

## CONTRIBUIÇÃO PARA UMA VALIDAÇÃO CONSERVADORA DA ESCALA REDUZIDA DE AJUSTAMENTO MENTAL AO CANCRO (Mini-MAC)

José L. Pais-Ribeiro\*, Diana Ramos, & Susana Samico

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto

---

**RESUMO:** O presente estudo visa estudar uma versão Portuguesa da Mini Mental Adjustment to Cancer Scale (Mini-MAC) tentando manter a estrutura original da escala. Participaram 60 doentes com diagnóstico de cancro, 30 com cancro da mama (idade  $M=51,1$  anos) e 30 com cancro cólo-rectal, 53,3% homens (idade  $M=53,33$  anos). Discute-se o conceito de Coping e Ajustamento Mental subjacente à escala e estudou-se a sua relação com uma medida de resultado, a medida de qualidade de vida (QDV) específica para o cancro a Functional Assessment Cancer Therapy C e B. Os resultados apontam para a aglutinação de algumas das dimensões da Mini-MAC nomeadamente a “preocupação ansiosa” e o “desânimo-fraqueza”, padrão que é idêntico ao encontrado noutros estudos e noutros idiomas. A relação entre os resultados da Mini-MAC e de QDV são fortes embora o seu padrão varie consoante o tipo de cancro. A forte associação das dimensões da Mini-MAC “Desânimo-Fraqueza” e “Preocupação Ansiosa” com, nomeadamente, a dimensão emocional da escala de QDV não é susceptível de esclarecer se estamos em presença de uma medida de coping ou de ajustamento. Os resultados encontrados permitem concluir que a escala em estudo apresenta um padrão idêntico ao de outros estudos, chamando-se a atenção para a fragilidade da dimensão “Fatalismo” que necessita de continuar a ser aperfeiçoada.

*Palavras chave:* Ajustamento, Cancro, Coping.

---

### CONTRIBUTION TO A CONSERVATIVE VALIDATION OF A PORTUGUESE VERSION OF THE MINI MENTAL ADJUSTMENT TO CANCER SCALE (Mini-MAC)

**ABSTRACT:** The aims of the present study is to develop a Portuguese version of the Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale (Mini-MAC) in a conservative way (maintaining the original dimensions and items). Participants include 60 cancer patients, 30 breast cancer (age 30  $M=51,1$  years) and 30 Colorectal cancer, 53,3% homens (age  $M=53,33$  years). We discuss the concept of Coping and Mental Adjustment involved in the Mini-MAC scale and we study its relation with an outcome measure, the quality of life (DDV), using the Functional Assessment Cancer Therapy C and B. Results show the fusion of some dimensions of the Mini-MAC, namely Anxious Preoccupation and Helpless/Hopeless, a pattern similar to other researches in different languages. The relationship between dimensions of Mini-MAC and QDV are strong but varying in function of the cancer. The strong relationship between the dimensions Anxious Preoccupation and Helpless/Hopeless and the emotional dimension of the QDV scale, do not clarify the question if Mini-MAC scale is a measure of coping or a measure of adjustment. The Portuguese version of Mini-

---

\* Contactar para E-mail: jlpr@psi.up.pt

MAC shows a similar pattern with the original version and with other versions. The metric properties of “Fatalism” dimension is a problematic, similarly with other studies.

*Key words:* Adjustment, Cancer, Coping.

---

A Escala de Ajustamento Mental ao Cancro (*Mental Adjustment to Cancer Scale* – MAC), foi desenvolvida por Watson et al. (1988), para avaliar o ajustamento mental dos doentes com cancro, a esta doença. Esta escala incluía 40 itens que se distribuíam por cinco dimensões. O estudo da adaptação portuguesa nunca encontrou uma dimensionalidade semelhante à original (Baltar, Pais-Ribeiro, Torres, Lopes, & Lourenço, 2001; Pais-Ribeiro & Sá, 2001; Santos, Pais Ribeiro, & Lopes, 2003). Dimensionalidades diferentes encontraram também outros estudos de adaptação, quer para Inglês que não o do Reino Unido (Osborn, Elsworth, Kissane, Burke, & Hopper, 1999; Schnoll, Harlow, Brandt, & Stolbach, 1998; Schwartz, Daltroy, Brandt, Friedman, & Stolbach, 1992), quer para línguas diferentes do inglês (Cayrou, Dickes, Gauvain-Piquard, & Roge, 2003; Nordin, Berglund, Terge, & Grimelius, 1999). os próprios autores reconheciam “the limitations of this scale” (Watson et al., 1994, p.34) o que os levou a desenvolver uma nova escala que incluiu um grande número de novos itens, a Mini-MAC.

## OS CONCEITOS

*Coping* e Ajustamento Mental são dois dos conceitos mais utilizados em investigação psicossocial, embora a relação entre eles não esteja bem definida (Nordin et al., 1999). Segundo Greer, Moorey, e Watson (1989) ajustamento mental ao cancro “pode ser definido como respostas cognitivas e comportamentais dadas por um indivíduo ao diagnóstico de cancro” (p. 373). Estes autores explicam que “o ajustamento mental compreende avaliação, i.é, como os doentes percebem as implicações do cancro, e as reacções consequentes, i.é, o que os doentes pensam e fazem para reduzir a ameaça colocada pela doença” (p. 373). Folkman e Lazarus (1988) definem *coping* como “esforços cognitivos e comportamentais para gerir exigências específicas, internas e/ou externas, que são avaliadas como excedendo ou que estão nos limites dos recursos do indivíduo” (p. 2).

Segundo Nordin et al. (1999), estas definições diferem pelo menos num aspecto importante: Enquanto o *coping* é um esforço cognitivo e comportamental intencional, o ajustamento mental pode envolver também reacções emocionais involuntárias a acontecimentos ameaçadores. Por outro lado enquanto na definição clássica de *coping* de Lazarus a avaliação do acontecimento ameaçador antecede os esforços de *coping*, na de ajustamento mental ela está aglutinada no ajustamento, assim como as reacções emocionais consequentes.

No entanto, Watson et al. (1994) utilizam os termos *coping* e ajustamento mental como sinónimos.

Como explicam Schnoll et al. (1998), o diagnóstico e tratamento do cancro é um acontecimento ameaçador ou um estímulo que desencadeia um processo de avaliação e uma resposta de *coping*, os quais, por sua vez, determinam o resultado emocional da experiência. A avaliação determina o grau em que o estímulo representa uma ameaça, uma perda ou um desafio, enquanto as respostas de *coping* que sucedem em função daquela avaliação, representam esforços cognitivos e comportamentais que visam gerir os impactos criados resultantes daquelas exigências internas e externas. “*Coping* é somente uma ponte na adaptação ao acontecimento stressante, i.é, a avaliação individual do acontecimento é um factor importante” (Nordin & Grimelius, 1998, p. 421). Ou seja, a fusão que Greer e Watson (1987) fazem da avaliação da situação e resposta de *coping* num único conceito que denominaram de ajustamento mental, está em contradição com a concepção aceite de *coping*.

As estratégias de *coping* podem conduzir a um melhor ou pior ajustamento mental. “As respostas de *coping* utilizadas pelos doentes mostraram estar significativamente associadas com o ajustamento psicológico” explicam Schnoll et al. (1998, p. 70). Ou seja, parece haver confusão entre os esforços visando o ajustamento, que é o *coping*, e o ajustamento propriamente dito que resulta de esforços bem sucedidos de *coping*.

Nordin e Glimelius (1998) explicam que as medidas provenientes da MAC tendem a ser estáveis o que poderia dever-se ao facto de a escala MAC ser uma medida de *coping*-traço em vez de *coping*-estado inerente ao modelo de *coping* definido por Lazarus e Folkman (1984) onde este é um processo em mudança constante, ou seja é orientado para o processo em vez de centrado no traço (Lazarus, 1993). Os autores da MAC original, discutindo se a escala avalia o *coping* como traço ou como estado referem explicitamente que a MAC avalia *coping* estado (Watson, Greer, & Bliss, 1989)

As escalas de *coping* descrevem acções (o que se faz ou que se pensa com vista a um melhor ajustamento à presente situação) enquanto a MAC descreve tanto acções como resultados das acções que foram desenvolvidas. Por esta razão a MAC dificilmente distingue algumas das suas dimensões que é suposto serem medidas de *coping*, e que levariam a um melhor ajustamento, com medidas de ansiedade e depressão que resultam da utilização de estratégias de *coping*. De facto verificam-se elevadas correlações entre dimensões da MAC e a ansiedade e depressão (Nordin & Glimelius, 1998). Os próprios autores apresentam resultados de correlação entre a dimensão da Mini-MAC “Preocupação Ansiosa” e a dimensão de “Ansiedade” da Hospital Anxiety and Depression Scale da 0,73 (Watson et al., 1994). Outros autores não utilizam a escala de preocupação ansiosa “porque conceptualmente ela nos pareceu ser muito semelhante à medida de perturbação do humor” (Classen, Koopman, Angell, & Spiegel, 1996, p. 435). Ou seja, parece que a “Preocupação Ansiosa”

enquanto estratégia de *coping* que deveria conduzir a um resultado de menor ansiedade é, de facto, uma medida de ansiedade.

Este universo de construtos, *coping*-estado, *coping*-traço, estratégias de *coping*, estilos de *coping*, adaptação e ajustamento são somente alguns dos que são susceptíveis de se confundir e que necessitam de clarificação.

### O *coping* ou os mecanismos de defesa

O *coping* é uma parte importante da resposta ao stress. Folkman e Lazarus (1984) definem *coping* como “esforços cognitivos e comportamentais constantes para gerir exigências específicas, internas e/ou externas, que são avaliadas como excedendo os recursos do indivíduo” (p. 141). Os autores explicam que esta definição tem as seguintes características: (a) é orientada para o processo; (b) refere-se a gestão em vez de mestria; (c) não faz julgamentos *a priori* acerca da qualidade do processo de *coping*; (d) impõe uma distinção com base no stress, entre *coping* e comportamentos adaptativos automáticos. Por outro lado o termo “constantes” salienta que é um processo contínuo e não automático.

Esta definição não corresponde à de estratégias de *coping* que é apresentada no DSM-IV-ER, a saber “processos psicológicos automáticos que protegem o sujeito perante a ansiedade e as ameaças ou factores de origem interna ou externa” (p. 807). Na versão portuguesa os termos utilizados são “mecanismos de defesa (ou estratégias de adaptação)” (APA, 2002, p. 807), e que na versão original do DSM surge como “*Defense mechanisms (or coping styles)*” (APA, 1994, p. 751). Na versão portuguesa chamam-lhe ainda “estilos de adaptação” onde no original continua a chamar-se *coping styles*.

Convém fazer a distinção entre estes conceitos, “mecanismos de defesa”, “estilos de *coping*” e “estratégias de *coping*” dado do ponto de vista conceptual serem diferentes.

Gelder, Gath, Mayou, e Cowen (1996) explicam que tanto as estratégias de *coping* como os mecanismos de defesa podem reduzir os efeitos de emoções fortes provocadas por stressores. O termo *estratégias de coping*, explicam estes autores, provém da investigação na psicologia social e aplica-se a actividades sobre as quais o indivíduo está alerta ou consciente. O uso repetido de determinadas estratégias de *coping* constituem *estilos de coping*. O termo *mecanismos de defesa* provém dos estudos psicanalíticos para se referir a processos mentais inconscientes. Utiliza-se por vezes com o mesmo sentido o termo *adaptação* quando se refere a processos psicológicos implicados no ajustamento a acontecimentos stressantes relacionados com doença crónica.

Como se observa pelas definições acima há diferenças importantes entre os conceitos, nomeadamente, num caso é considerado como esforços cognitivos e comportamentais constantes e no outro como processos automáticos.

Esta introdução justifica-se dado que a forma original da MAC adoptava uma linguagem mais semelhante aos mecanismos de defesa do que ao *coping*.

Isto tende a ocorrer quando o foco é tendencialmente psicopatológico, como é o caso desta escala que, ainda na versão de 1994, se centra nos processos de “morbilidade psicológica ou sequelas psiquiátricas” (Watson et al., 1994, p. 33) associadas ao cancro, e que noutro texto de justificação do desenvolvimento da MAC original os autores explicavam que o tipo de resposta de *coping* é um determinante importante da morbilidade psicológica associada ao cancro (Watson et al., 1988). Ou seja, é diferente se se consideram os processos de *coping* com situações stressantes (o que acontece todos os dias na vida de qualquer pessoa) ou se se focam os processos associados à morbilidade psiquiátrica. Defendemos que o ajustamento à doença é um processo normal, desejável e saudável, e que não implica morbilidade psiquiátrica a acrescentar à morbilidade da doença a que o sujeito se está a adaptar. Esta questão pode tornar-se, aliás, um problema que é normalmente designado por duplo diagnóstico (Miller, 1993).

Ou seja, de facto, *coping* e mecanismos de defesa, se bem que satisfaçam os mesmos objectivos são conceptualmente diferentes, e têm origens teóricas diferentes.

### Doenças crónicas

As doenças crónicas são, por definição doenças que têm de ser geridas em vez de curadas (Blanchard, 1982). Giovannini, Bitti, Sarchielli, e Speltini (1986), explicam que para além da dimensão temporal associado à cronicidade, se trata de uma condição autónoma de doença que mistura problemas de ordem estritamente sanitária, exigências e reacções psicológicas, e necessidades ou preocupações de ordem social que fazem da doença crónica uma doença específica diferente das doenças agudas. O diagnóstico de cancro é uma fonte de stress muito forte exigindo ao doente e próximos a mobilização de modos de lidar com a situação.

Dado que a probabilidade de sobrevida aos cinco anos é superior a 60% para a maioria dos tipos de cancro, e que num grande número de casos as pessoas podem-se considerar curadas, sem retorno das manifestações de doença, os modos de lidar com a situação toma características especiais.

### O cancro colo-rectal e da mama

O cancro é a segunda causa de morte nos países desenvolvidos. Os cancros da mama e colo-rectal são das formas de cancro mais frequentes. As estatísticas da Organização Mundial de Saúde com base na *International Agency for Research on Cancer* sobre todos os países do mundo, mostra que, em Portugal, a forma de cancro mais frequente é o cancro da mama com uma incidência padronizada para a idade, em 1998, e para as mulheres, de 70,46/100000, (abaixo da média europeia que é de 92,04) a que se segue o cancro colo-rectal

com uma taxa, de 58,53/100000 para os homens (acima da média europeia que é de 54,72), e de 33,45 para as mulheres (abaixo da média europeia que é de 35,89). As estatísticas mostram que homens e mulheres são afectados de modo diferencial pela incidência de cancro sendo, para a maioria dos tipos de cancro, a taxa superior nos homens.

Pela natureza destes tipo de cancro e pela sua localização os tratamentos são agressivos incluindo cirurgia (mastectomia ou tumorectomia para a mama), quimioterapia e ostomia, consoante o estadiamento da doença. Diagnóstico e tratamento constituem assim agentes stressores fortes que exigem grandes esforços de *coping*.

Os modos de *coping* a que os indivíduos recorrem são susceptíveis de influenciar a sobrevida como mostraram Greer, Morris, e Pettingale (1979), e a qualidade de vida (Ferrero, Barreto, & Toledo 1994; McCaul et al., 1999).

São dois os objectivos do presente estudo: (a) contribuir para uma adaptação conservadora de uma versão em português da Mini-MAC. Uma adaptação conservadora significa que se propõe manter ou encontrar, semelhanças conceptuais e métricas idênticas à escala original, alterando-a o menos possível. (b) identificar a relação entre a Mini-MAC e uma medida de resultado (outcome) que é expressão de ajustamento, a qualidade de vida.

## MÉTODO

### Participantes

Participaram 60 doentes com diagnóstico de cancro, dos quais 30 tinham diagnóstico de cancro colo-rectal em fase inicial, e 30 diagnóstico de cancro da mama.

No grupo com diagnóstico de cancro colo-rectal, 53,33% eram do sexo masculino, 70% casados, idade média  $M=54,90$  anos (entre 26 e 73 anos). 70% dos participantes tinha quatro anos de escolaridade ou menos. Todos se tinham submetido a quimioterapia no último mês; quatro indivíduos (três do sexo masculino) usavam aparelhos de ostomia. Questionados sobre a sua capacidade de mobilidade, numa escala de “0” a “4” em que “0” significa “Actividade normal sem sintomas”, “1” “Alguns sintomas que não exigem repouso absoluto (na cama) durante o dia”, “2” “Exigem repouso absoluto (na cama) durante menos de 50% do dia”, “3” “Exigem repouso absoluto (na cama) durante mais de 50% do dia”, “4” “Incapaz de se levantar da cama”, 23,33% dos participantes com cancro colo-rectal classificou-se na posição “0”, 73,33% na posição “1” e 3,33% na posição “2”.

O grupo com diagnóstico de cancro da mama tinha uma idade média de 51,1 anos (entre 35 e 73 anos). Questionadas sobre a sua capacidade de mobilidade, 60% das participantes classificou-se na posição “0” e 40% na posição “1”.

O teste *t* mostra que os dois grupos não se diferenciam de modo estatisticamente significativo para a idade.

### Material

O material utilizado incluía a Mini-MAC e um questionário de avaliação da qualidade de vida, um questionário demográfico, e um questionário sobre dados da doença.

Mini-MAC é o acrónimo de Mental Adjustment to Cancer Scale- reduzida. O Mini-MAC é um questionário com 29 itens desenvolvido por Watson et al. (1994) a partir da experiência com a versão original da MAC (Watson et al., 1988) da qual se aproveitaram 16 dos 40 itens da MAC original. Este grupo desenvolveu esta nova versão porque reconheceu que a anterior tinha limitações na avaliação de estratégias de *coping* de evitamento (a tendência para bloquear ou ignorar problemas ou emoções).

Os autores passaram a escala de 40 itens originais mais 26 itens desenvolvidos para o presente estudo a 630 doentes com cancro, e submeteram os resultados a vários processos de análise factorial. Conservaram as dimensões com mais de quatro itens, de que resultaram os 29 itens finais. A solução factorial encontrada explicava 38,4% da variância total.

Os 29 itens da Mini-MAC distribuem-se por cinco dimensões: “Desânimo-Fraqueza” (ex. “Sinto que a vida não tem esperança”, “Sinto que não consigo lidar com isto”) que inclui oito itens; “Preocupação Ansiosa” (ex. “Sinto-me arrasado”, “estou preocupado que a doença volte a aparecer”) que inclui oito itens; “Espírito de Luta” (ex. “estou determinado a vencer a minha doença” que inclui quatro itens; “Evitamento Cognitivo” (ex. “Faço um esforço positivo para não pensar na minha doença”, “Não pensar na minha doença ajuda-me a lidar com isto”), que inclui quatro itens; e “Fatalismo” (ex. “Entreguei-me nas mãos de Deus”, “Tive uma vida boa e o que vier daqui para a frente é bem-vindo”) que inclui cinco itens. Cada item é uma afirmação que descreve reacções dos doentes ao cancro. O doente deverá responder, numa escala ordinal de cinco posições (entre “não se aplica de modo nenhum a mim” até “aplica-se totalmente a mim”) consoante ele entende que teve aquela reacção ou não. As notas, consoante a dimensão, variam entre 4 e 40. A Mini-MAC é, portanto, uma escala multidimensional (ou seja é composta por várias dimensões) que não fornece um resultado total i.é, que não permite somar as notas num único *score*.

A versão utilizada neste estudo retirou a palavra “cancro” da escala por exigência da instituição onde os dados foram recolhidos. Esta questão (do uso da designação da doença) já foi um problema noutros países mas foi ultrapassado há mais de 30 anos (Holland, 2003). Como explica este autor a não utilização da palavra “cancro” limita o estudo formal do impacto psicológico da doença. Os estudos da MAC são já herdeiros da evolução do modo de pensar dos profissionais de saúde, que ainda não ocorreu em Portugal.

No entanto, porque o que está a ser avaliado é a adaptação ao cancro e não a outra doença, é importante determinar se os doentes estão a pensar nesta doença quando estão a responder ao questionário. Para tal pedia-se aos respondentes que escrevessem “o nome da doença a que estavam a ser tratados”. As doenças referidas foram: 53,33% “cancerosa”, 10% “tumor”, 6,66% “tumor/cancro”, 3,33% “tumor maligno”, 3,33% “cancro/tumor”, 3,33% “tumor com células cancerígenas”, 3,33% “doença maligna”, 3,33% “mal dos intestinos/tumor”, 3,33% “problemas intestinais”, e 10% não respondeu. Genericamente pode-se afirmar que os doentes focam a doença em estudo, o cancro.

Para avaliar a Qualidade de Vida (QDV) recorreu-se a questionários específicos para o cancro: o FACT-C-V4 (Functional Assessment of Cancer Therapy – Colorectal, versão 4.0), (Ward et al., 1999) e o FACT-B (Functional Assessment of Cancer Therapy – Breast), (Brady et al., 1997). Os questionários incluem 27 itens que se distribuem por quatro grandes domínios (provenientes do FACT-G): Bem Estar Físico (ex. “Estou sem energia”, “Tenho dores”, “Fico enjoado(a)”, “Sinto-me doente”), (Alfa de Cronbach=0,72); Bem Estar Familiar/Social (ex. “Sinto que tenho uma boa relação com os meus amigos”, “A minha família aceita a minha doença”), (Alfa de Cronbach=0,62); Bem Estar Emocional (ex. “Sinto-me triste”, “Estou preocupado(a) com a ideia de morrer”), (Alfa de Cronbach=0,59); e Bem Estar Funcional, (ex. “Durmo bem”, “Sou capaz de sentir prazer em viver”), (Alfa de Cronbach=0,78), ao qual se acrescenta um módulo específico para o tipo de cancro, com nove itens para o cólon e 10 para a mama, que visam apanhar aspectos importantes associados ao tipo de cancro (ex. “Sinto inchaço ou cólicas na barriga”, “Gosto da aparência do meu corpo”, “Sou capaz de me sentir mulher”) (Alfa de Cronbach=0,54 para o cólon e 0,57 para a mama). Não há dois aspectos coincidentes nas preocupações adicionais para a mama e para o cólon. Os 27 itens das quatro dimensões são os mesmos para os dois tipos de cancro. A resposta a cada uma das afirmações é dada através da concordância ou discordância com a afirmação (a cada uma das afirmações acima exemplificadas deve assinalar em cinco alternativas em cujos extremos se encontram “Nada” e “Muitíssimo”). Consoante a dimensão de QDV assim valores mais elevados correspondem a melhor QDV ou a pior. Valores mais elevados correspondem a melhor QDV para as dimensões “Bem-Estar Social/Familiar” e “Bem-Estar Funcional”. Para as restantes ocorre o inverso.

### Procedimento

A fase inicial de adaptação da Mini-MAC começou pela tradução dos itens. Este processo seguiu vários passos: (a) tradução por duas pessoas que dominavam os dois idiomas; (b) inspeção da validade de conteúdo de cada item por dois psicólogos; (c) passagem a doentes com cancro visando o *cognitive debriefing*, do questionário; (d) discussão dos itens com oncologistas para verificar se havia itens que pudessem ser inadequados, segundo o ponto de vista médico. Após as modificações quer nos itens quer no formato final do



questionário ele ficou pronto para ser aplicado. Como já tínhamos utilizado anteriormente a MAC, os itens que se mantiveram na Mini-MAC foram inspeccionados de modo mais leve

Os dados foram recolhidos na unidade de oncologia de um dos hospitais centrais da cidade do Porto após aprovação do protocolo pela comissão de ética, e de o doente dar o consentimento informado conforme as recomendações da Declaração de Helsínquia. Nos casos de baixa literacia ou em que outra razão impedisse os doentes de preencher os questionários, esse preenchimento era apoiado pelo segundo ou terceiro autor.

## RESULTADOS

A análise dos resultados para estudo de adaptação da escala tomaram em consideração, tanto cada um dos grupos de cancro como os dois grupos em conjunto.

Começámos por reproduzir os procedimentos adoptados pelos autores no desenvolvimento da escala original, nomeadamente, a análise factorial com os 29 itens após o processo de tradução. As soluções factoriais encontradas não eram idênticas às da versão inglesa. Embora a maioria dos itens se agrupasse de acordo com a versão original, havia itens que carregavam outros factores que não aqueles a que pertenciam. O mesmo aliás sucede noutras investigações de adaptação que, no entanto, mantêm resultados de consistência interna aceitáveis (Ho et al., 2003; Schnoll et al., 1998).

A exploração factorial dos itens da escala sugere uma solução de dois factores que explicariam uma variância de 42,96%, em que os itens de “Preocupação Ansiosa” e de “Desânimo-Fraqueza” apareceriam agrupados num factor, e o “Espírito de Luta” e o “Evitamento Cognitivo” apareceriam agrupados noutra factor. Para a solução de dois factores a dimensão “Fatalismo” não carrega nenhum dos factores acima dos 0,40. A solução de dois factores já tinha sido sugerida por outros autores (Schnoll et al., 1998).

Como visávamos uma versão conservadora, assumimos a solução factorial dos autores da escala (a versão em inglês de Watson et al., de 1994), conservando os cinco factores, e estudámos outras propriedades métricas da escala.

O Quadro 1 apresenta as propriedades métricas da versão com os itens em português agrupados nas dimensões consoante a versão original.

Os resultados apontam para valores de consistência interna aceitáveis para quatro das cinco dimensões. A dimensão ou escala “Fatalismo” não apresenta valores de consistência interna aceitáveis. Isto também se verificou no estudo da versão francesa da MAC (Crayou et al., 2003) o que poderá apontar para fragilidade desta dimensão, principalmente na sua aplicação a outras culturas. Mesmo na escala original o valor da consistência interna é substancialmente mais baixo para esta dimensão, podendo significar que, mesmo em inglês, há necessidade de ajustar os itens desta dimensão.

## Quadro 1

*Número de itens por dimensão da Mini-MAC, e valores encontrados para a consistência interna (Alfa de Cronbach), por grupo de doença, para os dois grupos de doença em conjunto, e da escala original*

Dimensão	Nº itens	colón	mama	total	original
Desânimo-Fraqueza	8	0,70	0,85	0,79	0,87
Preocupação Ansiosa	8	0,83	0,92	0,88	0,88
Espírito de Luta	4	0,66	0,77	0,72	0,76
Evitamento Cognitivo	4	0,77	0,90	0,84	0,74
Fatalismo	5	0,49	0,23	0,28	0,62

Observando a consistência interna das dimensões para os dois grupos de doentes portugueses, verifica-se igualmente diferenças substanciais nos valores, podendo isto significar que a doença e o que a ela está associado evoca respostas de *coping* (ou consequências de ajustamento) que tendem a ser específicas (não esquecer que o *coping*, por definição e como se referiu no início do texto, são esforços cognitivos e comportamentais para gerir exigências específicas).

O Quadro 2 compara a magnitude das correlações inter escalas por grupo dos doentes portugueses, a totalidade dos doentes portugueses e a escala original.

## Quadro 2

*Correlação de Pearson (bi-caudal) inter escalas da Mini-MAC, para a totalidade dos doentes, por doença (mama e cólon) e escala original (acima da diagonal)*

	DESAN	PREOC	ELUTA	EVITA	FATAL
DESAN		0,52	-0,50	0,14	-0,07
PREOC					
Total	0,71(***)				
Colón	0,61(***)		-0,19	0,26	0,04
Mama	0,80(***)				
ELUTA					
Total	-0,55(***)	-0,29(*)			
Cólon	-0,39(*)	-0,08		0,05	0,27
Mama	-0,69(***)	-0,54(**)			
EVITA					
Total	-0,48(***)	-0,28(*)	0,52(***)		
Cólon	-0,48(***)	-0,32	0,52(**)		0,29
Mama	-0,51(**)	-0,36(*)	0,50(**)		
FATAL					
Total	-0,18	-0,10	0,46(***)	0,27(*)	
Cólon	-0,03	0,13	0,56(**)	0,34	
Mama	-0,40(*)	-0,20	0,55(**)	0,49(**)	

*Nota.* \*\*\*correlação significativa a nível <0,001; \*\*correlação significativa a nível <0,01; \*correlação significativa a nível <0,05. DESAN: Desânimo-fraqueza; PREOC: Preocupação ansiosa; ELUTA: Espírito de luta; EVITA: Evitamento cognitivo; FATAL: fatalismo.

A comparação das correlações entre dimensões da Mini-MAC mostra padrões de resposta semelhantes entre os grupos de doentes ingleses e portugueses. É excepção a relação entre “Evitamento Cognitivo”, quer com a de “Desânimo-Fraqueza” quer com a de “Preocupação ansiosa” e “Espírito de Luta”. Parece haver variáveis de ordem cultural que influenciam as respostas de *coping*. Os resultados sugerem por exemplo, que para a população inglesa “fazer um esforço positivo para não pensar na minha doença”, item da dimensão “Evitamento Cognitivo” está positivamente associado com “estou preocupado com a minha doença”, item da “Preocupação Ansiosa”, enquanto para a população do nosso estudo essa relação é inversa, ou seja o esforço para não pensar no assunto está associado negativamente à preocupação ansiosa.

Verifica-se, ainda, uma forte associação entre as dimensões “Desânimo-Fraqueza” e “Preocupação Ansiosa” que, como já referíamos antes após a análise factorial dos itens, se fundem numa dimensão tal como nos estudos de Ho et al. (2003) e de Schnoll et al. (1998).

Uma análise factorial de segunda ordem com as dimensões conservadas agrupa as dimensões “Desânimo-Fraqueza” e “Preocupação Ansiosa” num factor e as restantes dimensões noutra factor (Quadro 3)

Quadro 3

*Análise factorial de Segunda ordem com rotação varimax*

	factor 1	factor 2
DESAN	<b>0,88</b>	-0,29
PREOC	<b>0,90</b>	-0,02
ELUTA	-0,38	<b>0,76</b>
EVITA	<b>-0,43</b>	<b>0,60</b>
FATAL	0,09	<b>0,85</b>

*Nota.* DESAN: Desânimo-Fraqueza; PREOC: Preocupação Ansiosa; ELUTA: Espírito de Luta; EVITA: Evitamento Cognitivo; FATAL: Fatalismo.

A solução aqui apresentada mostra uma forte carga factorial das dimensões “Desânimo-Fraqueza” e “Preocupação Ansiosa” num primeiro factor. Esta solução factorial de segunda ordem explica 74,04% da variância total com as duas primeiras dimensões referidas a explicarem, só por si, 52,25% desta variância. Há portanto uma forte carga destas duas dimensões no resultado da Mini-MAC o que poderá ser explicado, também, porque estas duas dimensões possuem 16 dos 29 itens. A dimensão “Evitamento” carregando principalmente o segundo factor mantém uma carga factorial acima de 0,40 no primeiro factor.

*Diferenças entre sexos*

Dado que a maioria dos doentes são do sexo feminino inspeccionámos a significância das diferenças para as dimensões de *coping*, entre os dois grupos (homens e mulheres). Os resultados mostram diferenças estatisticamente

significativas para as dimensões “Evitamento Cognitivo” ( $t(58)=1,93, p=0,05$ ) com os homens exibindo valores mais baixos ( $M=8,18$ ) do que as mulheres ( $M=9,59$ ), e para a dimensão “Fatalismo” ( $t(58)=2,91, p=0,005$ ), com os homens exibindo valores mais elevados ( $M=12,12$ ) do que as mulheres ( $M=10,65$ ).

#### *Diferenças com base na doença*

Comparando as diferenças entre os dois grupos de doença para as dimensões da Mini-MAC somente se encontram diferenças estatisticamente significativas para a dimensão “Fatalismo” ( $t(58)=3,10, p=0,003$ ), com os doentes do cólon exibindo valores mais elevados ( $M=11,73$ ) do que as doentes da mama ( $M=10,36$ ).

#### *Correlação com QDV*

Identificámos a relação entre as dimensões de  *coping*  e as dimensões de QDV medida com o FACT-C e B, por tipo de cancro e globalmente. O Quadro 4 mostra as relações existentes entre as variáveis para os doentes do cólon.

#### Quadro 4

*Correlação de Pearson entre as dimensões de coping e as dimensões de QDV para os doentes com cancro do cólon*

	befisico	besocfam	beemocio	befuncio	preocadi
DESAN	<i>ns</i>	<i>ns</i>	0,59***	<i>ns</i>	<i>ns</i>
PREOC	<i>ns</i>	<i>ns</i>	0,62***	<i>ns</i>	<i>ns</i>
ELUTA	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	0,54**	0,43*
EVITA	<i>ns</i>	<i>ns</i>	-0,38*	0,47**	<i>ns</i>
FATAL	0,45*	<i>ns</i>	<i>ns</i>	0,58**	<i>ns</i>

*Nota.* \*\*\* $p<0,001$ ; \*\* $p<0,01$ ; \* $p<0,05$ ; *ns*: não significativo. befisico: sub escala de Bem Estar Físico; besocfam: sub escala de Bem Estar Familiar e Social; beemocio: sub escala de Bem Estar Emocional; befuncio: sub escala de Bem Estar Funcional; preocadi: sub escala de preocupações adicionais. DESAN: Desânimo-Fraqueza; PREOC: Preocupação Ansiosa; ELUTA: Espírito de Luta; EVITA: Evitamento Cognitivo; FATAL: Fatalismo.

Os resultados (Quadro 4) mostram correlações estatisticamente significativas entre a dimensão de Bem-estar Emocional e três das dimensões de  *coping* ; entre a dimensão de Bem-Estar Funcional e três das dimensões de  *coping* ; duas das dimensões de QDV mostram correlações estatisticamente significativas com uma das dimensões de  *coping* , e o Bem Estar Familiar e Social não mostra correlações estatisticamente significativas com qualquer das dimensões de  *coping* .

A análise do Quadro 4 mostra que duas das dimensões da QDV beneficiam com o estilo de  *coping*  utilizado. Assim, para as dimensões de QDV “Bem Estar Emocional” os indivíduos que recorram menos a estratégias de  *coping*  do tipo “Desânimo-Fraqueza” (ex. “não tenho muita esperança no futuro”) e menos estratégias de “Preocupação Ansiosa” (“estou preocupado(a) com a minha doença”), e quando recorre menos ao “Evitamento Cognitivo”, ou seja quando

não foge a pensar na doença (“não pensar na minha doença ajuda-me a lidar com isto”), o “Bem-Estar Emocional” é maior. De lembrar, como temos vindo a referir, que estas duas primeiras dimensões da Mini-MAC, aparecem na versão portuguesa fortemente associadas.

Os indivíduos que recorram mais a estratégias de *coping* “Espírito de Luta” (ex. estou determinado a vencer a minha doença”), que recorram a menos estratégias de “Evitamento Cognitivo“, ou que recorram mais a estratégias da dimensão “Fatalismo” (ex. “tive uma vida boa e o que vier daqui para frente é bem-vindo”) evidenciam maior “Bem Estar Funcional”. Os que evidenciam maior “Espírito de Luta” referem menos sintomas adicionais.

Repetindo o procedimento para os doentes da mama encontram-se os resultados apresentados no Quadro 5.

Quadro 5

*Correlação de Pearson entre as dimensões de coping e as dimensões de QDV para os doentes com cancro da mama*

	befisico	besocfam	beemocio	befuncio	preocadi
DESAN	0,61***	-0,37*	0,79***	-0,80***	ns
PREOC	0,58***	ns	0,69***	-0,56***	ns
ELUTA	ns	0,47**	-0,56*	0,66***	ns
EVITA	ns	0,40*	ns	0,51**	0,37*
FATAL	ns	0,62***	ns	0,57***	ns

Nota. \*\*\* $p < 0,001$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \* $p < 0,05$ ; ns: não significativo. Befisico: sub escala de Bem Estar Físico; besocfam: sub escala de Bem Estar Familiar e Social; beemocio: sub escala de Bem Estar Emocional; befuncio: sub escala de Bem Estar Funcional; preocadi: sub escala de preocupações adicionais. DESAN: Desânimo-Fraqueza; PREOC: Preocupação Ansiosa; ELUTA: Espírito de Luta; EVITA: Evitamento Cognitivo; FATAL: Fatalismo.

Os resultados para as doentes da mama exibem uma relação mais forte entre dimensões de *coping* e dimensões de QDV e com um padrão diferente dos doentes do cólon. A magnitude da relação é maior para o bem estar emocional e funcional, mas verifica-se uma relação forte entre estratégias de *coping* e dimensão de QDV “Bem Estar Familiar e Social” que não se encontra para os doentes do cólon.

Dado que estas diferenças não podem ser atribuídas às estratégias utilizadas visto, como se mostrou acima, não haver diferenças estatisticamente significativas para quatro das cinco estratégias de *coping* entre os dois grupos de doença, então as diferenças decorrem da eficácia das estratégias utilizadas. Elas parecem ser mais eficazes para os doentes da mama.

Dado que a QDV é, por convenção, o resultado ou expressão do ajustamento, pode-se concluir que o ajustamento segundo a Mini-MAC é mais adequado para o cancro da mama do que para o cancro do cólon.

A escala de preocupações adicionais que, lembramos, é diferente nas duas escalas de QDV, não evidencia relações fortes com as dimensões da MAC.

Fazendo o exercício de juntar os dois grupos de doentes e verificar a relação entre os resultados da Mini-MAC e a QDV verifica-se que o ajustamento ao *coping* que os doentes utilizam têm impacto forte na QDV em geral (Quadro 6)

#### Quadro 6

##### *Correlações entre Mini-MAC e total dos doentes*

	befisico	besocfam	beemocio	befuncio	preocadi
DESAN	0,45(**)	-0,32(*)	0,69(***)	-0,55(***)	
PREOC	0,36(**)	<i>ns</i>	0,68(***)	-0,38(**)	0,31(*)
ELUTA	<i>ns</i>	0,29(*)	-0,36(**)	0,57(***)	0,27(*)
EVITA	<i>ns</i>	0,29(*)	-0,28(*)	0,44(**)	0,38(**)
FATAL	<i>ns</i>	0,37(**)	<i>ns</i>	0,57(**)	

Nota. \*\*\* $p < 0,001$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \* $p < 0,05$ ; *ns*: não significativo. befisico: sub escala de Bem Estar Físico; besocfam: sub escala de Bem Estar Familiar e Social; beemocio: sub escala de Bem Estar Emocional; befuncio: sub escala de Bem Estar Funcional; preocadi: sub escala de preocupações adicionais. DESAN: Desânimo-Fraqueza; PREOC: Preocupação Ansiosa; ELUTA: Espírito de Luta; EVITA: Evitamento Cognitivo; FATAL: Fatalismo.

As relações observadas entre dimensões da Mini-MAC e de QDV mostram uma forte relação entre os dois instrumentos. Esta forte relação, é mais forte para umas dimensões no cancro da mama e noutras no cancro do cólon, mantendo-se um padrão idêntico nas correlações entre “Desânimo-Fraqueza” e “Preocupação Ansiosa” com “Bem-Estar Emocional”, e “Bem-Estar Emocional” com “Espírito de Luta”, “Evitamento Cognitivo” e “Fatalismo”.

A magnitude da relação não responde à questão se as duas escalas medem o mesmo (ou seja o ajustamento) ou se o ajustamento ou *coping* conduz a melhor QDV.

## DISCUSSÃO

Um dos aspectos importantes a reter é o compromisso conceptual que é prévio à própria escala e que deriva da confusão entre *coping* e ajustamento. Enquanto do ponto de vista teórico é claro que o *coping*, se apropriado, pode conduzir ao ajustamento mental, na presente escala (a Mini-MAC) parece haver aglutinação dos dois conceitos, resultando que algumas escalas/itens avaliam o *coping* enquanto outros avaliam o resultado do *coping*, o ajustamento.

De seguida é conveniente lembrar as questões antigas de avaliação deste conceito e que já discutimos anteriormente (Pais Ribeiro & Santos, 2001), que se pode resumir na ideia que *coping* não é um traço do indivíduo, não é um padrão estável de resposta, antes é um processo que depende das características da pessoa, dos acontecimentos para os quais se utilizou as estratégias de *coping*, e do contexto em que ocorreu.

A investigação tinha mostrado com a MAC original que algumas estratégias de *coping* (espírito de luta e negação) aumentavam a probabilidade de sobreviver cinco e 10 anos ao cancro. Por outro lado, a revisão da escala de MAC original para a Mini-MAC reduziu os itens de “espírito de luta” de 16 para quatro. Esta redução é susceptível de limitar a vantagem da identificação do espírito de luta como afirma Greer (2000). A Negação (denial) que na Mini-MAC passou a designar-se por Evitamento (avoidance) era, segundo Watson et al. (1994) uma das fortes falhas da MAC original.

No presente estudo as estratégias de *coping* ou ajustamento com relação mais forte com a medida de resultado adoptada (QDV) são o “Desânimo-Fraqueza” e a “Preocupação Ansiosa”, aquelas que são mais susceptíveis de se confundir com medidas de ajustamento.

Os resultados que encontrámos apontam para que a Mini-MAC na sua versão portuguesa mantém propriedades semelhantes a versões noutros idiomas e à original. Verifica-se que a relação entre as dimensões da Mini-MAC e as de QDV variam substancialmente entre os doentes da mama e os do cólon, podendo isto significar que a doença e o que a ela está associado evoca respostas de *coping* que tendem a ser específicas (não esquecer que o *coping*, por definição e como se referiu no início do texto, são esforços cognitivos e comportamentais para gerir exigências específica), e que por sua vez a sua eficácia no ajustamento (QDV) pode ser mais eficaz nuns tipo de cancro do que noutros.

A presente escala tem uma importância histórica na avaliação da adaptação ao cancro porque ela expressa uma evolução nos sistemas de cuidados de saúde no sentido que só pode ser desenvolvida quando o sistema de saúde aceitou dizer sistematicamente qual era o verdadeiro diagnóstico do doente. No entanto parece haver ainda algumas questões conceptuais a resolver, nomeadamente de saber se se trata de *coping* ou de ajustamento, e da maneira como esta variável pode ser melhor medida.

## REFERÊNCIAS

APA (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>th</sup> ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

APA. (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais – ER* (4<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Climepsi.

Baltar, M., Pais-Ribeiro, J., Torres, A, Lopes, I., & Lourenço C. (2001). Respostas emocionais, qualidade de vida e estratégias de *coping* para lidar com a doença em mulheres com cancro ginecológico. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 6(2), 285-300.

Blanchard, E.B. (1982). Behavioral medicine: Past, present, and future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(6), 795-796.

Brady, M., Cella, D., Mo., F., Bonomi, A. Tulsy, D., Lloyd, S., Deasy, S., Cobleigh, M., & Shiimoto, G. (1997). Reliability and validity of the functional assessment of cancer therapy-Breast quality of life instrument. *Journal of Clinical Oncology*, 15(3), 947-986.

Classen, C., Koopman, C., Angell, K., & Spiegel, D. (1996). *Coping* styles associated with psychological adjustment to advance breast cancer. *Health Psychology*, 15(6), 434-437.

- Cayrou, S., Dickes, P., Gauvain-Piquard, A., & Roge, B. (2003). The mental adjustment to cancer (MAC) scale: French replication and assessment of positive and negative adjustment dimensions. *Psychooncology*, *12*(1), 8-23.
- Ferrero, J., Barreto, M., & Toledo, M. (1994). Mental adjustment to cancer and quality of life in breast cancer patients: An exploratory study. *Psychooncology*, *3*, 223-232.
- Gelder, M., Gath, D., Mayou, R., & Cowen, P. (1996). *Oxford Textbook of Psychiatry* (3<sup>rd</sup> edition). Oxford: Oxford University Press.
- Giovannini, D., Bitti, P., Sarchielli, G., & Speltini, G. (1986). *Psychologie et santé*. Bruxelles: Pierre Madraga, Editeur.
- Greer, S. (2000). In conversation with H. Steven Greer. *Psychiatric Bulletin*, *24*, 189-192.
- Greer, S., Morey, S., & Watson, M. (1989). Patient adjustment to cancer: a mental adjustment to cancer (MAC) scale vs clinical ratings. *Journal of Psychosomatic Research*, *33*(3), 373-377.
- Greer, S., Morris, T., & Pettingale, K. (1979). Psychological response to breast cancer: Effect on outcome. *Lancet*, *2*, 785-787.
- Greer, S., & Watson, M. (1987). Mental adjustment to cancer: Its measurement and prognostic importance. *Cancer Surveillance*, *6*, 439-453.
- Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1988). *Manual for the Ways of Coping Questionnaire* (research edition). California: Consulting Psychologists Press.
- Holland, J.C. (2003). American Cancer Society Award lecture. Psychological care of patients: Psycho-oncology's contribution. *Journal of Clinical Oncology*, *21*(23 Suppl.), 253s-265s.
- Ho, S.M., Fung, W.K., Chan, C.L., Watson, M., & Tsui, Y.K. (2003). Psychometric properties of the Chinese version of the Mini-Mental Adjustment to Cancer (MINI-MAC) scale. *Psychooncology*, *12*(6), 547-56.
- Lazarus, R. (1993). *Coping with the stress of illness*. In A. Kaplun (Ed.). *Health promotion and chronic illness: Discovering a new quality of health* (pp. 11-29). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer.
- McCaul, K., Sandgren, A., King, B., O'Donnell, S., Branstetter, A., & Foreman, G. (1999). *Psychooncology*, *8*, 230-236.
- Miller, N. (1993). Comorbidity of psychiatric and alcohol/drug disorders: Interactions and independent status. *Journal of Addictive Research*, *12*(3), 5-16.
- Moos, R.H., & Schaefer, J.A. (1987). Life transitions and crises: A conceptual overview. In R.H. Moos (Ed.). *Coping with life crises: An integrated approach* (pp. 3-28). New York: Plenum Press.
- Nordin, K., Berglund, G., Terge, I., & Grimelius, B. (1999). The mental adjustment to cancer scale – A psychometric analysis and the concept of coping. *Psychooncology*, *8*, 250-259.
- Nordin, K., & Grimelius, B. (1998). Reactions to gastrointestinal cancer – Variation in mental adjustment and emotional well-being over time in patients with different prognoses. *Psychooncology*, *7*, 413-423.
- Osborn, R., Elsworth, G., Kissane, D., Burke, S., & Hopper, J. (1999). The mental adjustment to cancer (MAC) scale: Replication and refinement in 632 breast cancer patients. *Psychological Medicine*, *29*(6), 1335-1345.
- Pais-Ribeiro, J., & Sá, E. (2001). Impact of coping, functionality, and symptoms on the quality of life of haematological cancer patients. *Quality of Life Research*, *10*(7), 227.
- Pais-Ribeiro, J.L., & Santos, C. (2001). Estudo conservador de adaptação do Ways of Coping Questionnaire a uma amostra e contexto portugueses. *Análise Psicológica*, *4*(XIX), 491-502.
- Santos, C., Pais Ribeiro, J., & Lopes, C. (2003). Estudo de adaptação da escala de ajustamento mental ao cancro de um familiar (MAC Scale-P) (submitted for publication).



Schnoll, R., Harlow, L., Brandt, U., & Stolbach, L. (1998). Using two factor structures of the mental adjustment to cancer (MAC) scale for assessing adaptation to breast cancer. *Psychooncology*, 7(5), 424-435.

Schwartz, C., Daltroy, L., Brandt, U., Friedman, R., & Stolbach, L. (1992). A psychometric analysis of the mental adjustment to cancer scale. *Psychological Medicine*, 22(1), 203-210.

Ward, W., Hahn, E., Mo, F., Hernandez, L., Tulskey, D., & Cella, D. (1999). Reliability and validity of the Functional Assessment of Cancer Therapy-Colorectal (FACT-C). *Quality of Life Research*, 8 (3), 181-195.

Watson, M., Greer, S & Bliss, J. (1989). *Mental Adjustment to Cancer (MAC) Scale: User's manual*. Surrey, UK: CRC Psychological Medicine Research Group.

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

Watson, M., Law, M., Santos, M., Greer, S., Baruch, J., & Bliss, J. (1994). The mini-MAC: Further development of the mental adjustment to cancer scale. *Journal of Psychosocial Oncology*, 12(3), 33-46.