in câncer patients during chemotherapy. **Rev Rene**, v. 20, p. e41647, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20192041647>. Acesso: 21 jan. 2022.

ARAÚJO, J. S.; ZAGO, M. M. F. Masculinities of prostate cancer survivors: a qualitative metasynthesis. **Rev Bras Enferm**, v. 72, n. 1, p. 231-40, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0730>. Acesso: 21 jan. 2022.

ARIMON-PAGÈS, E. *et al.* Emotional impact and compassion fatigue in oncology nurses: Results of a multicentre study. **Eur J Oncol Nurs**, v. 43, p. 101666, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.09.007>. Acesso em: 12 abr. 2022.

ARSCOTT, W. T. *et al.* Palliative Radiotherapy: Inpatients, Outpatients, and the Changing Role of Supportive Care in Radiation Oncology. **Hematol Oncol Clin North Am**, v. 34, n. 1, p. 253-77, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.hoc.2019.09.009>. Acesso em: 11 mar. 2022.

ASPAROUHOV, T.; MUTHEN, B. **Simple second order chi-square correction**. Unpublished manuscript, 2010. Disponível em: https://www.statmodel.com/download/WLSMV_new_chi21.pdf. Acesso: 06 fev. 2022.

AVELAR, J. M. P. *et al.* Fatigue in patients with head and neck câncer undergoing radiation therapy: a prospective study. **Rev Latino-Am Enferm**, v. 27, p. e3168, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2813-3168>. Acesso: 21 jan. 2022.

AVERY, K. N. L. *et al.* Development of a Core Outcome Set for Clinical Effectiveness Trials in Esophageal Cancer Resection Surgery. **Ann Surg**, v. 267, n. 4, p. 700-710, 2018. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1097%2FSLA.0000000000002204>. Acesso em: 18 abr. 2022.

AWALIYAH, S. N.; RACHMAWATI, I. N. RAHMAH, H. Breastfeeding self-efficacy as a dominant factor affecting maternal breastfeeding satisfaction. **BMC Nurs**, v. 18, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0359-6>. Acesso em: 17 jun. 2022.

AZZI, R. G. **Introdução à Teoria Social Cognitiva**. 2. ed. Belo Horizonte: Artesã Editora, 2021.

BANDURA, A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. **Psychol Rev**, v. 84, p. 191-215, 1977. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-295X.84.2.191>. Acesso em: 11 set. 2021.
BANDURA, A. **Social foundations of thought and action**: a social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1986.

BANDURA, A. **Self-efficacy**: The exercise of control. New York: Freeman, 1997.

BANDURA, A. The evolution of social cognitive theory. *In*: SMITH, K. G.; HITT, M. A. **Great Minds in Management**. Oxford: Oxford University Press, 2005.

BANDURA, A.; AZZI, R. G; POLYDORO, S. **Teoria Social Cognitiva**: conceitos básicos. Porto Alegre: Artmed, 2008.

BARBOSA, R. F. M. *et al.* Incidence of neutropenia induced by chemotherapy in the treatment of colorectal cancer. **Rev Rene**, v. 20, p. e33884, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.20192033884>. Acesso: 22 jan. 2022.

BARRERA, M.; SANDIER, I. N.; RAMSEY, T. B. Preliminary development of a scale of social support: Studies on college students. **Am J Community Psychol**, v. 9, n. 4, p. 435-47, 1981. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/BF00918174>. Acesso em: 16 jun. 2020.

BARTLETT, M. S. A note of the multiplying factors for various chi square approximations. **J R Stat Soc Series B Stat Methodol**, v. 16, n. 1, p. 296-8, 1954. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/2984057?seq=1>. Acesso em: 06 jul. 2020.

BEATON, D. *et al.* **Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & QuickDASH Outcome Measures**. Institute for Work & Health, 2007. Disponível em: https://dash.iwh.on.ca/sites/dash/files/downloads/cross_cultural_adaptation_2007.pdf. Acesso em: 06 jul. 2020.

BEATON, D. *et al.* Guidelines for the processo f cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine**, v. 25, n. 24, p. 3186-91, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>. Acesso em: 06 jul. 2020.

BEATON, D. *et al.* **Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of te DASH & QuickDASH Outcome Measures**. Institute for Work & Healt, 2007.

BECK, J. L. *et al.* Characterization of people with hemato-oncological diseases admitted to an emergency unit. **Esc Anna Nery**, v. 23, n. 3, p. e20190021, 2019. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0021>. Acesso em: 11 abr. 2022.

BERGEMAN, C. S. *et al.* Genetic and environmental influences on social support: The Swedish adoption/twin study of aging. **J Gerontol**, v. 45, n. 3, p. 101-6, 1990. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/geronj/45.3.p101> Acesso em: 12 mai. 2020.

BERGNER, M. *et al.* The sickness impact profile: development and final revision of a health status measure. **Med Care**, v. 19, n. 8, p. 787-805, 1981. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00005650-198108000-00001>. Acesso em: 12 mai. 2020.

BERNARDES, M. F. V. G. *et al.* Impacto f urinary incontinence on the quality of life of individuals undergoing radical prostatectomy. **Rev Latino-Am Enferm**, v. 27, p. e3131, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2757.3131>. Acesso em: 11 set. 2021.

BOONE, W. J. Rasch analysis for instrument development: Why, when, and how? **CBE Life Sci Educ**, v. 15, n. 4, p. rm4, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1187/cbe.16-04-0148>. Acesso em: 03 fev. 2022.

BOND, T.; YAN, Z.; HEENE, M. **Applying the Rasch Model**: Fundamental measurement in the Human Sciences. 4. ed. New York: Routledge, 2020. 376 p.

BONIFAY, W.; CAI, L. On the complexity of Item Response Theory Models. **Multivar Behav Res**, v. 52, n. 4, p. 465-84, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/00273171.2017.1309262>. Acesso em: 11 set. 2021.

BORSA, J. C.; DAMÁSIO, B. F.; BANDEIRA, D. R. Cross-cultural adaptation and validation of psychological instruments: some considerations. **Paidéia**, v. 22, n. 53, p. 423-32, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2012000300014>. Acesso em: 08 nov. 2020.

BOTEGA, N. J. *et al.* Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Rev Saúde Pública**. v. 29, n. 5, p. 359-63, 1995. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101995000500004>. Acesso em: 10 jul. 2020.

BOTEY, A. P. *et al.* From symptom to cancer diagnosis: Perspectives of patients and family members in Alberta, Canada. **PLoS One**, v. 15, n. 9, p. e0239374, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239374>. Acesso em: 20 abr. 2022.

BOWIE, J. *et al.* Body image, self-esteem, and sense of masculinity in patients with prostate cancer: a qualitative meta-synthesis. **J Cancer Surviv**, v. 16, n. 1, p. 95-110, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11764-021-01007-9>. Acesso em: 21 abr. 2022.

BRASIL. **Lei n. 9.610, de 19 de fevereiro de 1998**. Altera, atualiza e consolida legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 20 fev. 1998. Disponível em: http://www.dou.gov.br/materias/do1/do1legleg19980220180939_001.htm. Acesso em: 15 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução n. 466 de 12 dezembro de 2012**. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei Nº 12.732, de 22 de novembro de 2012**. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm. Acesso em: 08 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde**. 2. ed. 4. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_nacional_prioridades_2ed_4imp.pdf. Acesso em: 11 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf. Acesso em: 11 abr. 2022.

BRAY, F. *et al.* Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancer in 185 countries. **CA Cancer J Clin**, v. 68, n. 6, p. 394-424, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3322/caac.21492>. Acesso em: 21 mar. 2022.

BROWN, T. A. **Confirmatory factor analysis for applied research**. New York: The Guilford Press, 2006.

BURHENN, P. *et al.* Geriatric Oncology Workshop (GrOW): Development and Evaluation of a Nationwide Nursing Curriculum. **J Geriatr Oncol**, v. 12, n. 4, p. 649-657, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2020.10.003>. Acesso em: 12 abr. 2022.

CALDIN, L. N. *et al.* Self-concept and role function in patients with head and neck cancer. **Acta Paul Enferm**, v. 34, p. eAPE00892, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.37689/actaape/2021AO00892>. Acesso em: 19 mar. 2022.

CAMPOS, J. A. D. B. *et al.* European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30: factorial models to Brazilian cancer patients. **Einstein**, v. 16, n. 1, p. 1-8, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1679-45082018ao4132>. Acesso em: 06 jul. 2020.

CAO, W. *et al.* Changing profiles of cancer burden worldwide and in China: a secondary analysis of the global cancer statistics 2020. **Chin Med J**, v. 134, n. 7, p. 783-791, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/cm9.0000000000001474>. Acesso em: 11 abr. 2022.

CARDOZO, A. S. *et al.* Severe radiodermatitis and risk factors associated in head and neck cancer patients. **Texto Contexto Enferm**, v. 29, p. e20180343, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0343>. Acesso em: 25 fev. 2022.

CARMO, R. A. L. O. *et al.* Caring in Oncology: challenges and daily oversoming experienced by nurses. **Rev Bras Cancerol**, v. 65, n. 3, p. e-14818, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2019v65n3.818>. Acesso em: 25 fev. 2022.

CARUSO, R. *et al.* Development and validation of the Nursing Profession Self-Efficacy Scale. **Int Nurs Rev**, v. 63, n. 3, p. 455-64, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/inr.12291>. Acesso em: 27 fev. 2022.

CARVALHO, F. F. B.; PINTO, T. J. P.; KNUTH, A. G. Physical activity and cancer prevention: evidence, reflections and notes for the Unified Health System. **Rev Bras Cancerol**, v. 66, n. 2, p. e-12886, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n2.886>. Acesso em: 21 fev. 2022.

CARVER, C. S.; SCHEIER, M. F.; WEINTRAUB, J. K. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. **J Pers Soc Psychol**, v. 56, n. 2, p. 267-83, 1989. Disponível em: <https://doi.org/10.1037//0022-3514.56.2.267>. Acesso em: 11 mai. 2020.

CONCEIÇÃO, V. M. *et al.* Social determinants of patients with penile neoplasia. **J Nurs UFPE online**, v. 13, n. 2, p. 338-345, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i2a238104p338-345-2019>. Acesso em: 21 abr. 2022.

CONTIERO, P. *et al.* Variation of Cancer Incidence between and within GRELL Countries. **Int J Environ Res Public Health**, v. 18, n. 17, p. 9262, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph18179262>. Acesso em: 11 abr. 2022.

COSTA, T. F. *et al.* Cross-cultural adaptation of the Bakas Caregiving Outcome Scale to Brazilian Portuguese. **Acta Paul Enferm**, v. 34, p. eAPE01861, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO01861>. Acesso em: 05 abr. 2022.

CELLA, D. F. *et al.* The functional assessment of cancer therapy scale: development and validation of the general measure. **J Clin Oncol**, v. 11, n. 3, p. 570-9, 1993. Disponível em: <https://doi.org/10.1200/JCO.1993.11.3.570>. Acesso em: 08 mai. 2020.

CHAMPLAIN, A. F. A primer on classical test theory and Item Response Theory for assessments in medical education. **Med Educ**, v. 44, n. 1, p. 109-17, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2009.03425.x>. Acesso em: 11 set. 2021.

CHAN, R. J. *et al.* Relationships between financial toxicity and symptom burden in cancer survivors: a systematic review. **J Pain Symptom Manage**, v. 57, n. 3, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.12.003>. Acesso em: 04 abr. 2022.

CHEN, H.; LIU, K.; YOU, Q. Self-efficacy, cancer-related fatigue, and quality of life in patients with resected lung cancer. **Eur J Cancer Care (Engl)**, v. 27, n. 6, p. e12934, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ecc.12934>. Acesso em: 18 abr. 2022.

CHIRICO, A. *et al.* A meta-analytic review of the relationship of cancer coping self-efficacy with distress and quality of life. **Oncotarget**, v. 8, n. 22, p. 36800-36811, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.18632/oncotarget.15758>. Citado em: 19 abr. 2022.

COHEN, S. *et al.* Measuring the functional components of social support. *In*: SARASON, I. G.; SARASON, B. R. (eds.). **Social support: Theory, research and applications**. Boston: Martin Nijhoff, 1985. p. 73-94

COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciênc Saúde Colet**, v. 20, n. 3, p. 925-36, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.04332013>. Acesso em: 08 mai. 2020.

CONDE, C. R.; LEMOS, T. M. R.; FERREIRA, M. L. S. Sociodemographic, individual and programming characteristics of women with cervical cancer. **Enferm Glob**, v. 49, p. 370-80, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.1.301041>. Acesso em: 21 fev. 2022.

COPPETTI, L. C. *et al.* Caring ability, burden, stress and coping of family caregivers of people in cancer treatment. **Rev Bras Enferm**, v. 72, n. 6, p. 1541-6, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0605>. Acesso em: 08 fev. 2022. Acesso em: 07 mai. 2020.

COPPETTI, L. C. *et al.* Care skill and overload of the Family caregiver of patients in cancer treatment. **Texto Contexto Enferm**, v. 29, p. e20180451, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0451>. Acesso em: 30 mar. 2022.

CUNHA, C. M.; ALMEIDA NETO, O. P.; STACKFLETH, R. Principais métodos de avaliação psicométrica da validade de instrumentos de medida. **Rev Aten Saúde**, v. 14, n. 47, p. 75-83, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.13037/ras.vol14n47.3391>.

DAMÁSIO, B. F. Contribuições da Análise Fatorial Confirmatória Multigrupo (AFCMG) na avaliação da invariância de instrumentos psicométricos. **Psico-USF**, v. 18, n. 2, p. 211-10, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-82712013000200005>. Acesso em: 04 jul. 2020.

DEMAREST, T. G. *et al.* NAD⁺ metabolismo in aging and cancer. **Annu Rev Cancer Biol**, v. 3, p. 105-30, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1146/annurev-cancerbio-030518-055905>. Acesso em: 08 fev. 2022.

DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (USA). **Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report** [Internet]. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services; 2018. Disponível em: https://health.gov/sites/default/files/2019-09/PAG_Advisory_Committee_Report.pdf. Acesso em: 02 jan. 2022.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (DATASUS). **Morbidade Hospitalar do SUS** - por local de internação - Paraíba. 2020. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/nipb.def>. Acesso em: 04 jul. 2020.

DEROGATIS, L. R.; DEROGATIS, M. F. **The Psychosocial Adjustment to Illness Scale**: Administration, scoring, and procedures manual II. Towson, MD: Clinical Psychometric Research, 1990.

DIEHL, K. *et al.* Who are the nonusers of sunscreen, and what are their reasons? Development of a New Item Set. **J Cancer Educ**, v. 36, n. 5, p. 1045-53, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s13187-020-01732-2>. Acesso em: 08 fev. 2022.

DIENER, E. *et al.* The satisfaction with life scale. **J Pers Assess**, v. 49, n. 1, p. 71-5, 1985. Disponível em: https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13. Acesso em: 20 mai. 2020.

DOBOSZ, P.; DZIECIATKOWSKI, T. The Intriguing History of Cancer Immunotherapy. **Front Immunol**, v. 10, p. 2965, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fimmu.2019.02965>. Acesso em: 11 abr. 2022.

DUBOIS, P. H. **A history of psychological testing**. Boston: Allyn and Bacon, 1970.

DUGAN, W. *et al.* Use of the Zung self-rating depression scale in cancer patients: feasibility as a Screening tool. **Psycho-Oncology**, v. 7, n. 6, p. 483-93, 1998. Disponível em: [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1611\(199811/12\)7:6<483::AID-PON326>3.0.CO;2-M](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1611(199811/12)7:6<483::AID-PON326>3.0.CO;2-M). Acesso em: 21 mai. 2020.

ECHEVARRÍA-GUANILO, M. E.; GONÇALVES, N.; ROMANOSKI, P. J. Psychometric properties of measurement instruments: conceptual basis and evaluation methods - Part II. **Texto Contexto Enferm**, v. 29, p. e20170311, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-tce-2017-0311>. Acesso em: 21 mai. 2020.

EPSTEIN, J.; SANTO, R. M.; GUILLEMIN, F. A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus. **J Clin Epidemiol**, v. 68, n. 4, p. 435-41, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2014.11.021>. Acesso em: 21 mai. 2020.

EZEIFE, D. A. *et al.* Financial burden among patients with lung cancer in a publically funded health care system. **Clin Lung Cancer**, v. 20, n. 4, p. 231-6, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.clcc.2018.12.010>. Acesso em: 04 abr. 2022.

FELICIANO, J. *et al.* Lung cancer and family-centered concerns. **Support Care Cancer**, v. 28, n. 2, p. 497-505, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04839-5>. Acesso em: 20 abr. 2022.

FERRANDO, P. J.; LORENZO-SEVA, U. Assessing the quality and appropriateness of factor solutions and factor score estimates in exploratory item factor analysis. **Educ Psychol Meas**, v. 78, n. 5, p. 762-80, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0013164417719308>. Acesso em: 13 fev. 2022.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J Psychiatric Res**, v. 12, n. 3, p. 189-98, 1975. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6). Acesso em: 01 jul. 2020.

FORMIGOSA, J. A.; COSTA, L. S.; VASCONCELOS, E. V. Social representations of patients with head and neck cancer before the alteration of their body image. **Rev Fund Care Online**, v. 10, n. 1, p. 180-9, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.180-189>. Acesso em: 01 jul. 2020.

FOSTER, S. *et al.* Damaged Masculinity: How Honor Endorsement Can Influence Prostate Cancer Screening Decision-Making and Prostate Cancer Mortality Rates. **Pers Soc Psychol Bull**, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/01461672211065293>. Acesso em: 21 abr. 2022.

FRANCISCO, P. M. S. B. *et al.* Prevalence of diagnosis and types of cancer in the elderly: data from National Health Survey 2013. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v. 23, n. 2, p. e200023, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200023>. Acesso em: 11 mar. 2022.

FREIRE, M. H. S.; ARREGUY-SENA, C.; MÜLLER, P. C. S. Cross-cultural adaptation and content and semantic validation of the difficult Intravenous Access Score for pediatric use in Brazil. **Rev Latino-Am Enferm**, v. 25, p. e2920, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1785.2920>. Acesso em: 02 fev. 2020.

FREITAS, C. P. P.; DAMÁSIO, B. F.; KOLLER, S. H. Escala de Autoeficácia Ocupacional em Intervenções com Populações Vulneráveis. **Psicol Teor Pesqui**, v. 32, n. 4, p. 1-9, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e324224>. Acesso em: 13 fev. 2022.

GARCIA, T. R. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)**: versão 2019/2020. Porto Alegre: Artmed, 2020.

GARNER, S. L. *et al.* The impact of simulation education on self-efficacy towards teaching for nurse educators. **Int Nurs Rev**, v. 65, n. 4, p. 586-95, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/inr.12455>. Acesso em: 13 fev. 2022.

GLOBAL CANCER OBSERVATORY (GLOBOCAN). International Agency for Research on Cancer. **Cancer Today**. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/>. Acesso em: 13 fev. 2022.

GOLINO, H. F.; GOMES, C. M. A.; PERES, A. J. S. Creating an objective measurement for the Enem: an analysis using the Rasch Model. **Psicol Teor Prat**, v. 23, n. 1, p. 1-21, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1980-6906/ePTPPA12625>. Acesso em: 20 abr. 2022.

GUIMARÃES, C. M. S. *et al.* Self-efficacy in breastfeeding and nursing professional practice. **J Nurs UFPE on line**, v. 12, n. 4, p. 1085-1090, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i4a230736p1085-1090-2018>. Acesso em: 17 jun. 2022.

HAIR, J. F. *et al.* **Análise multivariada de dados**. 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2009. 688 p.

HEITZMANN, C. A. *et al.* Assessing self-efficacy for coping with cancer: development and psychometric analysis of the brief version of the Cancer Behavior Inventory (CBI-B). **Psycho-Oncology**, v. 20, p. 302-12, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/pon.1735>. Acesso em: 02 fev. 2020.

HINZ, A. *et al.* The influence of self-efficacy and resilient coping on cancer patients' quality of life. **Eur J Cancer Care (Engl)**, v. 28, n. 1, p. e12952, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ecc.12952>. Acesso em: 18 abr. 2022.

HOSPITAL NAPOLEÃO LAUREANO (HNL). **História**. 2020. Disponível em: <http://hlaureano.org.br/a-fundacao/historia/>. Acesso em: 03 jun. 2020.

HOWELL, D. *et al.* Patient-reported outcomes in routine cancer clinical practice: a scoping review of use, impact on health outcomes, and implementation factors. **Ann Oncol**, v. 26, n. 9, p. 1846-58, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/annonc/mdv181>. Acesso em: 08 ago. 2021.

HUTZ, C. S.; BANDEIRA, D. R.; TRENTINI, C. M. **Psicometria**. Porto Alegre: Atmed, 2015.

IBIAPINA, I. S. M. *et al.* Autoeficácia e indicadores de ansiedade e depressão em pacientes com câncer. **Psicol Hosp**, v. 16, n. 1, p. 02-17, 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v16n1/16n1a02.pdf>. Citado em: 19 abr. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **ABC do câncer**: abordagens básicas para o controle do câncer. 6. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//livro-abc-6-edicao-2020.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Ambiente, trabalho e câncer**: aspectos epidemiológicos, toxicológicos e regulatórios. Rio de Janeiro: INCA, 2021a. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//ambiente_trabalho_e_cancer_-_aspectos_epidemiologicos_toxicologicos_e_regulatorios.pdf. Acesso em: 19 fev. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Detecção precoce do câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2021b. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//deteccao-precoce-do-cancer.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2022.

INTERNATIONAL AGENCY OF CANCER RESEARCH (IARC). **Cancer today** [Internet]. 2020. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/today/home>. Acesso em: 12 fev. 2022.

INTERNATIONAL, N. **Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2021-2023**. 12. ed. New York: Thieme: Artmed, 2021.

ISKANDAR, A. C.; ROCHMAWATI, E.; WIECHULA, R. Experiences and perspectives of suffering in cancer: A qualitative systematic review. **Eur J Oncol Nurs**, v. 54, p. 102041, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2021.102041>. Acesso em: 11 abr. 2022.

IYIGUN, E. *et al.* Cross-Cultural Adaptation and Psychometric Evaluation of the Turkish Version of the Cancer Behavior Inventory-Brief Version. **J Pain Symptom Manag**, v. 54, n. 6, p. 929-35, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.08.006>. Acesso em: 11 mai. 2020.

IZQUIERDO, D. G. *et al.* Propiedades psicométricas de la Escala de Autoeficacia para el Afrontamiento del Estrés (EAEAE). **Psicothema**, v. 20, n. 1, p. 155-65, 2008. Disponível em: <https://www.psicothema.com/pdf/3442.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2022.

JAROSZ-BIEJ, M. *et al.* Tumor microenvironment as a “game changer” in cancer radiotherapy. **Int J Mol Sci**, v. 20, n. 13, p. 3112, 2019. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.3390%2Fijms20133212>. Acesso em: 19 fev. 2022.

JIANG, X. *et al.* Self-efficacy-focused education in persons with diabetes: a systematic review and meta-analysis. **Psychol Res Behav Manag**, v. 12, p. 67-79, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.2147%2FPRBM.S192571>. Acesso em: 17 jun. 2022.

KAISER, H. F. An index of factorial simplicity. **Psychometrika**, v. 39, p. 31-6, 1974. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/BF02291575>. Acesso em: 17 dez. 2021.

KARNOFSKY, D. A. *et al.* The use of nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinoma. With particular reference to bronchogenic carcinoma. **Cancer**, 1, 624-656, 1948. Disponível em: [https://doi.org/10.1002/1097-0142\(194811\)1:4<634::AID-CNCR2820010410>3.0.CO;2-L](https://doi.org/10.1002/1097-0142(194811)1:4<634::AID-CNCR2820010410>3.0.CO;2-L). Acesso em: 11 mai. 2020.

KAYSER, H. F. An index of factorial simplicity. **Psychometrika**, v. 39, p. 31-36, 1974. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/BF02291575>. Acesso em: 09 jul. 2020.

KHODAMINASAB, A. *et al.* Utilizing a health-promotion model to predict self-care adherence in patients undergoing coronary angioplasty in Bushehr, Iran. **Patient Prefer Adherence**, v. 13, p. 409-417, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/PPA.S181755>. Acesso em: 17 jun. 2022.

KIZZA, I. B.; MARITZ, J. Family caregivers for adult cancer patients: knowledge and self-efficacy for pain management in a resource-limited setting. **Support Care Cancer**, v. 27, n. 6, p. 2265-2274, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4504-7>. Citado em: 19 abr. 2022.

KUHN, F. *et al.* The relation of the sources of experience and the perception of teaching self-efficacy of university students of the licenciature course in Physical Education. **J Phys Educ**, v. 30, p. e3026, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/jphyseduc.v30i1.3026>. Acesso em: 17 jun. 2022.

KULIS, D. *et al.* EORTC Quality of life group translation procedure. 4. ed. Brussels: EORTC, 2017. Disponível em: https://www.eortc.org/app/uploads/sites/2/2018/02/translation_manual_2017.pdf. Acesso em: 05 abr. 2022.

LAMBERT, L. K. *et al.* Patient-reported factors associated with adherence to adjuvant endocrine therapy after breast cancer: an integrative review. **Breast Cancer Res Treat**, v. 167, p. 615-33, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10549-017-4561-5>. Acesso em: 19 fev. 2022.

LANDIS, J. R.; KOCH, G. G. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics**, v. 33, n. 1, p. 159-75, 1977. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/843571/>. Acesso em: 19 fev. 2022.

LEUNG, A. W. Y. *et al.* Psychological Factors of Long-Term Dietary and Physical Activity Adherence among Chinese Adults with Overweight and Obesity in a Community-Based Lifestyle Modification Program: A Mixed-Method Study. **Nutrients**, v. 12, n. 5, p. 1379, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3390%2Fnu12051379>. Acesso em: 17 jun. 2022.

LI, Q. *et al.* Factorial structure and measurement invariance of the Cancer Behavior Inventory-Brief Chinese version in cancer patient and family caregiver dyads. **Curr Psychol**, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01903-4>

LI, Y. *et al.* Effect of crisis intervention nursing on perioperative psychological state and self-efficacy of patients undergoing laparoscopic radical hysterectomy. **Am J Transl Res**, v. 13, n. 11, p. 12988-12995, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8661230/pdf/ajtr0013-12988.pdf>. Citado em: 19 abr. 2022.

LINACRE, J. M. **Winsteps® Rasch measurement computer program User's Guide** [Internet]. 2021. Version 5.1.1. Disponível em: <https://www.winsteps.com/manuals.htm>. Acesso em: 13 fev. 2022.

LINGENS, S. P. *et al.* Associations between self-efficacy, distress and anxiety in cancer patient-relative dyads visiting psychosocial cancer support services: Using actor-partner interdependence modelling. **PLoS One**, v. 16, n. 9, p. e0255318, 2021. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1371%2Fjournal.pone.0255318>. Citado em: 19 abr. 2022.

LINO, C. R. M. *et al.* The cross-cultural adaptation of research instruments, conducted by nurses in Brazil: an integrative review. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n. 4, p. e1730017, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001730017>. Acesso em: 09 jul. 2020.

LOMBARDO, M. S.; POPIM, R. C. Patient access to the oncology network under the "Sixty-Day Law": Integrative Review of the literature. **Rev Bras Enferm**, v. 73, n. 5, p. e20190406. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0406>. Acesso em: 17 fev. 2022.

LOPES-JÚNIOR, L. C.; LIMA, R. A. G. Cuidado ao câncer e a prática interdisciplinar. **Cad Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. e00193218, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00193218>. Acesso em: 17 fev. 2022.

LOPES, J. V. *et al.* Impacto f breast cancer and quality of life of women survivors. **Rev Bras Enferm**, v. 71, n. 6, p. 2916-11, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0081>. Acesso em: 25 fev. 2022.

LORENZO-SEVA, U.; FERRANDO P. J. Robust Promin: a method for diagonally weighted factor rotation. Technical report. **Liber**, v. 25, n. 1, p. 99-106, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.24265/liberabit.2019.v25n1.08>. Acesso em: 17 fev. 2022.

LORENZO-SEVA, U.; FERRANDO P. J. Unrestricted fator analysis of multidimensional test items based on an objectively refined target matrix. **Behav Res Methods**, v. 52, n. 1, p. 116-30, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3758/s13428-019-01209-1>. Acesso em: 11ev. 2022.

LORENZO-SEVA, U.; TIMMERMAN, M. E.; KIERS, H. A. L. The Hull method for selecting the number of common factors. **Multivariate Behav Res**, v. 46, n. 2, p. 340-364, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/00273171.2011.564527>. Acesso em: 17 fev. 2022.

LOUZADA, K. R. S. *et al.* Telephone counseling: identifi cation of symptoms in patients with lymphoma undergoing antineoplastic chemotherapy. **Acta Paul Enferm**, v. 31, n. 6, p. 616-26, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800085>. Acesso em: 21 fev. 2022.

LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Mini-Mental State Examination: psychometric characteristics in elderly outpatients. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 1-8, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000500023>. Acesso em: 02 jul. 2020.

LUGO, R. G. *et al.* Impact of initial emotional states and self-efficacy changes on nursing students' practical skills performance in simulation-based education. **Nurs Rep**, v 11, n. 2, p. 267-278, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/nursrep11020026>. Acesso em: 17 jun. 2022.

MAATTIUZZI, C.; LIPPI, G. Current Cancer Epidemiology. **J Epidemiol Glob Health**, v. 9, n. 4, p. 217-222, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.2991/jegh.k.191008.001>. Acesso em: 11 abr. 2022.

MACEDO, D. R.; NERIS, R. R.; ANJOS, A. C. Y. Experiência Da Radioterapia Na Perspectiva Do Paciente Com Câncer De Cabeça E Pescoço: Revisão Integrativa. **Rev Fund Care Online**, v. 11, n. 3, p. 785-91, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i3.785-791>. Acesso em: 21 mar. 2022.

MACHADO, R. S. *et al.* Cross-cultural adaptation methods of instruments in the nursing área. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 39, p. e2017-0164, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0164>. Acesso em: 07 jul. 2020.

MADRUGA, K. M. A. Adaptação transcultural da General Self Efficacy Scale-12 para o português do Brasil em pessoas com deficiência física. 2019. 127f. **Tese** (Doutorado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/20102>. Acesso em: 27 mar. 2022.

MAGON, A. *et al.* Trajectories of Health-Related Quality of Life, Health Literacy, and Self-Efficacy in Curatively-Treated Patients with Esophageal Cancer: A Longitudinal Single-Center Study in Italy. **J Patient Exp**, v. 8, 2021. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1177%2F23743735211060769>. Acesso em: 18 abr. 2022.

MANTEL, N. Chi-Square Tests with One Degree of Freedom: Extensions of the Mantel-Haenszel Procedure. **J Am Stat Assoc**, v. 58, n. 303, p. 690-700, 1963. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/01621459.1963.10500879>. Acesso em: 17 fev. 2022.

MARTINA, K. *et al.* Redesigning and implementing a Canadian oncology nursing curriculum for an international partnership. **Can Oncol Nurs J**, v. 29, n. 4, p. 242-246, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5737/23688076294242246>. Acesso em: 12 abr. 2022.

MARTÍNEZ-BORDAJANDI, A. *et al.* Sexual experiences after non-nerve sparing radical prostatectomy. **Acta Paul Enferm**, v. 33, p. 1-10, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.37689/actaape/2020AO02375>. Acesso em: 06 fev. 2022.

MARTINEZ-CALDERON, J. *et al.* The role of self-efficacy in pain intensity, function, psychological factors, health behaviors, and quality of life in people with rheumatoid arthritis: A systematic review. **Physiother Theory Pract**, v. 36, n. 1, p. 21-37, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1482512>. Acesso em: 17 jun. 2022.

MARTINS, M. S. *et al.* Nursing Consultation in the Head and Neck Cancer Radiotherapy: a Cost-Health Utility Relationship Analysis. **J Res Fundam Care**, v. 10, n. 3, p. 746-52, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.746-752>. Acesso em: 09 fev. 2022.

MATA, L. R. F. *et al.* Morbidade psicológica e implicações para a recuperação de adultos após cirurgia oncológica. **Cogitare Enferm**, v. 23, n. 1, p. e53089, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.53089>. Citado em: 19 abr. 2022.

MATHEW, A. *et al.* Sociodemographic factors and stage of cancer at diagnosis: a population-based study in South India. **J Glob Oncol**, v. 5, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1200/JGO.18.00160>. Acesso em: 13 fev. 2022.

MATOS, D. A. S.; RODRIGUES, E. C. **Análise Fatorial**. Brasília: Enap, 2019. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/4790/1/Livro%20An%C3%A1lise%20Fatorial.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2021.

MATSUDA, A. *et al.* Validity and reliability of the japanese version of the 10-item Perceived Efficacy in Patient-Physician Interactions (PEPPI-1-) Scale in breast cancer outpatients. **Tohoku J Exp Med**, v. 249, n. 2, p. 121-6, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1620/tjem.249.121>. Acesso em: 17 fev. 2022.

MAURINA, A. L. Z.; DELL'OSBEL, R. S.; ZANOTTI, J. Nutritional and functional evaluation in oncology and clinical outcome in patients in the city of Caxias do Sul/RS. **Rev Bras Cancerol**, v. 66, n. 2, p. e-10996, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n2.996>. Acesso em: 18 fev. 2022.

MAUSBACH, B. T. *et al.* Health Care Use and Costs in Adult Cancer Patients with Anxiety and Depression. **Depress Anxiety**, v. 37, n. 9, p. 908-915, 2020. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1002%2Fda.23059>. Citado em: 19 abr. 2022.

MCEWEN, M.; WILLS, E. **Bases Teóricas de Enfermagem**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

MCNEISH, D. Thanks coeficiente alpha, we'll take it from here. **Psychol Methods**, v. 23, n. 3, p. 412-33, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/met0000144>. Acesso em: 04 nov. 2021.

MCTIERNAN, A. *et al.* Physical activity in cancer prevention and survival: a systematic review. **Med Sci Sports Exerc**, v. 51, n. 6, p. 1252-61, 2019. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1249%2FMSS.0000000000001937>. Acesso em: 12 fev. 2022.

MEDEIROS, M. B. *et al.* Perception of women with breast cancer undergoing chemotherapy: a comprehensive analysis. **Rev Bras Enferm**, v. 72, n. suppl 3, p. 110-7, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0165>. Acesso em: 12 fev. 2022.

MEDEIROS, R. K. S. *et al.* Pasquali's modelo f contente validation in Nursing research. **Rev Enferm Ref**, v. IV, n. 4, p. 127-35, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14009>. Acesso em: 04 nov. 2021.

MELISSANTE, H. C. *et al.* Body image distress in head and neck cancer patients: what are we looking at? **Support Care Cancer**, v. 29, n. 4, p. 2161-9, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05725-1>. Acesso em: 04 abr. 2022.

MELLO, J. *et al.* Experiences of caregivers in the face of their relative's cancer illness process. *Rev Enferm UFSM*, v. 11, n. e17, p. 1-21, 2020. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5902/2179769244116>. Acesso em: 23 fev. 2022.

MELO, M. C.; VASCONCELOS-SILVA, P. R. Uso de comunidades virtuais no suporte a portadoras de câncer de mama. **Ciênc Saúde Colet**, v. 23, n. 10, p. 3347-3356, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.14612018>. Acesso em: 20 abr. 2022.

MENDHI, M. M. *et al.* Self-efficacy measurement instrument for neonatal resuscitation training: na integrative review. **Nurse Educ Pract**, v. 43, p. 102710, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102710>. Acesso em: 17 fev. 2022.

MENEZES, R. *et al.* Knowledge, behaviour and health practices of men concerning the prostate cancer. **J Res Fundam Care Online**, v. 11, n. 5, p. 1173-9, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1173-1179>. Acesso em: 17 fev. 2022.

MÉNORET, M. La gérison em cancérologie: une improbable ambition. **Saúde Soc**, v. 27, n. 3, p. 693-703, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018180491>. Acesso em: 12 abr. 2022.

MERKIN, R.; TARAS, V.; STEEL, P. State of the art themes in cross-cultural communication research: A systematic and meta-analytic review. **Int J Intercult Relat**, v. 38, p. 1-23, 2014. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.ijintrel.2013.10.004>. Acesso em: 04 mar. 2021.

MERLUZZI, T. V. *et al.* Self-Efficacy for Coping With Cancer: Revision of the Cancer Behavior Inventory (Version 3.0). **Psychol Assess**, v. 30, n. 4, p. 486-99, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/pas0000483>. Acesso em: 08 mar. 2022.

MERLUZZI, T. V. *et al.* Interventions to enhance self-efficacy in cancer patients: a meta-analysis of randomized controlled trials. **Psychooncology**, v. 29, n. 9, p. 1781-90, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/pon.5148>. Acesso em: 08 mar. 2022.

MERLUZZI, T. V.; SANCHEZ, M. A. M. Assessment of Self-Efficacy and Coping With Cancer: Development and Validation of the Cancer BehaviorInventory. **Health Psychol**, v. 16, n. 2, p. 163-70, 1997a. Disponível em: <https://doi.org/10.1037//0278-6133.16.2.163>. Acesso em: 09 mar. 2020.

MERLUZZI, T. V.; SANCHEZ, M. A. M. Perceptions of Coping Behaviors by Persons With Cancer and Health Care Providers. **Psycho-Oncology**, v. 6, n. 3, p. 197-203, 1997b. Disponível em: [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1611\(199709\)6:3<197::AID-PON270>3.0.CO;2-S](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1611(199709)6:3<197::AID-PON270>3.0.CO;2-S). Acesso em: 09 mar. 2020.

MERLUZZI, T. V. *et al.* Self-efficacy for Coping With Cancer: Revision of the Cancer Behavior Inventory (Version 2.0). **Psycho-Oncology**, v. 10, n. 3, p. 206-17, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/pon.511>. Acesso em: 09 mar. 2020.

MICHELS, F. A. S.; LATORRE, M. R. D. O.; MACIEL, M. S. Validity, reliability and understanding of the EORTC-C30 and EORTC-Br23, quality of life questionnaires specific for breast cancer. **Rev Bras Epidemiol**, v. 16, n. 2, p. 352-63, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2013000200011>. Acesso em: 07 jul. 2020.

MINER, S. A. *et al.* Masculinity, Mental Health, and Desire for Social Support Among Male Cancer and Infertility Patients. **Am J Mens Health**, v. 13, n. 1, p. 1557988318820396. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1177%2F1557988318820396>. Acesso em: 21 abr. 2022.

MINTER, A.; PRITZKER, S. Measuring adolescent social and academic self-efficacy: cross-ethnic validity of the SEQ-C. **Soc Work Res**, v. 27, n. 7, p. 818-26, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1177%2F1049731515615677>. Acesso em: 08 mar. 2022.

MORAES FILHO, L. S.; KHOURY, H. T. T. Uso do coping religioso/espiritual diante das toxicidades da quimioterapia no paciente oncológico. **Rev Bras Canreol**, v. 64, n. 1, p. 27-33, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2018v64n1.112>. Acesso em: 08 mar. 2022.

MORENO-GONZÁLEZ, M. M.; SALAZAR-MAYA, A. M.; TEJADA-TAYABAS, L. M. Experiencia de cuidadores familiares de mujeres con cáncer de mama: una revisión integradora. **Aquichan**, v. 18, n. 1, p. 56-68, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5294/aqui.2018.18.1.6>. Acesso em: 16 fev. 2022.

MORENO, P. I. *et al.* Satisfaction with cancer care, self-efficacy, and health-related quality of life in latino cancer survivors. **Cancer**, v. 124, n. 8, p. 1770-9, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/cncr.31263>. Acesso em: 21 mar. 2022.

MORETTO, I. G.; CONTIM, C. L. V.; SANTO, F. H. E. Telephone follow up as a nursing intervention for patients receiving outpatient chemotherapy: integrative review. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 40, p. e20190039, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20190039>. Acesso em: 21 mar. 2022.

MURRAY, M. S.; LEE, L. H. The future of oncology care requires integration of patient engagement and equity into practice. **Future Oncol**, v. 17, n. 28, p. 3671-3677, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.2217/fon-2021-0912>. Acesso em: 12 abr. 2022.

NAVARI, R. M. Managing Nausea and Vomiting in Patients With Cancer: What Works. **Oncology (Williston Park)**, v. 32, n. 3, p. 121-125, 2018. Disponível em: <https://www.cancernetwork.com/view/managing-nausea-and-vomiting-patients-cancer-what-works>. Acesso em: 20 abr. 2022.

NAZIAZENO, S. D. S. *et al.* Nursing diagnostics associated with the quality of life of women with breast cancer in chemotherapy. **Rev Fun Care Online**, v. 12, p. 629-35, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/0.9789/2175-5361.rpcfo.v12.9083>. Acesso em: 21 mar. 2022.

NIERO, A. C. *et al.* Cuidados de enfermagem ao paciente oncológico em pós-operatório de cirurgia de cabeça e pescoço. **RIES**, v. 7, n. 1, p. 249-62, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.33362/ries.v7i1.1217>. Acesso em: 21 mar. 2022.

NOGUEIRA, L. A. *et al.* Financial toxicity. **Asian Pac J Cancer Prev**, v. 21, n. 2, p. 289-93, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.31557/APJCP.2020.21.2.289>. Acesso em: 04 abr. 2022.

NOGUEIRA, L. A. *et al.* Implications of financial toxicity in the lives of cancer patients: a reflection. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 42, p. e20200095, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200095>. Acesso em: 04 abr. 2022.

NORA, C. R. D.; ZOBOLI, E. L. C. P.; VIEIRA, M. M. Moral sensivity in Primary Health Care nurses. **Rev Bras Enferm**, v. 70, n. 2, p. 308-16, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0453>. Acesso em: 10 mar. 2022.

NORTHWESTERN UNIVERSITY. **Patient-Reported Outcomes Measurement Information System - PROMIS®**. Disponível em: <https://www.healthmeasures.net/explore-measurement-systems/promis>. Acesso em: 08 ago. 2021.

OKUI, T. Na analysis of health inequalities depending on educational level using nationally representative survey data in Japan, 2019. **BMC Public Health**, v. 21, p. 2242, 2021. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1186%2Fs12889-021-12368-2>. Acesso em: 21 mar. 2022.

OLIVEIRA, F. *et al.* Theoretical and methodological aspects for the cultural adaptation and validation of instruments in nursing. **Texto Contexto Enferm**, v. 27, n. 2, p. e4900016, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180004900016>. 2242, 2021. Acesso em: 30 nov. 2021.

OLIVEIRA, J. M.; REIS, J. B.; SILVA, R. A. Search oncological care: perception of patients and Family members. **Rev Enferm UFPE on line**, v. 12, n. 4, p. 938-46, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i4a231359p938-946-2018>. Acesso em: 21 mar. 2022.

OLIVESKI, C. C. *et al.* Experience of families facing cancer in palliative care. **Texto Contexto Enferm**, v. 30, p. e20200669, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0669>. Acesso em: 20 abr. 2022.

OLSHAN, A. F. *et al.* Epidemiology: Back to the Future. **Am J Epidemiol**, v. 188, n. 5, p. 814-817, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/aje/kwz045>. Acesso em: 11 abr. 2022.

OMRAN, S.; MCMILLAN, S. Symptom Severity, Anxiety, Depression, Self- Efficacy and Quality of Life in Patients with Cancer. **Asian Pac J Cancer Prev**, v. 19, n. 2, p. 365-374, 2018. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.22034/2FAPJCP.2018.19.2.365>. Acesso em: 19 abr. 2022.

OZPISKIN, O. M.; ZHANG, L.; LI, J. J. Immune targets in the tumor microenvironment treated by radiotherapy. **Theranostics**, v. 9, n. 5, p. 1215-31, 2019. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.7150/thno.32648>. Acesso em: 27 mar. 2022.

PARAÍBA. Governo do Estado. Paraíba se destaca na produção de energias renováveis e contribui para preservação ambiental [Internet]. Disponível em: <https://paraiba.pb.gov.br/noticias/paraiba-se-destaca-na-producao-de-energias-renovaveis-e-contribui-para-preservacao-ambiental#:~:text=A%20Para%C3%ADba%20possui%20um%20dos,7%2C5%20m%2Fs>. Acesso em: 21 abr. 2022.

PASQUALI, L. Psychometrics. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, n. spe, p. 992-9, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000500002>. Acesso em: 11 jul. 2020.

PASQUALI, L. **Instrumentação psicológica**: fundamentos e práticas. Porto Alegre: Artmed, 2010. 560p.

PASQUALI, L. **Psicometria**: testes psicológicos na educação. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2013. 399 p.

PASQUALI, L. **Psicometria**: Teoria dos Testes na Psicologia e na Educação. Petrópolis: Vozes, 2017. 392 p.

PASQUALI, L.; PRIMI, R. Fundamentos da teoria da resposta ao item - TRI. **Aval Psicol**, v. 2, n. 2, p. 99-110, 2003. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v2n2/v2n2a02.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2022.

PEARCE, A. *et al.* Financial toxicity is more than costs of care: the relationship between employment and financial toxicity in long-term cancer survivors. **J Cancer Surviv**, v. 13, n. 1, p. 10-20, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11764-018-0723-7>. Acesso em: 04 abr. 2022.

PEREIRA, E. B. S. *et al.* Self-efficacy of health professionals in hand hygiene practice: is it possible to measure? **Rev Bras Enferm**, v. 73, n. suppl. 5, p. e20190873, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0873>. Acesso em: 17 jun. 2022.

PEREIRA, M.; IZDEBSKI, P.; PEREIRA, M. G. Validation of the Brief Version of the Cancer Behavior Inventory in Breast Cancer Portuguese Patients. **J Clin Psychol Med Settings**, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10880-021-09773-5>. Acesso em: 11 mar. 2022.

PETERS, M. *et al.* Self-efficacy and health-related quality of life: a cross-sectional study of primary care patients with multi-morbidity. **Health Qual Life Outcomes**, v. 17, p. 37, 2019. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1186%2Fs12955-019-1103-3>. Acesso em: 18 abr. 2022.

PHOOSUWAN, N.; LUNDBERG, P. C. Knowledge, attitude and self-efficacy program intended to improve public health professionals' ability to identify and manage perinatal depressive symptoms: a quasi-experimental study. **BMC Public Health**, v. 20, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-10086-9>. Acesso em: 17 jun. 2022.

PICHA, K. J. *et al.* Physical Therapists' Assessment of Patient Self-Efficacy for Home Exercise Programs. **IJSPT**, v. 16, n. 1, p. 184-194, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.26603/001c.18957>. Acesso em: 17 jun. 2022.

PIMENTA, C. A. M.; DOMENICO, E. B. L. Oncology nursing: looking into the future. **Acta Paul Enferm**, v. 32, n. 6, p. 3-6, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900082>. Acesso em: 12 abr. 2022.

PITON-GONÇALVES, J.; ALMEIDA, A. M. Análise da dificuldade e da discriminação de itens de Matemática no ENEM. **REMAT**, v. 4, n. 2, p. 38-53, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.35819/remat2018v4i2id3060>. Acesso em: 11 mar. 2022.

POLIT, D. F. Assessing measurement in health: beyond reliability and validity. **Int J Nurs Stud**, v. 52, n. 11, p. 1746-53, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.07.002>. Acesso em: 21 mar. 2022.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para as práticas da Enfermagem**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed; 2019. 456 p.

POLYDORO, S. A. J.; GUERREIRO-CASANOVA, D. C. Escala de auto-eficácia na formação superior: construção e estudo de validação. **Aval Psicol**, v. 9, n. 2, p. 267-78, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v9n2/v9n2a11.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2022.

POMPILI, C. *et al.* Factors influencing patient satisfaction after treatments for early-stage non-small cell lung cancer. **J Cancer Res Clin Oncol**, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00432-021-03795-0>. Acesso em: 13 mar. 2022.

PRADO, E. *et al.* Experience of people with advanced cancer faced with the impossibility of cure: a phenomenological analysis. **Esc Anna Nery**, v. 24, n. 2, p. e20190113, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0113>. Acesso em: 30 mar. 2022.

PRADO, E. *et al.* Cancer patients with advanced disease: concerns and expectations experienced in end-of-life. **Rev Enferm UERJ**, v. 27, p. e45650, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2019.45650>. Acesso em: 20 abr. 2022.

RABEI, S.; RAMADAN, S.; ABDALLAH, N. Self-efficacy and future anxiety among students of nursing and education colleges of Helwan University. **Middle East Curr Psychiatry**, v. 27, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s43045-020-00049-6>. Acesso em: 17 jun. 2022.

RABELO, C. M. *et al.* Physical, emocional and socioeconomic needs in the post-treatment of head and neck cancer: a qualitative study. **Rev Bras Cancerol**, v. 67, n. 3, p. e-191221, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2021v67n3.1221>. Acesso em: 02 mar. 2022.

RASBACH, L.; JENKINS, C.; LAFFEL, L. Na integrative review of self-efficacy measurement instruments in youth with type 1 diabetes. **Diabetes Educ**, v. 41, n. 1, p. 43-58, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0145721714550254>. Acesso em: 18 mar. 2022.

RAYKOV, T. *et al.* On the connections between Item Response Theory and Classical Test Theory: a note on true score evaluation for polytomous items via Item Response Modeling. **Educ Psychol Meas**, v. 79, n. 6, p. 1198-1209, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0013164417745949>. Acesso em: 08 nov. 2021.

REID, K.; SOUNDY, A. A qualitative study examining the illness narrative master plots of people with head and neck cancer. **Behav Sci (Basel)**, v. 9, n. 10, p. 110, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/bs9100110>. Acesso em: 21 mar. 2022.

REIS, A. P. A.; GRADIM, C. V. C. Alopecia in breast cancer. **Rev Enferm UFPE on line**, v. 12, n. 2, p. 447-55, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i2a25097p447-455-2018>. Acesso em: 21 mar. 2022.

RESNICK, B. Theory of Self-Efficacy. *In*: SMITH, M. J.; LIEHR, P. R. **Middle Range Theory for Nursing**. 3. ed. New York: Springer, 2014.

RICHARDSON, C. R. *et al.* Advances in rehabilitation for chronic diseases: improving health outcomes and function. **BMJ**, v. 365, p. l2191, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.l2191>. Acesso em: 11 abr. 2022.

ROBB, C. *et al.* Health and personal resources in older patients with cancer undergoing chemotherapy. **J Geriatr Oncol**, v. 4, n. 2, p. 166-73, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jgo.2012.12.002>. Acesso em: 08 mai. 2020.

ROCHA, E. M. *et al.* Overburden on the caregivers of oncological patients in palliative care. **Rev Enferm UFPE on line**, v. 14, p. e244165, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963.2020.244165>. Acesso em: 21 mar. 2022.

ROCHA, R. C. N. P. *et al.* Spiritual needs experienced by the patient's family caregiver under Oncology palliative care. **Rev Bras Enferm**, v. 71, v. suppl 6, p. 2635-42, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0873>. Acesso em: 21 mar. 2022.

RODRIGUES, A. B. *et al.* Câncer de cabeça e pescoço: validação de instrumento para coleta de dados. **Rev Bras Enferm**, v. 71, n. 4, p. 1899-1906, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0227>. Acesso em: 19 jun. 2020.

ROMANZINI, A. E. *et al.* Predictors of well-being and quality of life in men who underwent radical prostatectomy: longitudinal study. **Rev Latino-Am Enferm**, v. 26, p. e3031, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2601.3031>. Acesso em: 11 mar. 2022.

ROOIJACKERS, T. *et al.* Effectiveness of a reablement training program on self-efficacy and outcome expectations regarding client activation in homecare staff: A cluster randomized controlled trial. **Geriatr Nurs**, v. 43, p. 104-112, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.11.009>. Acesso em: 17 jun. 2022.

ROWLAND, S. A. *et al.* Vicarious Experience to Affect Physical Activity in Women: A Randomized Control Trial. **West J Nurs Res**, v. 42, n. 4, p. 286-292, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1177%2F0193945919856575>. Acesso em: 17 jun. 2022.

SALVETTI, M. G. *et al.* Prevalence of symptoms and quality of life of cancer patients. **Rev Bras Enferm**, v. 72, n. 3, p. e20180287, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0287>. Citado em: 19 abr. 2022.

SANCHES, K. S. RABIN, E. G.; TEIXEIRA, P. T. O. The scenario of scientific publication on palliative care in oncology over the last 5 years: a scoping review. **Rev Esc Enferm USP**, v. 52, p. e03336, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017009103336>. Acesso em: 11 abr. 2022.

SANDER, M. *et al.* The efficacy and safety of sunscreen use for the prevention of skin cancer. **CMAJ**, v. 192, n. 50, p. E1802-E1808, 2020. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1503%2Fcmaj.201085>. Acesso em: 03 mar. 2022.

SANTOS, J. *et al.* Work-related violences and associated variables in oncology nursing professionals. **Cienc Saúde Colet**, v. 26, n. 12, p. 5955-5966, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212612.14942021>. Acesso em: 12 abr. 2022.

SANTOS, J. N. A. *et al.* Analysis of Adverse Reactions after Radiotherapy Treatment in Adults with Head and Neck Cancer. **Rev Bras Cancerol**, v. 65, n. 4, p. e-12648, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2019v65n4.648>. Acesso em: 23 mar. 2022.

SANTOS, L. A. *et al.* The resilience process in Family caregivers of people with malignant neoplasia. **Esc Anna Nery**, v. 23, n. 3, p. e20190023, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0023>. Acesso em: 20 abr. 2022.

SANTOS, L.; FARO, A. Otimismo: teoria e aplicabilidade para a psicologia. **Rev Psicol Saúde**, v. 12, n. 2, p. 123-139, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v0i0.898>. Acesso em: 20 abr. 2022.

SCHEIER, M. F.; CARVER, C. S. Optimism, coping, and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. **Health Psychol**, v. 4, n. 3, p. 219-47, 1985. Disponível em: <https://doi.org/10.1037//0278-6133.4.3.219>. Acesso em: 07 mai. 2020.

SCHIAVONE, F.; FERRETTI, M. The FutureS of healthcare. **Futures**, v. 134, p. 102849, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.futures.2021.102849>. Acesso em: 11 abr. 2022.

SCHMIDT, A. *et al.* Sexuality experiences of hysterectomized women. **Esc Anna Nery**, v. 23, n. 4, p. e20190065, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0065>. Acesso em: 04 mar. 2022.

SEPARAVICH, M. A.; CANESQUI, A. M. Masculinities and health care in aging and health-illness process among male workers from Campinas/São Paulo, Brazil. **Saúde Soc**, v. 29, n. 2, p. e180223, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020180223>. Acesso em: 21 abr. 2022.

SERPENTINI, S. *et al.* Self-efficacy for coping: utility of the Cancer behavior inventory (Italian) for use in palliative care. **BMC Palliat Care**, v. 18, n. 34, p. 1-9, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0420-y>. Acesso em: 30 jan. 2020.

SEVERIAN, P. F. G. *et al.* Impact of psychoeducational intervention on nursing students' perceived self-efficacy. **Rev Enferm UERJ**, v. 29, p. e53845, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2021.53845>. Acesso em: 17 jun. 2022.

SHAPIRO, C. L. Cancer survivorship. **N Engl J Med**, v. 379, n. 25, p. 2438-50, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMra1712502>. Acesso em: 21 mar. 2022.

SHEN, A. *et al.* Quality of life among breast cancer survivors with triple negative breast cancer--role of hope, self-efficacy and social support. **Eur J Oncol Nurs**, v. 46, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101771>. Acesso em: 18 abr. 2022.

SHEVTSOV, M. *et al.* Novel approaches to improve the efficacy of immuno-radiotherapy. **Front Oncol**, v. 9, p. 156, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fonc.2019.00156>. Acesso em: 21 mar. 2022.

SHOREY, S.; LOPEZ, V. Self-Efficacy in a Nursing Context. *In*: HAUGAN, G., ERIKSSON, M. **Health Promotion in Health Care - Vital Theories and Research**. Springer, Cham. Disponível em: https://doi.org/10.1007/978-3-030-63135-2_12. Acesso em: 04 mar. 2022.

SILVA, F. C. N.; ARBOIT, E. L.; MENEZES, L. P. Counseling of women through oncological treatment and mastectomy as a repercussion from breast cancer. **Rev Fund Care Online**, v. 12, p. 357-63, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7136>. Acesso em: 09 mar. 2022.

SILVA, J. L. R. *et al.* Transition to palliative care: facilitating actions for cancer cliente-centered communication. **Rev Min Enferm**, v. 24, p. e-1333, 2020. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415.2762.20200070>. Acesso em: 04 mar. 2022.

SOUSA, V. D. *et al.* Relationships among self-care agency, self-efficacy, self-care, and glycemic control. **Res Theory Nurs Pract**, v. 19, n. 3, p. 217-30, 2005. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.1891/rtnp.2005.19.3.217>. Acesso em: 08 jul. 2020.

SOUZA, A. C.; ALEXANDRE, N. M. C.; GUIRARDELLO, E. B. Psychometric properties in instruments evaluation of reliability and validity. **Epidemiol Serv Saude**, v. 26, n. 3, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300022>. Acesso em: 08 jul. 2020.

SPENCER, K. *et al.* Palliative radiotherapy. **BMJ**, v. 36, p. k821, 2018. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1136%2Fbmj.k821>. Acesso em: 02 mar. 2022.

STILES, B. M.; MYNARD, J. N. Social Media and Your Cancer Patient. **Semin Thorac Cardiovasc Surg**, v. 33, n. 2, p. 517-521, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1053/j.semtcvs.2020.12.014>. Acesso em: 20 abr. 2022.

SULLIVAN, C. E. *et al.* Reducing Compassion Fatigue in Inpatient Pediatric Oncology Nurses. **Oncol Nurs Forum**, v. 46, n. 3, p. 338-347, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1188/19.onf.338-347>. Acesso em: 12 abr. 2022.

SZCZEPANSKA-GIERACHA, J.; MAZUREK, J. The Role of Self-Efficacy in the Recovery Process of Stroke Survivors. **Psychol Res Behav Manag**, v. 13, p. 897-906, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.2147%2FPRBM.S273009>. Acesso em: 17 jun. 2022.

TEIXEIRA, L. A.; ARAÚJO NETO, L. A. Breast cancer in Brazil: medicine and public health in 20th century. **Saúde Soc**, v. 29, n. 3, p. e180753, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020180753>. Acesso em: 11 abr. 2022.

TESTON, E. F. *et al.* Feelings and difficulties experienced by cancer patients along the diagnostic and therapeutic itineraries. **Esc Anna Nery**, v. 22, n. 4, p. e20180017, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0017>. Acesso em: 21 dez. 2021.

THOM, B.; BENEDICT, C. The Impact of Financial Toxicity on Psychological Well-Being, Coping Self-Efficacy, and Cost-Coping Behaviors in Young Adults with Cancer. **J Adolesc Young Adult Oncol**, v. 8, n. 3, p. 236-242, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/jayao.2018.0143>. Acesso em: 04 abr. 2022.

THOMAS, M. L. Advances in applications of Item Response Theory to clinical assessment. **Psychol Assess**, v. 31, n. 12, p. 1442-55, 2019. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1037%2Fpas0000597>. Acesso em: 08 nov. 2021.

THURSTONE, L. L. **The measurement of values**. Univers. Chicago Press, 1959.

TRAVITZKI, R. Avaliação da qualidade do ENEM 2009 e 2011 com técnicas psicométricas. **Esc Aval Educ**, v. 28, n. 67, p. 256-88, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18222/eae.v28i67.3910>. Acesso em: 18 dez. 2021.

VALE, J. M. M. *et al.* Self-care of the caregiver of the sick in adequate palliative oncological home care. **Rev Enferm UFPE on line**, v. 13, p. e235923, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.235923>. Acesso em: 30 mar. 2022.

VIANA, L. R. C. *et al.* Therapeutic adherence of patients with breast and prostate cancers. **Rev Rene**, v. 22, p. e62495, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212262495>. Acesso em: 23 mar. 2022.

VIEIRA, G. L. C. *et al.* Translation, cultural adaptation and validation of the Diabetes Attitudes Scale - third version into Brazilian Portuguese. **Rev Latino-Am Enferm**, v. 25, p. e2875, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1404.2875>. Acesso em: 21 abr. 2022.

VIET, C. T.; WARE, J. E. The structure of psychological distress and well-being in general populations. **J Consult Clin Psychol**, v. 51, n. 5, p. 730-42, 1983. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.5.730>. Acesso em: 21 mar. 2020.

VIREN, S.; BARRON, D. Translation and validation of body image instruments: challenges, good practice guidelines, and reporting recommendations for test adaptation. **Body Image**, v. 31, p. 204-20, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.08.014>. Acesso em: 06 abr. 2022.

WALTON, D. M. *et al.* Creation and validation of the 4-item Brief PCS-chronic through methodological triangulation. **Health Qual Life Outcomes**, v. 18, p. 124, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01346-8>. Acesso em: 23 mar. 2022.

WANG, J. *et al.* The effects of solution-focused nursing on leukemia chemotherapy patients' moods, cancer-related fatigue, coping styles, self-efficacy, and quality of life. **Am J Transl Res**, v. 13, n. 6, p. 6611-6619, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34306404/>. Citado em: 19 abr. 2022.

WANG, Y. *et al.* Depression and anxiety in relation to cancer incidence and mortality: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. **Mol Psychiatry**, v. 25, n. 7, p.1487-1499, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41380-019-0595-x>. Acesso em: 11 abr. 2022.

WATSON, M. *et al.* Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: The MAC Scale. **Psychol Med**, v. 18, n. 1, p. 203-9, 1988. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/s0033291700002026>. Acesso em: 21 mar. 2020.

WEISMAN, A. D. **The coping capacity**: On the nature of being mortal. New York: Human Sciences Press, 1984.

WICKLINE, M. M.; BERRY, D. L.; BELZA, B. Bearing Witness in Oncology Nursing: Sharing in Suffering Across the Cancer Care Trajectory. **Clin J Oncol Nurs**, v. 25, n. 4, p. 470-473, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1188/21.cjon.470-473>. Acesso em: 12 abr. 2022.

WILSON, C. M. *et al.* Body image, sexuality, and sexual functioning in women with gynecologic cancer: an integrative review of the literature and implications for research. **Cancer Nurs**, v. 44, n. 5, p. E252-E286, 2021. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1097%2FNCC.0000000000000818>. Acesso em: 11 fev. 2022.

WORLD CANCER RESEARCH FUND INTERNATIONAL. **Diet, nutrition, physical activity and cancer**: a global perspective [Internet]. 3. ed. London: WCRF International; 2018. Available from: <https://www.wcrf.org/dietandcancer>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Process of translation and adaptation of instruments. Guidelines on Translation. WHO, 2014. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/. Acesso em: 05 abr. 2022.

WRIGHT, B. D.; LINACRE, J. M. **Reasonable mean-square fit values**. Rasch Measurement Transactions, v. 8, p. 370-1, 1994. Disponível em: <http://www.rasch.org/rmt/rmt83b.htm>. Acesso em: 11 fev. 2022.

WHITE, L. L. *et al.* Self-efficacy for management of symptom and symptom distress in adults with cancer: an integrative review. **Oncol Nurs Forum**, v. 46, n. 1, p. 113-28, 2019. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1188/19.ONF.113-128>. Acesso em: 06 jan. 2022.

WHITE, L. L. *et al.* Perceived self-efficacy: a concept analysis for symptom management in patients with cancer. **Clin J Oncol Nurs**, v. 21, n. 6, p. E272-E279, 2017. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1188/17.CJON.E272-E279>. Acesso em: 06 jan. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Health Assembly, 70. **Cancer prevention and control in the context of an integrated approach**. World Health Organization, 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/275676>. Acesso em: 06 jan. 2022.

YANG, R. *et al.* The Effect of an Information Support Program on Self-Efficacy of Prostate Cancer Patients during Hormonal Therapy. **Asia Pac J Oncol Nurs**, v. 8, n. 6, p. 639-652, 2021. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.4103%2Fapjon.apjon-2138>. Acesso em: 18 abr. 2022.

YOUNG, A. M. *et al.* Essential oncology nursing care along the cancer continuum. **Lancet Oncol**, v. 21, n. 12, p. e555-e563 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s1470-2045\(20\)30612-4](https://doi.org/10.1016/s1470-2045(20)30612-4). Acesso em: 12 abr. 2022.

YUAN, L. *et al.* Prevalence and predictors of anxiety and depressive symptoms among patients diagnosed with oral cancer in China: a cross-sectional study. **BMC Psychiatry**, v. 20, p. 394, 2020. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1186/s12888-020-02796-6>. Citado em: 19 abr. 2022.

YURT, S.; AKSUT, R. S.; KADIOGLU, H. The effect of peer education on health beliefs about breast cancer screening. **Int Nurs Rev**, v. 66, n. 4, p. 498-505, 2019. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1111/inr.12517>. Acesso em: 06 jan. 2022.

ZHANG, T. *et al.* Evidence-based nursing intervention can improve the treatment compliance, quality of life and self-efficacy of patients with lung cancer undergoing radiotherapy and chemotherapy. **Am J Transl Res**, v. 14, n. 1, p. 396-405, 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8829589/pdf/ajtr0014-0396.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2022.

ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. **Acta Psychiatr Scand**, v. 67, n. 6, p. 361-70, 1983. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>. Acesso em: 08 fev. 2020.

Apêndices

APÊNDICE A - INSTRUMENTO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. **Código de identificação:** _____

2. **Idade:** _____

3. **Sexo**

- ☐ Masculino
☐ Feminino

DADOS ACADÊMICOS E PROFISSIONAIS

1. **Formação:** _____

2. **Ano de formação:** _____

3. **Atuação**

- ☐ Docência
☐ Pesquisa
☐ Extensão
☐ Assistência

4. **Tempo de experiência**

- ☐ De 1 a 3 anos
☐ De 4 a 6 anos
☐ De 7 a 10 anos
☐ Mais de 10 anos

5. **Características profissionais relacionadas à área de interesse***

- ☐ Experiência docente na área
☐ Experiência em pesquisa na área
☐ Orientação assistencial na área
☐ Orientação de monografia, dissertação e/ou tese na área
☐ Ter ministrado palestra, curso ou minicurso na área
☐ Publicação de artigos científicos na área
☐ Publicação de trabalhos em eventos científicos na área
☐ Participação em Banca de monografia, dissertação e/ou tese na área
☐ Participação no Comitê Organizador de eventos científicos nas áreas de Saúde e/ou Enfermagem
☐ Participação no Comitê Editorial e/ou como Consultor *Ad hoc* de periódicos nas áreas de Saúde e/ou Enfermagem

*Área de interesse: Adaptação transcultural e validação de instrumentos de medidas e/ou Oncologia

APÊNDICE B - INSTRUÇÕES PARA O PROCESSO DE JULGAMENTO

Prezado(a) Pesquisador(a),

Você está sendo convidado(a) a participar do estudo “adaptação transcultural e validação do *Cancer Behavior Inventory - Brief Version* para o Brasil” que está sendo realizado pela doutoranda em enfermagem Cláudia Jeane Lopes Pimenta, sob orientação da Professora Dr^a Kátia Neyla de Freitas Macedo Costa. Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba com parecer nº 4.622.548.

O processo de adaptação transcultural do instrumento seguirá o modelo sugerido por Beaton *et al.* (2007), que contempla seis etapas inter-relacionadas: 1) Tradução; 2) Síntese; 3) Retrotradução ou *Back-translation*; 4) Revisão pelo comitê de juízes; e 5) Pré-teste. Neste sentido, a sua participação corresponderá à quarta etapa desse processo, por meio de questões sobre as equivalências da versão original com o contexto cultural do Brasil. Portanto, considere os conceitos descrito abaixo:

- **Equivalência semântica:** corresponde à avaliação do significado e da compreensão das palavras utilizadas para a formulação dos itens, além identificação da presença de erros gramaticais na tradução (NORA; ZOBOLI; VIEIRA, 2017). Essa equivalência busca analisar se houve a preservação e transferência adequada do sentido e da definição das palavras usadas no instrumento original para a nova versão, permitindo uma compreensão semelhante nas duas culturas (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012; OLIVEIRA *et al.*, 2018).
- **Equivalência idiomática:** avaliação da tradução de itens que possuem expressões idiomáticas e coloquiais, e se tais elementos foram traduzidos de forma literal ou adaptados por expressões equivalentes na cultura-alvo, de forma que não tenham sofrido mudanças no significado e/ou na compreensão dos itens (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012; NORA; ZOBOLI; VIEIRA, 2017).
- **Equivalência cultural:** abrange a avaliação de situações e fenômenos descritos nos itens do instrumento original que são compatíveis com a sua cultura, mas que requerem adaptações para o contexto cultural da nova versão. Desta forma, caso essa adaptação não seja possível ou torne o item incoerente, divergindo da cultura a qual o instrumento se destina, tal item poderá ser

modificado ou mesmo eliminado (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; OLIVEIRA *et al.*, 2018; NORA; ZOBOLI; VIEIRA, 2017).

- **Equivalência conceitual:** busca identificar se os domínios e/ou conceitos abordados no instrumento original seriam relevantes para o contexto cultural do país-alvo (OLIVEIRA *et al.*, 2018). Além disso, avalia se os termos e/ou expressões utilizados correspondem ao mesmo aspecto em diferentes culturas e se eles são adequados à linguagem utilizada no país onde o instrumento se destina (BEATON *et al.*, 2007; BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012; NORA; ZOBOLI; VIEIRA, 2017).

Para realizar a avaliação do instrumento *Cancer Behavior Inventory - Brief Version*, descreveremos abaixo os conceitos envolvidos no estudo.

A teoria da autoeficácia postula que quanto maior a confiança de um indivíduo na sua capacidade de executar determinada atividade, mais elevada será a probabilidade de que o objetivo desejado seja alcançado. Essa alta confiança, também chamada de autoeficácia percebida, se baseia em julgamentos, crenças e expectativas acerca da sua capacidade de exercer controle sobre seus comportamentos para gerenciar e/ou lidar com situações futuras (HEITZMANN *et al.*, 2011; MERLUZZI; SANCHEZ, 1997).

Na pessoa com câncer, o diagnóstico, tratamento e recuperação da doença são experiências que podem representar um grande desafio para as habilidades de enfrentamento, causando prejuízos na esfera psicossocial e na qualidade de vida. Desta forma, a utilização de um instrumento de medida breve, válido e confiável para avaliar a autoeficácia nesses pacientes poderia auxiliar na prestação de uma assistência segura e de qualidade, além de permitir o desenvolvimento de pesquisas e de fornecer importantes indicadores para o gerenciamento dos serviços de oncologia clínica no país (ALGAMDI; HANNEMAN, 2016; IYIGUN *et al.*, 2017; SERPENTINI *et al.*, 2019).

REFERÊNCIAS

- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciênc Saúde Colet**, v. 16, n. 7, p. 3061-8, 2011.
- ALGAMDI, M. A.; HANNEMAN, S. K. Development of an Arabic Translation of the Cancer Behavior Inventory-Brief. **J Nurs Meas**, v. 24, n. 3, p. 379-87, 2016.
- BEATON, D. et al. **Recomendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH & QuickDASH Outcom Measures**. Institute for Work & Health, 2007.
Disponível em:
http://www.dash.iwh.on.ca/sites/dash/files/downloads/cross_cultural_adaptation_2007.pdf. Acesso em: 11 jan. 2021.
- BORSA, J. C.; DAMÁSIO, B. F.; BANDEIRA, D. R. Cross-Cultural Adaptation and Validation of Psychological Instruments: Some Considerations. **Paidéia**, v. 22, n. 53, p. 423-32, 2012.
- HEITZMANN, C. A. et al. Assessing self-efficacy for coping with cancer: development and psychometric analysis of the brief version of the Cancer Behavior Inventory (CBI-B). **Psycho-Oncology**, v. 20, p. 302-12, 2011.
- IYIGUN, E. et al. Cross-Cultural Adaptation and Psychometric Evaluation of the Turkish Version of the Cancer Behavior Inventory-Brief Version. **J Pain Symptom Manag**, v. 54, n. 6, p. 929-35, 2017.
- MERLUZZI, T. V.; SANCHEZ, M. A. M. Assessment of Self-Efficacy and Coping With Cancer: Development and Validation of the Cancer BehaviorInventory. **Health Psychol**, v. 16, n. 2, p. 163-70, 1997.
- NORA, C. R. D.; ZOBOLI, E.; VIEIRA, M. M. Validation by exerts: importance in translation and adaptation of instruments. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 38, n. 3, p. e64851, 2017.
- OLIVEIRA, F. et al. Theoretial and methodological aspects for the cultural adaptation and validation of instruments in nursing. **Texto Contexto Enferm**, v. 27, n. 2, p. e4900016, 2018.
- SERPENTINI, S. et al. Self-efficacy for coping: utility of the Cancer behavior inventory (Italian) for use in palliative care. **BMC Palliat Care**, v. 18, n. 34, p. 1-9, 2019.

APÊNDICE C - INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DAS EQUIVALÊNCIAS

Avalie cada item do instrumento (versões brasileira e original) e responda às questões referentes às equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual, de acordo com a seguinte codificação:

Pouquíssima	Pouca	Média	Muita	Muitíssima
1	2	3	4	5
Equivalência semântica A versão T-12 apresenta ortografia correta? O vocabulário da versão traduzida apresenta significado similar à versão original do instrumento? A versão traduzida está gramaticalmente correta?				
Equivalência idiomática As expressões idiomáticas ou palavras de difícil tradução da escala original foram substituídas por palavras equivalentes na versão brasileira?				
Equivalência cultural A tradução deste item possui relação com o contexto cultural da população na qual será aplicada (pessoas em tratamento oncológico)?				
Equivalência conceitual A versão T-12 (brasileira) deste item apresenta palavras com significados conceituais equivalentes à versão original do instrumento?				

APÊNDICE C - INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DAS EQUIVALÊNCIAS (Continuação)

INVENTÁRIO DE COMPORTAMENTO PARA O CÂNCER - VERSÃO RESUMIDA

Esta pesquisa contém muitas coisas que uma pessoa pode fazer durante e após o tratamento do câncer. Estamos interessados em saber o quão confiante você está em passar por essas situações. Certifique-se de que suas avaliações reflitam sua confiança, mesmo que você não tenha passado por essas situações antes. Por isso, suas avaliações são sobre a sua confiança de que você pode passar por essas situações agora ou num futuro próximo.

Por favor, leia todos os itens. Em seguida, avalie cada item considerando o quão confiante você está em apresentar esse comportamento. Circule um dos números da escala. Se circular um "9", você indica que está totalmente confiante de que pode apresentar esse comportamento. Caso você circule o "1", você não tem certeza de que poderá apresentar esse comportamento. Os números do meio indicam que você está um tanto confiante de que pode apresentar esse comportamento. Certifique-se de que a avaliação irá refletir a sua confiança, mesmo que você não a tenha apresentado no passado.

Por favor, avalie todos os itens. Caso você não tenha certeza sobre um determinado item, avalie-o da melhor forma possível.

Todos os itens devem ser avaliados na seguinte escala:

Nem um pouco confiante			Moderadamente confiante			Totalmente confiante							
1	2	3	4	5	6	7	8	9					
1.	Mantenho independência				1	2	3	4	5	6	7	8	9
2.	Mantenho uma atitude positiva				1	2	3	4	5	6	7	8	9
3.	Mantenho senso de humor				1	2	3	4	5	6	7	8	9
4.	Expresso sentimentos negativos sobre o câncer				1	2	3	4	5	6	7	8	9
5.	Uso a negação				1	2	3	4	5	6	7	8	9
6.	Mantenho uma atividade de trabalho				1	2	3	4	5	6	7	8	9
7.	Permaneço relaxado durante todos os tratamentos e não permito que pensamentos assustadores me perturbem				1	2	3	4	5	6	7	8	9
8.	Participo ativamente nas decisões sobre o tratamento				1	2	3	4	5	6	7	8	9
9.	Faço perguntas aos médicos				1	2	3	4	5	6	7	8	9
10.	Busco conforto				1	2	3	4	5	6	7	8	9
11.	Compartilho sentimentos de preocupação				1	2	3	4	5	6	7	8	9
12.	Consigo lidar com as náuseas e os vômitos				1	2	3	4	5	6	7	8	9
13.	Eu me adapto as mudanças físicas				1	2	3	4	5	6	7	8	9
14.	Permaneço relaxado enquanto espero pelo menos 1 h pela minha consulta				1	2	3	4	5	6	7	8	9

APÊNDICE C - INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DAS EQUIVALÊNCIAS
(Continuação)

Pouquíssima	Pouca	Média	Muita	Muitíssima
1	2	3	4	5

Instruções para o preenchimento	
Versão T-12 - Português	Versão original - Inglês
Esta pesquisa contém muitas coisas que uma pessoa pode fazer durante e após o tratamento do câncer. Estamos interessados em saber o quão confiante você está em passar por essas situações. Certifique-se de que suas avaliações reflitam sua confiança, mesmo que você não tenha passado por essas situações antes. Por isso, suas avaliações são sobre a sua confiança de que você pode passar por essas situações agora ou num futuro próximo. Por favor, leia todos os itens. Em seguida, avalie cada item considerando o quão confiante você está em apresentar esse comportamento. Circule um dos números da escala. Se circular um "9", você indica que está totalmente confiante de que pode apresentar esse comportamento. Caso você circule o "1", você não tem certeza de que poderá apresentar esse comportamento. Os números do meio indicam que você está um tanto confiante de que pode apresentar esse comportamento. Certifique-se de que a avaliação irá refletir a sua confiança, mesmo que você não a tenha apresentado no passado. Por favor, avalie todos os itens. Caso você não tenha certeza sobre um determinado item, avalie-o da melhor forma possível. Todos os itens devem ser avaliados na seguinte escala.	This survey contains many things that a person might do during and after cancer treatment. We are interested in how confident you are that you can do those things. Be sure your ratings are about your confidence even if you have not done it in the past. So, your ratings are about your confidence that you can do these things now or in the near future. Please read each item. Then rate that item on how confident you are that you can do that behavior. Circle a number on the scale. If you circle a "9" you are totally confident that you can do that behavior. If you circle a "1" you are not at all confident that you can do that behavior. Numbers in the middle mean that you are somewhat confident that you can do that behavior. Be sure rating reflect your confidence even if you have not done it in the past. Please rate all items. If you are not sure about an item please rate it as best you can. All items are rated on the following scale
Semântica () Idiomática () Cultural () Conceitual () Sugestões:	

APÊNDICE C - INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DAS EQUIVALÊNCIAS
(Continuação)

Pouquíssima	Pouca	Média	Muita	Muitíssima
1	2	3	4	5

Versão		Fator 1 do instrumento	
T-12 - Português		Manter a Independência e Atitude Positiva	
Original - Inglês		Maintaining Independence and Positive Attitude	
Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Sugestões:			
Versão		Fator 2 do instrumento	
T-12 - Português		Participação nos Cuidados Médicos	
Original - Inglês		Participating in Medical Care	
Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Sugestões:			
Versão		Fator 3 do instrumento	
T-12 - Português		Enfrentamento e Controle do Estresse	
Original - Inglês		Coping and Stress Management	
Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Sugestões:			
Versão		Fator 4 do instrumento	
T-12 - Português		Controle do afeto	
Original - Inglês		Managing Affect	
Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Sugestões:			

APÊNDICE C - INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DAS EQUIVALÊNCIAS
(Continuação)

Pouquíssima	Pouca	Média	Muita	Muitíssima
1	2	3	4	5

Versão		Item 1 do instrumento	
T-12 - Português		Mantenho independência	
Original - Inglês		<i>Maintaining independence</i>	
Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Sugestões:			
Versão		Item 2 do instrumento	
T-12 - Português		Mantenho uma atitude positiva	
Original - Inglês		<i>Maintaining a positive attitude</i>	
Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Sugestões:			
Versão		Item 3 do instrumento	
T-12 - Português		Mantenho o senso de humor	
Original - Inglês		<i>Maintaining a sense of humor</i>	
Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Sugestões:			
Versão		Item 4 do instrumento	
T-12 - Português		Expresso sentimentos negativos sobre o câncer	
Original - Inglês		<i>Expressing negative feelings about cancer</i>	
Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Sugestões:			

APÊNDICE C - INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DAS EQUIVALÊNCIAS
(Continuação)

Pouquíssima	Pouca	Média	Muita	Muitíssima
1	2	3	4	5

Versão		Item 5 do instrumento	
T-12 - Português		Uso a negação	
Original - Inglês		Using denial	
Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Sugestões:			

Versão		Item 6 do instrumento	
T-12 - Português		Mantenho uma atividade de trabalho	
Original - Inglês		Maintaining work activity	
Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Sugestões:			

Versão		Item 7 do instrumento	
T-12 - Português		Permaneço relaxado durante todos os tratamentos e não permito que pensamentos assustadores me perturbem	
Original - Inglês		Remaining relaxed throughout treatments and not allowing scary thoughts to upset me	
Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Sugestões:			

APÊNDICE C - INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DAS EQUIVALÊNCIAS
(Continuação)

Pouquíssima	Pouca	Média	Muita	Muitíssima
1	2	3	4	5

Versão		Item 8 do instrumento	
T-12 - Português		Participo ativamente nas decisões sobre o tratamento	
Original - Inglês		Actively participating in treatment decisions	
Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Sugestões:			
Versão		Item 9 do instrumento	
T-12 - Português		Faço perguntas aos médicos	
Original - Inglês		Asking physicians questions	
Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Sugestões:			
Versão		Item 10 do instrumento	
T-12 - Português		Busco conforto	
Original - Inglês		Seeking consolation	
Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Sugestões:			
Versão		Item 11 do instrumento	
T-12 - Português		Compartilho sentimentos de preocupação	
Original - Inglês		Sharing feelings of concern	
Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Sugestões:			

APÊNDICE C - INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DAS EQUIVALÊNCIAS
(Continuação)

Pouquíssima	Pouca	Média	Muita	Muitíssima
1	2	3	4	5

Versão		Item 12 do instrumento	
T-12 - Português		Consigo lidar com as náuseas e os vômitos	
Original - Inglês		Managing nausea and vomiting	
Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Sugestões:			
Versão		Item 13 do instrumento	
T-12 - Português		Eu me adapto as mudanças físicas	
Original - Inglês		Coping with physical changes	
Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Sugestões:			
Versão		Item 14 do instrumento	
T-12 - Português		Permaneço relaxado enquanto espero pelo menos 1 h pela minha consulta	
Original - Inglês		Remaining relaxed while waiting at least 1h for my appointment	
Semântica ()	Idiomática ()	Cultural ()	Conceitual ()
Sugestões:			

APÊNDICE D - INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA VALIDADE DE CONTEÚDO DA VERSÃO BRASILEIRA DO CBI-B

Nesta etapa, julgue cada um dos itens do Inventário de Comportamento para o Câncer - Versão Resumida, de acordo com quatro critérios (PASQUALI, 2010):

- **Clareza de linguagem:** avalia a compreensão da linguagem utilizada nos itens, considerando as características da população-alvo do instrumento.
- **Pertinência prática:** analisa se o item permite a mensuração do conceito de interesse na população-alvo e se é importante para o instrumento.
- **Relevância teórica:** avalia o nível de relação apresentado entre o item e o construto teórico do instrumento.
- **Dimensão teórica:** investiga a adequação do item à teoria utilizada como base para a construção do instrumento

Pouquíssima	Pouca	Média	Muita	Muitíssima
1	2	3	4	5

Instruções para o preenchimento

Esta pesquisa contém muitas coisas que uma pessoa pode fazer durante e após o tratamento do câncer. Estamos interessados em saber o quão confiante você está em passar por essas situações. Certifique-se de que suas avaliações reflitam sua confiança, mesmo que você não tenha passado por essas situações antes. Por isso, suas avaliações são sobre a sua confiança de que você pode passar por essas situações agora ou num futuro próximo.

Por favor, leia todos os itens. Em seguida, avalie cada item considerando o quão confiante você está em apresentar esse comportamento. Circule um dos números da escala. Se circular um "9", você indica que está totalmente confiante de que pode apresentar esse comportamento. Caso você circule o "1", você não tem certeza de que poderá apresentar esse comportamento. Os números do meio indicam que você está um tanto confiante de que pode apresentar esse comportamento. Certifique-se de que a avaliação irá refletir a sua confiança, mesmo que você não a tenha apresentado no passado.

Por favor, avalie todos os itens. Caso você não tenha certeza sobre um determinado item, avalie-o da melhor forma possível.

Todos os itens devem ser avaliados na seguinte escala.

Clareza de linguagem () **Pertinência prática** ()

Relevância teórica () **Dimensão teórica** ()

Observações:

**APÊNDICE D - INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA VALIDADE DE
CONTEÚDO DA VERSÃO BRASILEIRA DO CBI-B (Continuação)**

Pouquíssima	Pouca	Média	Muita	Muitíssima
1	2	3	4	5

Fator 1: Manter a Independência e Atitude Positiva

1. Mantenho independência

Clareza de linguagem () Pertinência prática ()

Relevância teórica () Dimensão teórica ()

Observações:

2. Mantenho uma atitude positiva

Clareza de linguagem () Pertinência prática ()

Relevância teórica () Dimensão teórica ()

Observações:

3. Mantenho o senso de humor

Clareza de linguagem () Pertinência prática ()

Relevância teórica () Dimensão teórica ()

Observações:

**APÊNDICE D - INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA VALIDADE DE
CONTEÚDO DA VERSÃO BRASILEIRA DO CBI-B (Continuação)**

Pouquíssima	Pouca	Média	Muita	Muitíssima
1	2	3	4	5

Fator 2: Participação nos Cuidados Médicos

5. Uso a negação

Clareza de linguagem () Pertinência prática ()

Relevância teórica () Dimensão teórica ()

Observações:

8. Participo ativamente nas decisões sobre o tratamento

Clareza de linguagem () Pertinência prática ()

Relevância teórica () Dimensão teórica ()

Observações:

9. Faço perguntas aos médicos

Clareza de linguagem () Pertinência prática ()

Relevância teórica () Dimensão teórica ()

Observações:

14. Permaneço relaxado enquanto espero pelo menos 1 h pela minha consulta

Clareza de linguagem () Pertinência prática ()

Relevância teórica () Dimensão teórica ()

Observações:

**APÊNDICE D - INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA VALIDADE DE
CONTEÚDO DA VERSÃO BRASILEIRA DO CBI-B (Continuação)**

Pouquíssima	Pouca	Média	Muita	Muitíssima
1	2	3	4	5

Fator 3: Enfrentamento e Controle do Estresse

6. Mantenho a atividade de trabalho

Clareza de linguagem () Pertinência prática ()

Relevância teórica () Dimensão teórica ()

Observações:

7. Permaneço relaxado durante todos os tratamentos e não permito que pensamentos assustadores me perturbem

Clareza de linguagem () Pertinência prática ()

Relevância teórica () Dimensão teórica ()

Observações:

12. Consigo lidar com as náuseas e os vômitos

Clareza de linguagem () Pertinência prática ()

Relevância teórica () Dimensão teórica ()

Observações:

13. Eu me adapto as mudanças físicas

Clareza de linguagem () Pertinência prática ()

Relevância teórica () Dimensão teórica ()

Observações:

**APÊNDICE D - INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA VALIDADE DE
CONTEÚDO DA VERSÃO BRASILEIRA DO CBI-B (Continuação)**

Pouquíssima	Pouca	Média	Muita	Muitíssima
1	2	3	4	5

Fator 4: Controle do afeto

4. Expresso sentimentos negativos sobre o câncer

Clareza de linguagem () Pertinência prática ()

Relevância teórica () Dimensão teórica ()

Observações:

10. Busco conforto

Clareza de linguagem () Pertinência prática ()

Relevância teórica () Dimensão teórica ()

Observações:

11. Compartilho sentimentos de preocupação

Clareza de linguagem () Pertinência prática ()

Relevância teórica () Dimensão teórica ()

Observações:

**APÊNDICE D - INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA VALIDADE DE
CONTEÚDO DA VERSÃO BRASILEIRA DO CBI-B (Continuação)**

Pouquíssima	Pouca	Média	Muita	Muitíssima
1	2	3	4	5

Avaliação geral do instrumento	Adequação
Estrutura Sugestões:	
Layout Sugestões:	
Instruções para o preenchimento Sugestões:	
Tamanho da fonte Sugestões:	
Fonte utilizada Sugestões:	
Disposição das informações Sugestões:	
Formatação Sugestões:	
Espaçamento Sugestões:	
Gostaria de fazer outras sugestões ou comentários? ☐ Não ☐ Sim Se sim, quais:	

Muito obrigada pela sua colaboração!

APÊNDICE E - VERSÃO ADAPTADA DO “INVENTÁRIO DE COMPORTAMENTO PARA O CÂNCER - VERSÃO RESUMIDA (CBI-B/BR)”

Esta pesquisa contém algumas situações que uma pessoa pode vivenciar durante e após o tratamento do câncer. Por favor, leia todos os itens e em seguida, avalie cada um considerando o quão confiante você está em apresentar esse comportamento agora ou em um futuro próximo.

Se circular o "9", você indica que está totalmente confiante de que pode apresentar esse comportamento. Caso circule o "1", você não tem confiança de que poderá apresentar esse comportamento.

Em uma escala de 1 (nem um pouco) a 9 (totalmente), o quão confiante você está em...

1. Manter a independência (ser capaz de realizar ações e de tomar suas próprias decisões, sem ajuda ou influência de outras pessoas)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2. Manter uma atitude positiva	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3. Manter o bom humor	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4. Expressar sentimentos sobre o câncer	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5. Afastar pensamentos negativos	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6. Manter atividades da rotina (trabalho, estudos, casa, lazer e vida social)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7. Permanecer calmo(a) durante todos os tratamentos e não permitir que pensamentos negativos me aborreçam	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8. Participar nas decisões sobre o tratamento	1	2	3	4	5	6	7	8	9
9. Fazer perguntas aos profissionais de saúde sobre o tratamento	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10. Buscar apoio social (família, amigos, comunidade e profissionais)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
11. Compartilhar minhas preocupações com outras pessoas	1	2	3	4	5	6	7	8	9
12. Conseguir suportar as náuseas e os vômitos	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13. Conseguir me adaptar às mudanças físicas provocadas pelo tratamento	1	2	3	4	5	6	7	8	9
14. Permanecer calmo(a) enquanto espero pela minha consulta	1	2	3	4	5	6	7	8	9

APÊNDICE F - INSTRUMENTO SEMIESTRUTURADO**DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

1. **Nº do questionário:** _____
2. **Idade:** _____
3. **Sexo**
 - ☐ 1 Masculino
 - ☐ 2 Feminino
4. **Estado conjugal**
 - ☐ 1 Solteiro(a)
 - ☐ 2 Casado(a) ou união estável
 - ☐ 3 Divorciado(a)
 - ☐ 4 Viúvo(a)
5. **Escolaridade (anos):** _____
 - ☐ 1 Analfabeto
 - ☐ 2 Ensino fundamental incompleto
 - ☐ 3 Ensino fundamental completo
 - ☐ 4 Ensino médio
 - ☐ 5 Ensino superior
 - ☐ 6 Pós-Graduação
6. **Cidade de procedência:** _____

CONDIÇÃO CLÍNICA

7. **Fatores de risco modificáveis**
 - ☐ 1 Tabagismo
 - ☐ 2 Inatividade física
 - ☐ 3 Sobrepeso / obesidade
 - ☐ 4 Ingestão frequente de álcool
 - ☐ 5 Radiação solar
 - ☐ 6 Tabagismo passivo
 - ☐ 7 Uso de contraceptivo oral
8. **Tipo de câncer:** _____
9. **Tempo de diagnóstico:** _____
10. **Tratamento atual**
 - ☐ 1 Quimioterapia
 - ☐ 2 Radioterapia
 - ☐ 3 Hormonioterapia
 - ☐ 4 Cirurgia
 - ☐ 5 Combinação de tratamentos _____

APÊNDICE F - INSTRUMENTO SEMIESTRUTURADO (Continuação)**CONDIÇÃO CLÍNICA****11. Tratamento anterior**

- ☐ 1 Quimioterapia
- ☐ 2 Radioterapia
- ☐ 3 Hormonioterapia
- ☐ 4 Cirurgia
- ☐ 5 Combinação de tratamentos _____
- ☐ 6 Não realizou tratamento anterior

12. Dificuldades com o tratamento

- ☐ 1 Transporte
- ☐ 2 Financeira
- ☐ 3 Falta de acompanhante / apoio familiar
- ☐ 4 Efeitos colaterais
- ☐ 5 Alterações na imagem corporal
- ☐ 6 Alterações na rotina / atividades diárias
- ☐ 7 Alterações no relacionamento afetivo / conjugal
- ☐ 8 Itinerário terapêutico
- ☐ 9 Outro: _____

APÊNDICE G - VERSÃO FINAL DO “INVENTÁRIO DE COMPORTAMENTO PARA O CÂNCER - VERSÃO RESUMIDA (CBI-B/BR)”

Esta pesquisa contém algumas situações que uma pessoa pode vivenciar durante e após o tratamento do câncer. Por favor, leia todos os itens e em seguida, avalie cada um considerando o quão confiante você está em apresentar esse comportamento agora ou em um futuro próximo.

Se circular o "9", você indica que está totalmente confiante de que pode apresentar esse comportamento. Caso circule o "1", você não tem confiança de que poderá apresentar esse comportamento.

Em uma escala de 1 (nem um pouco) a 9 (totalmente), o quão confiante você está em...

1. Manter a independência (ser capaz de realizar ações e de tomar suas próprias decisões, sem ajuda ou influência de outras pessoas)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2. Manter uma atitude positiva	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3. Expressar sentimentos sobre o câncer	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4. Afastar pensamentos negativos	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5. Manter atividades da rotina (trabalho, estudos, casa, lazer e vida social)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6. Participar nas decisões sobre o tratamento	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7. Buscar apoio social (família, amigos, comunidade e profissionais)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8. Compartilhar minhas preocupações com outras pessoas	1	2	3	4	5	6	7	8	9
9. Conseguir suportar as náuseas e os vômitos	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10. Permanecer calmo(a) enquanto espero pela minha consulta	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Anexos

ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Adaptação transcultural e validação do Cancer Behavior Inventory - Brief Version para o Brasil

Pesquisador: Cláudia Jeane Lopes Pimenta

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 44161521.4.0000.5188

Instituição Proponente: Centro De Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.622.548

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa egresso do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem vinculado ao Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba - CCS/UFPB sob a orientação da Profa Dra Kátia Neyla de Freitas Macedo Costa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Realizar a adaptação transcultural e validação do Cancer Behavior Inventory – Brief Version para o Português do Brasil.

Objetivo Secundário:

Verificar as equivalências semânticas, idiopáticas, culturais e conceituais da versão adaptada do Cancer Behavior Inventory – Brief Version;

Avaliar as validades de conteúdo, critério e construto da versão adaptada do Cancer Behavior Inventory – Brief Version;

Analisar a confiabilidade do instrumento adaptado por meio da consistência interna em pacientes com câncer no Brasil.

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (Continuação)

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB



Continuação do Parecer: 4.622.548

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Esta pesquisa riscos mínimos de desconforto devido ao quantitativo de instrumentos a serem respondidos. Todavia, assegura-se que será garantido o sigilo das informações coletadas e a privacidade para responder os instrumentos. Além disso, a entrevista poderá ser cancelada ou adiada a qualquer momento a critério do participante.

Benefícios:

Como benefícios, acredita-se que este estudo poderá contribuir com um questionário que será adaptado à cultura brasileira e validado para ser utilizado em serviços de saúde, em estudos populacionais, em pesquisa clínicas e de avaliação dos serviços de assistência aos pacientes oncológicos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Este projeto tem por objetivo realizar a adaptação transcultural e validação do Cancer Behavior Inventory – Brief Version para o Português do Brasil. Trata-se de um estudo metodológico, com delineamento transversal. A adaptação transcultural do instrumento americano para a cultura brasileira seguirá as recomendações de Beaton e colaboradores, que contempla cinco etapas: Tradução; Síntese; Retrotradução ou Back-translation; Revisão pelo comitê de juízes; e Pré-teste. A validação da versão adaptada será realizada por meio de análises psicométricas que irão contemplar análises psicométricas dos dados mediante a utilização da Teoria Clássica dos Testes e da Teoria de Resposta ao Item, sendo o instrumento adaptado aplicado em uma amostra de 140 adultos e idosos que realizam tratamento oncológico em uma instituição de referência no estado da Paraíba. O projeto dessa pesquisa será enviado para aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (CEP/CCS/UFPB). Depois do projeto ser aprovado, o estudo será desenvolvido de acordo com o preconizado pela Resolução N°466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementariedades, que descreve os padrões éticos e morais de pesquisa envolvendo seres humanos, garantindo os direitos do participante e os deveres da pesquisa referentes à comunidade científica. A execução deste projeto também atenderá às normas da Lei N° 9.610/1998, que trata da legislação sobre os direitos autorais. A autorização formal para adaptação transcultural e validação do CBI-B foi solicitada por mensagem eletrônica ao Dr. Thomas V. Merluzzi.

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (Continuação)

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB



Continuação do Parecer: 4.622.548

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram anexados tempestivamente.

Recomendações:

Preencher a seção "Metodologia de Análise de Dados" na plataforma Brasil no arquivo intitulado "PB_Informações_básicas_do_projeto", já que a metodologia de análise dos dados está descrita adequadamente e com rigor metodológico e científico no projeto completo, o que viabilizou a emissão do presente parecer.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do cumprimento das formalidades éticas e legais da pesquisa com seres humanos, somos de parecer favorável para a execução dessa pesquisa, salvo melhor juízo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou a execução do referido projeto de pesquisa. Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à submissão do Relatório Final na Plataforma Brasil, via Notificação, para fins de apreciação e aprovação por este egrégio Comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1707475.pdf	05/03/2021 17:51:24		Aceito
Outros	Autorizacao_Autor_original_do_instrumento.pdf	05/03/2021 17:49:37	Cláudia Jeane Lopes Pimenta	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Doutorado.pdf	05/03/2021 17:48:11	Cláudia Jeane Lopes Pimenta	Aceito
Outros	Instrumentos_para_coleta_de_dados.docx	05/03/2021 17:47:31	Cláudia Jeane Lopes Pimenta	Aceito
Outros	Certidao_Homologacao_Colegiado_PP_GENF.pdf	05/03/2021 17:47:03	Cláudia Jeane Lopes Pimenta	Aceito

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (Continuação)

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB



Continuação do Parecer: 4.622.548

Outros	Anuencia.pdf	05/03/2021 17:46:26	Cláudia Jeane Lopes Pimenta	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Populacao.docx	05/03/2021 17:45:12	Cláudia Jeane Lopes Pimenta	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Comite_de_Juizes.docx	05/03/2021 17:45:01	Cláudia Jeane Lopes Pimenta	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_Responsabilidade_do_Pesquisador.pdf	05/03/2021 17:39:22	Cláudia Jeane Lopes Pimenta	Aceito
Orçamento	Orcamento.doc	05/03/2021 17:39:06	Cláudia Jeane Lopes Pimenta	Aceito
Cronograma	Cronograma.doc	05/03/2021 17:38:56	Cláudia Jeane Lopes Pimenta	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	05/03/2021 17:37:48	Cláudia Jeane Lopes Pimenta	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 30 de Março de 2021

Assinado por:
Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador(a))

Endereço: UNIVERSITARIO S/N
Bairro: CASTELO BRANCO **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** comitedeetica@ccs.ufpb.br

ANEXO B - AUTORIZAÇÃO FORMAL PARA ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DO CBI-B

Re: Interest in adapt and validate the Cancer Behavior Inventory into Brazilian Portuguese

Thomas Merluzzi <Thomas.V.Merluzzi.1@nd.edu>

Ter, 30/06/2020 15:43

Para: Cláudia Jeane... <claudinhajeane8@hotmail.com>

Thank you, Claudia. When you complete your project, please send me the Portuguese (Brazilian) version. Warm regards, Tom

On Tue, Jun 30, 2020 at 2:28 PM Cláudia Jeane... <claudinhajeane8@hotmail.com> wrote:

Dear Professor Thomas Merluzzi,

I am contacting you again to confirm the translation and validation of the Cancer Behavior Inventory - Brief Version (CBI-B) for Brazil.

I started the process of preparing the thesis project, which will be sent for approval by the Research Ethics Committee of the Federal University of Paraíba (Brazil).

I will give the proper credits for the development of the CBI-B in the thesis and the articles that will be published, by cite the 2011 study.

Cordially, Cláudia

On Sun, May 5, 2019 at 3:42 PM Thomas Merluzzi <Thomas.V.Merluzzi.1@nd.edu> wrote:

Dear Cláudia J. L. Pimenta, Thank you for your interest in the CBI V3.0. It is not copyrighted and, therefore, you are free to translate and validate the measure. I do not monitor or control translations because I do not have the staff to oversee that process. The only thing I ask is that you cite the 2018 study in your work to give proper credit for the development of the CBI V3.0. Also, because I do not oversee translations, I do not have information other than what is published in journals on studies that have translated the CBI and CBI-B. Best wishes for successful work on your project. If you need my help, please do not hesitate to ask.

Cordially, Tom

On Sat, May 4, 2019 at 2:47 PM Cláudia Jeane... <claudinhajeane8@hotmail.com> wrote:

Dear Professor Thomas V Merluzzi,

My name is Cláudia J. L. Pimenta, I am a PhD student in Nursing at the Federal University of Paraíba (Brazil) and the object of research of my doctoral thesis will be the adaptation and validation of an instrument to the Portuguese of Brazil. After much research seeking instruments that were related with my research field, which is "Health of Adult and Elderly People with Chronic Diseases, Disabilities and Deficiencies", I found your article published in 1997 where you present the Cancer Behavior Inventory.

I appreciated and found your instrument very valuable, especially the version 3.0 published in 2018, because of its comprehensiveness to assess the complexity that surrounds people affected by cancer. From a more in-depth investigation into the instrument, I noticed that its short version has been validated in Arabia and Turkey. So I would like to know if the version

ANEXO B - AUTORIZAÇÃO FORMAL PARA ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DO CBI-B (Continuação)

3.0 of the instrument is being validated for use in other countries and if there are any studies that have used this new version of the scale. In addition, I would also like information on countries where the short version has been validated, in case it is currently in the process of adaption to places other than Arabia and Turkey.

Professor Merluzzi, I would like to express to you my interest in carrying out the cross-cultural adaptation of the version 3.0 of the instrument as my PhD project, due to the relevance of this instrument and the contributions that it can bring to nursing care for people with cancer in Brazil. In view of the above, I would like to request your permission to adapt and validate the Cancer Behavior Inventory into Brazilian Portuguese.

Kind regards,
Cláudia J. L. Pimenta

--

Thomas V. Merluzzi
Department of Psychology
390 Corbett Hall (mail address)
454 Corbett Hall (office)
University of Notre Dame, Notre Dame IN 46556
Phone: 574-631-5623 FAX: 574-631-8883
Email: tmerluzz@nd.edu
[Laboratory for Psycho-oncology Research Website](#)

--

Thomas V. Merluzzi
Director, Clinical Science Graduate Program
Department of Psychology
390 Corbett Hall (mail address)
454 Corbett Hall (office)
University of Notre Dame, Notre Dame IN 46556
Phone: 574-631-5623 FAX: 574-631-8883
Email: tmerluzz@nd.edu
[Laboratory for Psycho-oncology Research Website](#)

ANEXO C - VERSÃO ORIGINAL DO CANCER BEHAVIOR INVENTORY - BRIEF VERSION

This survey contains many things that a person might do during and after cancer treatment. We are interested in how confident you are that you can do those things. Be sure your ratings are about your confidence even if you have not done it in the past. So, your ratings are about your confidence that you can do these things now or in the near future.

Please read each item. Then rate that item on how confident you are that you can do that behavior. Circle a number on the scale. If you circle a “9” you are totally confident that you can do that behavior. If you circle a “1” you are not at all confident that you can do that behavior. Numbers in the middle mean that you are somewhat confident that you can do that behavior. Be sure rating reflect your confidence even if you have not done it in the past.

Please rate all items. If you are not sure about an item please rate it as best you can.

All items are rated on the following scale:

Not at all confident			Moderately confident			Totally confident		
1	2	3	4	5	6	7	8	9

1. Maintaining independence	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2. Maintaining a positive attitude	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3. Maintaining a sense of humor	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4. Expressing negative feelings about cancer	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5. Using denial	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6. Maintaining work activity	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7. Remaining relaxed throughout treatments and not allowing scary thoughts to upset me	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8. Actively participating in treatment decisions	1	2	3	4	5	6	7	8	9
9. Asking physicians questions	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10. Seeking consolation	1	2	3	4	5	6	7	8	9
11. Sharing feelings of concern	1	2	3	4	5	6	7	8	9
12. Managing nausea and vomiting	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13. Coping with physical changes	1	2	3	4	5	6	7	8	9
14. Remaining relaxed while waiting at least 1h for my appointment	1	2	3	4	5	6	7	8	9

ANEXO D - CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO NO COMITÊ DE JUÍZES

←

Convite - Participação como membro do Comitê de Juízes em estudo de adaptação transcultural e validação de instrumento de medidas



Cláudia Pimenta

Sex, 11/06/2021 18:40

Para: [REDACTED]

↶ ↷ → ...



Instrumento_Comitê de J...

803 KB

▼



TCLE_Comitê de Juízes.d...

175 KB

▼

2 anexos (978 KB) Baixar tudo Salvar tudo no OneDrive

Prezada Dra [REDACTED]

Gostaria de convidá-la para participar do estudo "Adaptação transcultural e validação do *Cancer Behavior Inventory - Brief Version* para o Brasil", vinculado o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba.

O processo de adaptação transcultural do instrumento seguirá o modelo sugerido por Beaton *et al.* (2007), que contempla seis etapas inter-relacionadas: 1) Tradução; 2) Síntese; 3) Retrotradução ou *Back-translation*; 4) Revisão pelo comitê de juízes; e 5) Pré-teste. Neste sentido, a sua participação corresponderá à quarta etapa desse processo, por meio de questões sobre as equivalências da versão original com o contexto cultural do Brasil.

A sua escolha para compor o Comitê de Juízes ocorreu com base na sua experiência com o processo de adaptação transcultural e validação de instrumentos de medidas e/ou na assistência ao paciente oncológico. Desta forma, acredito que a sua contribuição será de extrema relevância para a revisão do instrumento e a estruturação de uma versão que se adeque ao contexto cultural brasileiro.

Caso aceite participar da pesquisa, o prazo para devolutiva deste material respondido é até o dia 25 de junho de 2021.

Desde já agradeço a sua colaboração.

Atenciosamente,

Cláudia Jeane Lopes Pimenta
 Bacharel em Enfermagem (UFCG)
 Especialista em Enfermagem em UTI (Faculdade FAVENI)
 Especialista em Enfermagem do Trabalho (Especializa Cursos e Concursos)
 Mestre em Enfermagem (PPGENF/UFPB)
 Doutoranda em Enfermagem (PPGENF/UFPB)
<http://lattes.cnpq.br/7987021194085528>
 Contato: [REDACTED]

ANEXO E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS JUÍZES

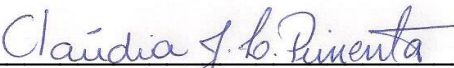
Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre “Adaptação transcultural e validação do *Cancer Behavior Inventory - Brief Version*” e está sendo desenvolvida por Cláudia Jeane Lopes Pimenta, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Kátia Neyla de Freitas Macedo Costa.

O objetivo do estudo é realizar a adaptação transcultural e validação do *Cancer Behavior Inventory - Brief Version* para o Português do Brasil. A finalidade deste trabalho é contribuir com um questionário que será adaptado à cultura brasileira e validado para ser utilizado em serviços de saúde, estudos populacionais e pesquisa clínicas e de avaliação dos serviços de assistência aos pacientes oncológicos.

Solicitamos a sua colaboração para participar como juiz do processo de validação de conteúdo do *Cancer Behavior Inventory - Brief Version*, como também sua autorização para apresentar os resultados em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Informamos que essa pesquisa apresentará risco mínimos de desconforto devido a análise que irá realizar de cada item, no entanto sua resposta irá colaborar para validação de um instrumento que proporcionará ajuda à população.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do estudo, não haverá modificação na sua rotina de trabalho na instituição. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.


Cláudia Jeane Lopes Pimenta

Considerando, que fui informado (a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

Assinatura do participante

João Pessoa, ____ / ____ / ____

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, entrar em contato com a pesquisadora responsável Cláudia Jeane Lopes Pimenta ☎ (83) 9310-6522 ou para o Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba - Campus I, 1º andar, Cidade Universitária, Bairro: Castelo Branco - João Pessoa - PB. CEP: 58059-900. Campus I - ☎ (83) 3216-7791 - E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com. (83) 3216-7791.

ANEXO F - MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

Anos de estudo: _____

C1) Orientação temporal - Anotar se acertou (1 ponto), errou (zero), ou não sabe (zero).

Ano	() Acertou	() Errou	() Não sabe
Semestre	() Acertou	() Errou	() Não sabe
Mês	() Acertou	() Errou	() Não sabe
Dia	() Acertou	() Errou	() Não sabe
Dia da semana	() Acertou	() Errou	() Não sabe

C2) Orientação espacial - Anotar se acertou (1 ponto), errou (zero), ou não sabe (zero)

Nome da rua	() Acertou	() Errou	() Não sabe
Número da casa	() Acertou	() Errou	() Não sabe
Bairro	() Acertou	() Errou	() Não sabe
Cidade	() Acertou	() Errou	() Não sabe
Estado	() Acertou	() Errou	() Não sabe

C3) Registro - Nomeie três objetos: árvore, mesa e cachorro (um segundo para cada nome)

Posteriormente pergunte os três nomes, em até 3 tentativas.

Anote um ponto para cada objeto lembrado e zero para os que não foram.

Lembrou = 1 / Não lembrou = 0

Guarde-os que mais tarde voltarei a perguntar. O(a) Sr.(a) tem alguma dúvida?

Árvore	() Conseguiu	() Não conseguiu
Mesa	() Conseguiu	() Não conseguiu
Cachorro	() Conseguiu	() Não conseguiu

Número de repetições _____

C4) Atenção e cálculo - Anotar se acertou (1 ponto), errou (zero) ou não sabe (zero).

Vou dizer alguns números e gostaria que realizasse os seguintes cálculos

100 - 7 = 93	() Acertou	() Errou	() Não sabe
93 - 7 = 86	() Acertou	() Errou	() Não sabe
86 - 7 = 79	() Acertou	() Errou	() Não sabe
79 - 7 = 72	() Acertou	() Errou	() Não sabe
72 - 7 = 65	() Acertou	() Errou	() Não sabe

Se não for capaz de realizar cálculo, aplique esta opção - Soletre a palavra "MUNDO" de trás para frente (não conte como pontuação) - ODNUM

() Acertou	() Errou	() Não sabe
-------------	-----------	--------------

C5) Memória de evocação das palavras - Marcar 1 ponto para cada cálculo ou letra correta, em qualquer ordem.

Há alguns minutos, li uma 3 palavras e o(a) Sr(a)as repetiu. Diga-me agora de quais lembra

Árvore	() Conseguiu	() Não conseguiu
Mesa	() Conseguiu	() Não conseguiu
Cachorro	() Conseguiu	() Não conseguiu

ANEXO F - MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (Continuação)

C6) Linguagem - Anotar se acertou (1 ponto), errou (zero), ou não sabe (zero).

Aponte a caneta e o relógio e peça para nomeá-los... (permita 10 segundos para cada objeto)

Caneta	() Acertou	() Errou	() Não sabe
Relógio	() Acertou	() Errou	() Não sabe

C7) Repita a frase que vou lhe dizer - (Pronuncie em voz alta, bem articulada e lentamente). A resposta correta vale 1 ponto.

Nem aqui, nem ali, nem lá

Conseguiu ()

Não conseguiu ()

C8) Dê ao(a) idoso(a) uma folha de papel, na qual esteja escrito em letras grandes: FECHÉ OS OLHOS, diga-lhe:

Leia este papel e faça o que está escrito (permita 10 segundos).

Fechou os olhos () (1 ponto)

Não fechou os olhos () (zero)

C9) Diga ao(a) idoso(a):

Vou lhe dar um papel, e quando eu o entregar, pegue-o com a mão direita, dobre-o na metade com as duas mãos e coloque no chão. Anotar se acertou (1 ponto), errou (zero), ou não sabe (zero) em cada item.

Pegue o papel com a mão () Acertou () Errou () Não sabe
direita

Dobre esse papel ao meio () Acertou () Errou () Não sabe

Ponha-o no chão () Acertou () Errou () Não sabe

C10) Diga ao(a) idoso(a):

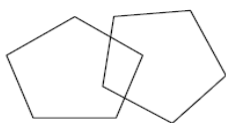
O (a) Sr (a) poderia escrever uma frase completa de sua escolha (*com começo, meio e fim*)?

Contar 1 ponto se a frase tem sujeito, verbo e predicado, sem levar em conta erros de ortografia e sintaxe, se ele(a) não fizer corretamente, pergunte-lhe: "Isto é uma frase?" e permita-lhe de corrigir se tiver consciência de seu erro (máx. 30 segundos).

C11) Diga ao(a) idoso(a):

Por favor, copie este desenho:

Mostre o modelo e peça para fazer o melhor possível. Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados (10 ângulos) formando uma figura de quatro lados ou dois ângulos (1 ponto)



Pontuação Final: _____

ANEXO G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A POPULAÇÃO

Prezado (a) Senhor (a),

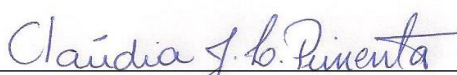
Esta pesquisa é sobre a “Adaptação transcultural e validação do *Cancer Behavior Inventory - Brief Version* (CBI-B)” e está sendo desenvolvida por Cláudia Jeane Lopes Pimenta, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Kátia Neyla de Freitas Macedo Costa.

Os objetivos do estudo são: Verificar as equivalências semânticas, idiopáticas, culturais e conceituais da versão adaptada do CBI-B; Avaliar a validade de construto da versão adaptada do CBI-B; Avaliar a validade de critério da versão adaptada do CBI-B; Mensurar a validade convergente e divergente da versão adaptada do CBI-B utilizando, respectivamente, pelo *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire - Core 30* e pela Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão e; Analisar a confiabilidade do instrumento adaptado por meio da consistência interna em pacientes com câncer no Brasil.

A finalidade deste trabalho é contribuir com um questionário que será adaptado à cultura brasileira e validado para ser utilizado em serviços de saúde, em estudos populacionais, em pesquisa clínicas e de avaliação dos serviços de assistência aos pacientes oncológicos.

Solicitamos a sua colaboração para a participação deste estudo, assim como sua autorização para apresentar os resultados em eventos da área de saúde e para publicá-los em revistas científicas nacionais e/ou internacionais. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Informamos que essa pesquisa apresentará riscos mínimos de desconforto devido ao quantitativo de instrumentos a serem respondidos, no entanto, sua resposta irá colaborar com a finalidade deste estudo.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição. Os pesquisadores estarão à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.



Cláudia Jeane Lopes Pimenta
Pesquisadora responsável

Considerando que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

João Pessoa, ____ de ____ de ____

Assinatura do participante

Assinatura da Testemunha



Espaço para
impressão
dactiloscópica

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora Cláudia Jeane Lopes Pimenta, ☎ (83) 9 9660-6522 ou entrar em contato pelo E-mail claudinhajeane8@hotmail.com.

Ou

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, Campus I - Jardim Cidade Universitária, 1º andar, CEP 58051-900, João Pessoa/PB. ☎ (83) 3216-7791 - E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com.

ANEXO H - EUROPEAN ORGANIZATION FOR RESEARCH AND TREATMENT OF CANCER QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE CORE 30

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.

Por favor, preencha suas iniciais: _____

Sua data de nascimento (dia, mês, ano): ____ / ____ / ____

Data de hoje (dia, mês, ano): ____ / ____ / ____

As respostas para as questões correspondem à seguinte escala:

Não	Pouco	Moderadamente	Muito	
1	2	3	4	
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 qualquer dificuldade quando faz uma <u>longa</u> caminhada?	1	2	3	4
3. Você tem qualquer 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:				
6. Foi difícil trabalhar ou realizar suas atividades diárias?	1	2	3	4
7. Foi difícil praticar seu hobby ou participar de atividade de lazer?	1	2	3	4
8. Você teve falta de ar?	1	2	3	4
9. Você tem tido dor?	1	2	3	4
10. Você precisou repousar?	1	2	3	4
11. Você tem tido 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
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 tem tido dificuldade para se concentrar em coisas, como ler jornal ou ver televisão?	1	2	3	4

**ANEXO H - EUROPEAN ORGANIZATION FOR RESEARCH AND TREATMENT
OF CANCER QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE CORE 30 (Continuação)**

Durante a última semana:				
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 de 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 tem interferido 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 geral, durante a última semana?

1	2	3	4	5	6	7
Péssima						Ótima

**ANEXO I - PERMISSÃO PARA UTILIZAÇÃO DO EUROPEAN ORGANIZATION
FOR RESEARCH AND TREATMENT OF CANCER QUALITY OF LIFE
QUESTIONNAIRE CORE 30**

Your request for an EORTC-questionnaire Request ID : 69152

no-reply@eortc.be <no-reply@eortc.be>

Qua, 15/07/2020 08:17

Para: claudinhajeane8@hotmail.com <claudinhajeane8@hotmail.com>

Dear Claudia Pimenta,

Thank you for registering on the EORTC Quality of Life Group website.

Your registration to obtain permission to use our tools has been approved. During the registration process you agreed to our terms and conditions regarding the academic use of our questionnaires. You can review the terms and conditions [here](#).

Please find below the links to the requested tools:

[QL Q-C30 Core Questionnaire - Portuguese \(Brazil\)](#)

[QL Q-C30 Core Questionnaire - Portuguese \(Portugal\)](#)

Scoring Manuals:

[C30 Scoring Manual](#)

[C30 Scoring Manual](#)

EORTC

<http://www.eortc.org>

<http://qol.eortc.org>

NOTE:

This email was automatically generated. Since this email is an automatic notification, we are unable to receive replies. Please do not respond to this email address.

 http://www.eortc.be/signatures/signature_stats_525x166_2018.jpg

[Disclaimer](#) | [Twitter](#) [Facebook](#) [LinkedIn](#)

ANEXO J - MENSURAÇÃO DO ESCORE DA EORTC QLQ-C30

Scoring the EORTC QLQ-C30 version 3.0

Table 1: Scoring the QLQ-C30 version 3.0

	Scale	Number of items	Item range*	Version 3.0 Item numbers	Function scales
Global health status / QoL					
Global health status/QoL (revised) [†]	QL2	2	6	29, 30	
Functional scales					
Physical functioning (revised) [†]	PF2	5	3	1 to 5	F
Role functioning (revised) [†]	RF2	2	3	6, 7	F
Emotional functioning	EF	4	3	21 to 24	F
Cognitive functioning	CF	2	3	20, 25	F
Social functioning	SF	2	3	26, 27	F
Symptom scales / items					
Fatigue	FA	3	3	10, 12, 18	
Nausea and vomiting	NV	2	3	14, 15	
Pain	PA	2	3	9, 19	
Dyspnoea	DY	1	3	8	
Insomnia	SL	1	3	11	
Appetite loss	AP	1	3	13	
Constipation	CO	1	3	16	
Diarrhoea	DI	1	3	17	
Financial difficulties	FI	1	3	28	

* *Item range* is the difference between the possible maximum and the minimum response to individual items; most items take values from 1 to 4, giving *range* = 3.

[†] (revised) scales are those that have been changed since version 1.0, and their short names are indicated in this manual by a suffix “2” – for example, PF2.

For all scales, the *RawScore*, *RS*, is the mean of the component items:

$$RawScore = RS = (I_1 + I_2 + \dots + I_n) / n$$

Then for **Functional scales**:

$$Score = \left\{ 1 - \frac{(RS - 1)}{range} \right\} \times 100$$

and for **Symptom scales / items** and **Global health status / QoL**:

$$Score = \{(RS - 1) / range\} \times 100$$

Examples:

Emotional functioning	$RawScore = (Q_{21} + Q_{22} + Q_{23} + Q_{24}) / 4$ $EF\ Score = \{1 - (RawScore - 1) / 3\} \times 100$
Fatigue	$RawScore = (Q_{10} + Q_{12} + Q_{18}) / 3$ $FA\ Score = \{(RawScore - 1) / 3\} \times 100$

ANEXO K - ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

Leia cada item e assinale a alternativa que mais se aproxima de como você tem se sentido na última semana. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Escolha apenas uma alternativa para cada pergunta.

1. Eu me sinto tenso(a) ou contraído(a)

3	2	1	0
A maior parte do tempo	Boa parte do tempo	De vez em quando	Nunca

2. Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes

0	1	2	3
Sim, do mesmo jeito de antes	Não tanto quanto antes	Só um pouco	Já não sinto mais prazer em nada

3. Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer

3	2	1	0
Sim, e de um jeito muito forte	Sim, mas não tão forte	Um pouco, mas isso não me preocupa	Não sinto nada disso

4. Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas

0	1	2	3
Do mesmo jeito de antes	Atualmente um pouco menos	Atualmente bem menos	Não consigo mais

5. Estou com a cabeça cheia de preocupações

3	2	1	0
A maior parte do tempo	Boa parte do tempo	De vez em quando	Raramente

6. Eu me sinto alegre

0	1	2	3
A maior parte do tempo	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca

7. Consigo ficar sentado(a) à vontade e me sentir relaxado(a)

0	1	2	3
Sim, quase sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca

8. Eu estou lento(a) para pensar e fazer as coisas

3	2	1	0
Quase sempre	Muitas vezes	De vez em quando	Nunca

ANEXO K - ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

(Continuação)

- 9. Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago**

0	1	2	3
Nunca	De vez em quando	Muitas vezes	Quase sempre

- 10. Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência**

3	2	1	0
Completamente	Não estou mais me cuidando como deveria	Talvez não tanto quanto antes	Me cuido do mesmo jeito

- 11. Eu me sinto inquieto(a), como se não pudesse ficar parado(a) em lugar nenhum**

3	2	1	0
Sim, demais	Bastante	Um pouco	Não me sinto assim

- 12. Fico esperando animado(a) as coisas boas que estão por vir**

0	1	2	3
Do mesmo jeito de antes	Um pouco menos do que antes	Bem menos do que antes	Quase nunca

- 13. De repente, tenho a sensação de entrar em pânico**

3	2	1	0
A quase todo momento	Várias vezes	De vez em quando	Não sinto

- 14. Consigo sentir prazer quanto assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa**

0	1	2	3
Quase sempre	Várias vezes	Poucas vezes	Quase nunca