

GUSTAVO RISSO

**QUESTIONÁRIO DE RELACIONAMENTO CENTRAL
(CRQ): VALIDADE E PRECISÃO NA HEPATITE C
CRÔNICA**

**PUC-CAMPINAS
2008**

GUSTAVO RISSO

**QUESTIONÁRIO DE RELACIONAMENTO CENTRAL
(CRQ): VALIDADE E PRECISÃO NA HEPATITE C
CRÔNICA**

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em
Psicologia do Centro de Ciências da
Vida – PUC-Campinas, como requisito
para obtenção do título de Mestre em
Psicologia como Profissão e Ciência .

Orientador(a): Prof(a) Dr(a) Elisa Medici
Pizão Yoshida

**PUC-CAMPINAS
2008**

Ficha Catalográfica
Elaborada pelo Sistema de Bibliotecas e
Informação - SBI - PUC-Campinas

t616.3623 Risso, Gustavo.

R596c Questionário de Relacionamento Central (CRQ): validade e precisão na hepatite C crônica / Gustavo Risso. - Campinas: PUC-Campinas, 2008. 66p.

Orientadora: Elisa Medici Pizão Yoshida.
Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Pós-Graduação em Psicologia. Inclui anexos e bibliografia.

1. Hepatite C. 2. Hepatite por vírus. 3. Fígado - Doenças. 4. Saúde pública. 5. Pacientes - Aspectos psicológicos. I. Yoshida, Elisa Medici Pizão. II. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências da Vida. Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

22.ed. CDD - t616.3623

QUESTIONÁRIO DE RELACIONAMENTO CENTRAL (CRQ): VALIDADE E PRECISÃO NA HEPATITE C CRÔNICA

BANCA EXAMINADORA

Presidente Prof(a) Dr(a) Elisa Medici Pizão Yoshida

Prof. Dr(a) Karina Magalhães Brasio

Prof. Dr(a) Gláucia Mitsuko Ataka da Rocha

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Vanderlei e Dagmar, por me ensinarem a sempre acreditar e por propiciarem este momento.

Aos participantes desta pesquisa, motivo pelo qual me desenvolvi enquanto pessoa e profissional.

À Elisa Yoshida, que acreditou em mim e me direcionou ao caminho do conhecimento, sendo exemplar enquanto pessoa e profissional.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à *Deus e à Santa Rita de Cássia* por me guiarem sempre nos momentos de incerteza.

À Profª Drª *Elisa Medici Pizão Yoshida*, minha Orientadora, por ter confiado, auxiliado e incentivado na concretização deste sonho.

Aos meus pais, *Vanderlei e Dagmar* por me darem todo suporte necessário (educação, respeito e força) para lutar por aquilo que acredito.

À minha irmã *Karina*, pelo incentivo dado durante este percurso.

Ao meu irmão *André Luíz*, por estar sempre próximo nos momentos difíceis e fáceis, pois em Campinas éramos somente nós dois.

Às minhas avós, *Natalina e Odila*, por terem participado de maneira fundamental em quem sou hoje.

À minha namorada, companheira e amiga *Ariane Cristina*, que esteve durante estes momentos ao meu lado, apoiando e compreendendo as dificuldades e alegrias sofridas nesta caminhada.

À família de minha namorada, em especial, *William, Maria Aparecida e William Júnior* por estarem torcendo por mim.

Aos meus familiares (*tios, padrinhos, primos e cunhados*) por acreditarem em mim.

À minha Psicoterapeuta *Daniela Aparecida Daleffe*, por me auxiliar à discriminar as dificuldades encontradas.

Aos amigos *Gustavo, Fabrina e Valéria (Graduação)*, ao casal *Helen e Henrique, Caio* e principalmente o meu "irmão" *Rafael (Lato Sensu)* pela companhia e momentos compartilhados nestes anos.

Aos amigos *Glauco, Helton e Mariana (São José do Rio Preto)*, *Adriana e Denise (Campinas)*, pessoas importantes ao longo de minha trajetória.

Aos colegas de Pós-Graduação e principalmente amigos, *Ademir e Fabrícia* pelo apoio dado durante esta caminhada e pela amizade estabelecida inicialmente durante estes anos e que certamente perdurarão.

À Profª Drª *Cláudia Regina Bonini Domingos*, colega e amiga responsável por me colocar no caminho da pesquisa.

À Profª Drª *Ana Rita Ribeiro dos Santos*, colega e amiga por me dar a base para o pensamento científico.

Às secretárias do Programa de Pós-Graduação em Psicologia – PUC-Campinas, *Eliane, Elaine, Maria Amélia e Dareide*, que me auxiliaram e me atenderam prontamente sempre que necessário.

Aos *Professores* do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUC-Campinas, que me incentivaram a buscar um conhecimento mais amplo sobre a Psicologia.

À Prof^a Dr^a *Karina Magalhães Brasio*, membro da banca de qualificação e defesa, pelo auxílio na compreensão dos fatores relacionados a saúde.

À Prof^a Dr^a *Dayse Maria Motta Borges* pelas importantes sugestões no exame de qualificação.

À Prof^a Dr^a *Gláucia Mitsuko Ataka da Rocha*, membro da banca de defesa, que através de sua serenidade, ética e conhecimento me auxiliou no entendimento e complexidade abordada pela minha Dissertação.

À Prof^a Dr^a *Diana Tosello Laloni*, pelo auxílio prestado quando cheguei em Campinas.

Às Prof^{as} Dr^{as} *Maria Patelli Juliani Souza Lima e Marlirani Dalla Costa Rocha*, por terem permitido a realização desta pesquisa no Ambulatório de Moléstias Infecto-contagiosas (MI).

À equipe do hospital, *Cristiane, Marleide e Dr^{os} Paulo, Mauren, Taísa e Raquel* que tiveram paciência enquanto eu colia os dados.

Aos Prof^{os} Dr^{os} *Helymar* pelo auxílio e disponibilidade no tratamentos dos dados e *Dirceu* pela ajuda na compreensão dos dados estatísticos.

À *Pontifícia Universidade Católica de Campinas – PUC-Campinas*, responsável por abrir portas para a realização desta pesquisa.

Ao *Conselho Nacional de Pesquisa – CNPq* pelo auxílio financeiro.

Durante toda a nossa vida desenvolvemos e estabelecemos padrões centrais de relacionamento com o outro, e é isso que faz com que tenhamos experiências e aprendizados na vida, sejam elas negativas ou positivas; mas ambas reforçadoras para ser; ser alguém.

À todos meu agradecimento.

SUMÁRIO

ÍNDICE DE TABELAS.....	XI
RESUMO.....	XII
ABSTRACT.....	XIII
APRESENTAÇÃO.....	XIV
INTRODUÇÃO.....	01
Método Core Conflictual Relationship Theme – CCRT.....	02
Central Relationship Questionnaire – CRQ 6.0.....	06
Hepatite Viral C – HVC.....	12
Aspectos Psicossociais.....	19
OBJETIVO.....	28
Objetivo Geral.....	28
Objetivo Específico.....	28
MÉTODO.....	29
Descrição do Ambiente.....	29
Participantes.....	29
Instrumentos.....	33
Procedimento.....	36

RESULTADOS E DISCUSSÃO	37
Característica da amostra.....	37
Fidedignidade.....	40
Validade.....	43
Validade Convergente e Divergente.....	43
Validade Discriminante.....	45
CONCLUSÃO.....	50
REFERÊNCIAS.....	51
ANEXOS.....	58
Anexo A – Central Relationship Questionnaire – CRQ 6.0.....	59
Anexo B –Questionário de Relacionamento Central – CRQ 6.0.....	60
Anexo C – Escala de Avaliação de Sintomas – EAS-40.....	61
Anexo D – Ficha de Identificação e Estado Clínico.....	62
Anexo E – Autorização do Responsável pelo Ambulatório.....	63
Anexo F – Autorização do Comitê de Ética.....	64
Anexo G –Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	65
Anexo H – Figuras com resultados significativos das populações e instrumentos.....	66

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição da amostra total segundo variáveis sócio-demográficas (n=101).....	30
Tabela 2. Comparação entre escore médio, desvio-padrão dos diferentes Estudos com a EAS-40, utilizando divisão entre gêneros.....	38
Tabela 3. Análise da Consistência Interna do CRQ-6.0 e da EAS-40.....	41
Tabela 4. Comparação do Coeficiente Alfa de Cronbach entre os Estudos realizados com o CRQ.....	43
Tabela 5 . Correlações entre os Escores do CRQ – 6.0 e EAS – 40.....	44
Tabela 6. Comparação das variáveis numéricas entre grupos controle e hepatite.....	45
Tabela 7. Análise comparativa dos escores das escalas entre uso de medicação para grupo hepatite.....	46
Tabela 8. Comparação das variáveis numéricas entre gêneros, por grupo (controle e hepatite).....	48

RESUMO

Risso, G. (2008). Questionário de Relacionamento Central (CRQ): validade e precisão na hepatite C crônica. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, São Paulo, pp.66.

A presente pesquisa teve o objetivo de estudar as propriedades psicométricas do Central Relationship Questionnaire – CRQ – 6.0 com pacientes portadores de hepatite C crônica. O CRQ – 6.0 é um instrumento de auto-relato que identifica o padrão central de relacionamento amoroso. É baseado no método denominado Core Conflictual Relationship Theme – CCRT. Medida alternativa ao CCRT, o CRQ possui três componentes em sua estrutura: Desejo (D), Resposta do Outro (RO) e Resposta do Eu (RE). A escolha do CRQ-6.0 para estudo é apoiada devido à ausência de pesquisas com instrumentos de medida de padrão de relacionamento no Brasil. Por se tratar de uma doença crônica, a hepatite C vem se tornando nos últimos anos como um dos mais graves problemas de saúde pública. Diversos estudos ligados ao entendimento desta patologia têm sido realizados com o intuito de preencher lacunas desta enfermidade. A hepatite C é uma doença acometida pelo vírus C, causando uma inflamação do fígado. Embora ainda não se tenha a cura, tratamentos medicamentosos têm auxiliado na tentativa de se minimizar os prejuízos desta doença. Por outro lado, a medicação desencadeia diversos efeitos colaterais que trazem prejuízos importantes na vida deste paciente como, sintomas psicopatológicos, fadiga, desesperança, problemas nos relacionamentos afetivos, dentre outros. Diante disso, este estudo torna-se relevante para esta população, buscando maior conhecimento das consequências ocasionadas pelo diagnóstico e propor novas formas de atuação. Para o estudo das qualidades psicométricas do CRQ 6.0 foi utilizada a EAS-40, que tem como objetivo avaliar sintomas, como critério externo. A amostra foi composta por 101 indivíduos, sendo 61 pacientes em tratamento ambulatorial, diagnosticados com Hepatite C Crônica (G1), e 40 acompanhantes de pacientes atendidos em outras enfermarias (G2). De acordo com os resultados, o CRQ-6.0 apresentou boa consistência interna, sendo que os coeficientes de Alfa de Cronbach variaram de 0,80 à 0,87 em seus três componentes. Houve correlação negativa entre alguns fatores da EAS-40 e alguns componentes do CRQ 6.0. Observou-se também diferenças significativas nos escores dos componentes do CRQ-6.0 e da EAS-40 entre G1 e G2; entre os pacientes do G1 que toma medicação e os que não tomam e entre os gêneros do G1. Os resultados obtidos demonstram evidências de validade no CRQ-6.0 e os instrumentos mostraram-se capazes de distinguir populações diferentes. Outros estudos tornam-se necessários para avaliar as qualidades psicométricas em outras populações.

Palavras-chave: CRQ, padrão Central de relacionamento amoroso, instrumentos de medida, hepatite C.

ABSTRACT

Risso, G. (2008). Central Relationship Questionnaire (CRQ): validity and precision in hepatitis C chronic. Master Thesis Dissertation. Pontifícia Universidade Católica of Campinas. Campinas, São Paulo, pp.85.

The following research had the purpose of studying the psychometrical properties of the Central Relationship Questionnaire – CRQ – 6.0 with hepatitis type C chronic patient bearers. The CRQ – 6.0 is an instrument of self-report that identifies the central pattern of a romantic relationship. It is based in the method denominated Core Conflictual Relationship Theme – CCRT. Alternative measure to the CCRT, the CRQ possess three components in its structure: Desire (D), Response from the Other (RO) and Response of Self (RS). The choice of the CRQ-6.0 for the study is supported by the absence of researches with pattern measuring instruments of relationship in Brazil. Being about a chronic disease, the Hepatitis type C is becoming in the last few years one of the most serious problems in public health. Many studies related to the understanding of this pathology have been done with the objective of filling out gaps of this illness. The hepatitis type C is a disease attacked by the virus C, causing an inflammation in the liver. Although it still remains with no cure, medical treatments have helped the attempt of minimizing its damages. In another hand, the medication pours a great amount of collateral effects that causes significant damages into the patient life, such as, psychopathological symptoms, fatigue, hopelessness, and problems in the affective relations, among others. Before that, this study becomes relevant to this population, searching for a broaden knowledge about the consequences occasioned by the diagnostic and proposing new ways of acting. To the studies of the psychometric properties of the CRQ 6.0 it was utilized the EAS-40, that has as objective evaluate symptoms, as an extern criteria. The sample was composed by 101 individuals, being 61 patients in ambulatory treatment, diagnosed with hepatitis type C Chronic (G1), and 40 companions of the attended patients in other wards (G2). According to the results, the CRQ-6.0 has presented good intern consistence, being that the Alfa coefficients of Cronbach vary from 0.80 to 0.87 in its three components. There was negative correlation among some factors of EAS-40 and some components of CRQ 6.0. It was seen also significant differences in the component scores of the CRQ 6.0 and the EAS-40 between G1 and G2; among the G1 patients that take medication and the ones who don't and among the genders of G1. The results obtained show evidence of validity in the CRQ 6.0 and the instruments show being capable of distinguishing different population. Other studies become necessary to evaluate the psychometrical properties in other populations.

Key-words: CRQ, Central Pattern of Romantic Relationship, Measuring instruments, Hepatitis type C

APRESENTAÇÃO

Com a crescente preocupação em desenvolver e adaptar instrumentos mais adequados a uma população específica, este estudo abordou a validação e precisão de um instrumento de medida de padrão de relacionamento amoroso com pacientes portadores de Hepatite C crônica, como forma de obter subsídios para a melhora do bem-estar destes indivíduos. Devido a carência de instrumentos psicológicos para mensurar o conflito amoroso, este estudo se fez necessário para buscar compreender as dificuldades enfrentadas por estes pacientes na relação com sua patologia. O interesse do autor com as áreas de instrumentos psicológicos e pacientes com Hepatite C crônicos surgiu na época da graduação enquanto estagiário de um Hospital no interior de São Paulo. Após isto o interesse só aumentou, pois foi ainda na graduação que o autor, em sua iniciação científica, uniu de forma significativa estudos contendo instrumentos de medida e pacientes com vírus da hepatite C crônica. A motivação para dar continuidade neste campo, agora com uma dissertação de Mestrado, representou o interesse do autor na identificação de problemas, no desenvolvimento de sua profissão como Psicólogo, para contribuir junto a programas de prevenção da doença, no tratamento e na reabilitação da saúde. A organização de programas interventivos no processo da doença já estabelecida, como a Hepatite C (HVC) crônica, deve incluir procedimentos que favoreçam a aceitação e adaptação aos limites impostos pela doença e pelo tratamento. Diante disso, torna-se importante estudar os sintomas psicopatológicos e os padrões de conflito de relacionamento amoros desses pacientes, pois muitos aspectos da não adesão podem influenciar diretamente a vida destes pacientes como por exemplo, isolamento social, baixa auto-estima, irritabilidade, depressão

entre outros (Blasirole, Shinkunas, LaBrecque, Arnold & Zickmund, 2006; Castera, Constant, Bernard, De Ledinghen e Couzigou (2006).

Esta pesquisa favoreceu minha formação profissional, consolidada no tripé: de uma sólida formação teórica, um bom manejo tecnológico e a formação para pesquisa. A atuação nesse campo, além de gerar conhecimento em seu contexto específico, favoreceu a reflexão sobre o fazer e a utilidade da presença do Psicólogo nas equipes interdisciplinares de saúde e pesquisa. É importante salientar que este estudo está incluído no projeto guarda-chuva: “Adaptação e validação de escalas de avaliação psicológica” (2003-atual), cujo objetivo geral é a adaptação e validação de diferentes instrumentos psicológicos para situações clínicas e institucionais.

Sendo assim, o presente estudo está organizado primeiramente com a introdução, na qual é apresentado uma breve contextualização do percurso (abordagens influenciadas e a criação de métodos) para a construção e desenvolvimento do Questionário de Relacionamento Central – 6.0 (CRQ-6.0).

Após segue-se uma apresentação do próprio instrumento (CRQ-6.0) e pesquisas realizadas em distintas populações com a finalidade de avaliar as propriedades psicométricas.

Sequencialmente, foi descrita a história e aspectos médicos da população utilizada (pacientes portadores de hepatite C crônica) para relacionar e justificar o estudo do CRQ-6.0 com pacientes portadores de hepatite C crônica. Posterior aos dados característicos à patologia, foram apresentados aspectos psicossociais em relação à hepatite C crônica e as pesquisas realizadas sobre o impacto na vida destes pacientes.

Nesta parte iniciou-se com os objetivos e conseqüentemente, a metodologia empregada, por meio da descrição do ambiente e dos indivíduos participantes, dos instrumentos e do procedimento usado.

No caso dos participantes foi feita a distinção entre grupos (pacientes com hepatite C crônica e população em geral). Foram relatados também a escolha de quais participantes não fizeram parte do estudo e o motivo pelo qual não entraram.

Este outro momento da pesquisa mostra os resultados e discussão, estabelecendo uma “ponte” entre os dados obtidos na pesquisa com a literatura descrita na introdução. Os dados foram dispostos também por meio de tabelas.

Posteriormente, finalizou-se com as conclusões sobre os achados do presente estudo e sugestões para propostas futuras.

Por fim, seguem-se as referências pesquisadas durante o estudo (capítulos de livros, teses e dissertações, artigos, entre outros) e os anexos contendo os instrumentos utilizados, as fichas de identificação e de estado clínico e as autorizações necessárias.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas a psicoterapia passou por uma importante transformação em seus modelos de intervenção. Conhecida anteriormente por adotar processos de longa duração, atualmente suas técnicas e métodos passaram por ajustamentos e adaptações que proporcionaram o aparecimento de abordagens mais breves e com tempo limitado. Esta mudança ocorreu principalmente nas áreas ligadas aos serviços públicos, que sob forte pressão de agências financiadoras necessitavam de resultados eficientes para lidar com a demanda existente e para reduzir os custos de todo o processo (Parry, Roth & Kerr, 2007). Este movimento proporcionou o surgimento das psicoterapias breves psicodinâmicas, dando início a uma nova modalidade de intervenção com base em pressupostos advindos da psicanálise para a resolução de conflitos e patologias específicas (Yoshida, 2004).

Evidências empíricas que pudessem dar suporte às novas técnicas passaram a ser estudadas. Dentre elas destacam-se algumas propostas as quais foram elaborados manuais de tratamento, com o detalhamento das intervenções preconizadas. Estes manuais foram criados com a finalidade de guiar o terapeuta, seja enquanto clínico ou em enquanto pesquisador na condução apropriada dos tratamentos (Yoshida, 2004). Dentre os manuais mais utilizados nas psicoterapias psicodinâmicas, destaca-se o relativo à Psicoterapia Suportiva-Expressiva (Luborsky, 1984).

A Psicoterapia Suportiva-Expressiva baseia-se no pressuposto de que as principais dificuldades enfrentadas pelos pacientes estão centradas em padrões relacionais conflituosos, cujas origens decorrem de seus relacionamentos infantis. A tentativa de operacionalização do processo de avaliação do padrão relacional

conflituoso resultou no desenvolvimento de um método denominado *Core Conflictual Relationship Theme* ou *CCRT* (Luborsky & Crits-Christoph, 1998), e traduzido para o português como Tema Central de Relacionamento Conflituoso (Yoshida, 2004).

Core Conflictual Relationship Theme – CCRT

Elaborado por Lester Luborsky em 1976/1977, o *Core Conflictual Relationship Theme - CCRT* é um método criado para identificar o padrão central de relacionamento conflituoso. Segundo o autor, o padrão central de relacionamento se refere a um modo característico do indivíduo se relacionar com os outros e pode ser pensado como esquemas ou padrões fortemente estabelecidos no relacionamento com indivíduos importantes. A relação conflituosa é iniciada quando ocorre uma distinção entre padrões de relacionamento entre duas ou mais pessoas, gerando um conflito entre desejos/impulsos e proibições; ou seja, é criada uma expectativa de um lado que pode não ser atendida pelo outro (Barber, Foltz & Weinryb, 1998; Luborsky, 1984; Luborsky & Crits-Christoph, 1998).

Luborsky (1984) identificou quatro fontes de manutenção do padrão central de conflito de relacionamento, alicerçado também no conceito de *transference template* descrito por Freud. Para Luborsky, esse padrão tem início na infância e se desenvolve ao longo da vida dos indivíduos, mantendo-se relativamente constante na fase adulta. A primeira fonte de manutenção está na infância do indivíduo, quando a criança começa a adquirir e desenvolver seus esquemas ou padrões de relacionamentos no aprendizado com suas figuras parentais (pais/responsáveis), através da experiência de repetidas interações. Nesse momento, a aquisição desse novo “repertório” é motivada pelo desejo da criança, tanto em agradar quanto em

não agradar seus pais/responsáveis (Botino, 2000; Luborsky, 1984; Luborsky & Crits-Christoph, 1998).

A segunda fonte caracteriza-se pela necessidade de gratificação, ou seja, de ser recompensado. Este comportamento proporciona um aumento da intensidade de expressar e satisfazer seus desejos, mantidos de forma elevada através da expectativa de receber respostas tidas como “positivas” nas suas interações com o outro (Botino, 2000; Luborsky, 1984; Luborsky & Crits-Christoph, 1998).

Na terceira fonte, o autor descreve a repetição de cenas e idéias traumáticas como fator importante na construção do padrão central de relacionamento conflituoso, apoiado no conceito de compulsão à repetição desenvolvido por Freud, sugerindo a necessidade do indivíduo de repetir e atuar memórias de ordem traumática por meio dos relacionamentos e dos sonhos (Botino, 2000; Luborsky, 1984; Luborsky & Crits-Christoph, 1998).

Por fim, alicerçado pelos estudos de Freud sobre a transferência negativa e positiva, o autor sugere a existência de uma quarta fonte, que é relacionada à repetição para obter o controle, na qual o indivíduo, frente a uma situação traumática, busca recorrer às suas experiências negativas anteriores como forma de enfrentar ou lidar com o momento presente. Essa procura pelo controle da situação traumática é explicada pela tentativa de resolver os relacionamentos tidos como negativos e frustrantes durante toda a vida do indivíduo (Bottino, 2000; Luborsky, 1984; Luborsky & Crits-Christoph, 1998).

Com base nestas fontes, Luborsky formulou o CCRT, consistindo de três classes de componentes: desejos, necessidades ou intenções do indivíduo (D); respostas do outro, tidas como reais ou expectativas (RO) e respostas reais ou expectativas do eu a maneira como o indivíduo reage de acordo com a resposta do

outro (RE). Estes três componentes são identificados e analisados a partir das narrativas do próprio indivíduo, sobre o seu relacionamento com outras pessoas tidas como importantes na sua vida (Luborsky & Crits-Christoph, 1998). Esses componentes se encontram na maioria das vezes em constante conflito e podendo ser observados nos diferentes relatos de relacionamento dos pacientes com outros indivíduos (inclusive o terapeuta) durante o processo terapêutico (Luborsky, 1984; Luborsky & Crits-Christoph, 1998).

A formulação do método CCRT, pode ser feita por meio de duas maneiras. A primeira, pela forma denominada “tailor made”, em que as formulações são descritas por juízes, individualmente, para cada paciente. De acordo com esta maneira, os desejos, respostas do outro e respostas do eu, são específicos para cada paciente avaliado. Na segunda maneira, utilizam-se categorias padronizadas, resultantes de pesquisas empíricas que indicaram os desejos, respostas do outro e respostas do eu mais freqüentes. Facilita a concordância no julgamento de juízes, conferindo maior confiabilidade à aplicação do método em situações de pesquisa (Luborsky, 1984; Luborsky & Crits-Christoph, 1998).

Este método – CCRT vem desde a década de 80 sendo largamente utilizado em pesquisas sobre psicoterapias psicodinâmicas, constituindo-se em um dos métodos de identificação do padrão central de relacionamento mais utilizados (Luborsky & Crits-Christoph, 1998). Dentre as pesquisas em que se utilizou o CCRT, pode-se citar, a título de exemplo, o estudo de caso com paciente com transtorno de personalidade, realizado por Vinnars e Barber (2008); pacientes com fadiga crônica de Vandenberg, Vanheule, Rosseel, Desmet e Verhaeghe (2008); a pesquisa sobre o padrão de relacionamento em pacientes com Alexitimia de Vanheule, Desmet, Rosseel, Verhaeghe e Meganck (2007); pacientes adultos vítimas de

trauma infantil de Drepau (2004); familiares e suas representações sobre pacientes com bulimia nervosa de Benninghoven, Schneider, Strack, Reich e Cierpka (2003) e pacientes com doenças crônicas e suas atitudes físicas de Waldvogel, Vogt e Seidl (1995). Utilizado por pesquisadores de diferentes países, o CCRT possui traduções de suas categorias padrão para vários idiomas, tais como: alemão, francês, italiano, sueco, japonês, finlandês, russo, chinês, coreano, português de Portugal e também do Brasil (Department of Psychiatry of the University of Pennsylvania).

Embora o CCRT seja um método muito utilizado, dificuldades importantes em sua aplicação e avaliação merecem ser apontadas. Um primeiro aspecto, relaciona-se à sua aplicação, pois se trata de um método trabalhoso que consome muito tempo. Esta, baseia-se em material gravado em vídeo e/ou áudio, que são a seguir transcritos. Com isto, torna-se inviável ou pouco recomendável em determinadas situações. Um segundo aspecto, é o fato de que a avaliação do CCRT requer o envolvimento de juízes independentes, treinados para a utilização do mesmo (Barber & cols., 1998).

Para tornar o procedimento algo mais padronizado, Luborsky propôs em 1978, que o CCRT poderia ser deduzido a partir de Relationship Anecdotes Paradigm (RAP). A RAP é uma entrevista semi-estruturada em que se solicita ao paciente que descreva/conte dez eventos reais de relacionamentos com outros indivíduos. Cada narrativa é um relato de interações específicas com outros indivíduos específicos (Luborsky & Crits-Christoph, 1998; Wilczec, Weinryb, Barber, Gustavsson, Asberg, 2000).

Nesse caso, o paciente é livre para contar uma narrativa sobre algum episódio do relacionamento, podendo ser sobre fatos passados ou presentes. Em seguida, o paciente é encorajado a descrever o episódio de maneira concreta, ou

seja, detalhada e incluir um trecho da conversa tida com o indivíduo. Cada episódio relatado concretamente necessita ter em seu conteúdo aspectos que respondam perguntas como: O que você (paciente) disse? O que o outro disse? E o que aconteceu no final? (Luborsky & Crits-Christoph, 1998; Wilczec & cols., 2000).

A RAP é constituída por dez episódios relacionais e relevantes contados pelo próprio paciente com relação à sua vida durante uma sessão gravada de trinta a cinquenta minutos (Luborsky & Crits-Christoph, 1998). Por ser gravada e transcrita, a RAP também se mostra trabalhosa e pouco adequada para situações de pesquisa em instituições e quando são utilizadas grandes amostras. Assim, diante da necessidade de desenvolver um instrumento mais adequado a ambientes institucionais, foi construído o Central Relationship Questionnaire – CRQ-6.0 (Barber & cols., 1998), um instrumento de auto-relato, baseado no CCRT, como forma de preencher esta lacuna no campo das pesquisas.

Central Relationship Questionnaire – CRQ – 6.0

O Central Relationship Questionnaire (CRQ – 6.0) (Anexo A) é um instrumento de medida desenvolvido por Jacques P. Barber e colaboradores, no fim da década de 90, com a finalidade de identificar o padrão central de relacionamento. Por se tratar de um questionário de auto-relato, o CRQ permite que sua aplicação seja realizada em grandes amostras, sendo adequado a ambientes institucionais como, por exemplo, hospitais, não se restringindo apenas ao contexto psicoterapêutico. Outro fator importante é que não depende da avaliação de juízes, tornando-o um método menos trabalhoso (Barber & cols., 1998; Weinryb, Barber, Foltz, Göransson & Gustavsson, 2000).

O CRQ é uma alternativa de medida, tendo sua base constituída a partir do método denominado Core Conflictual Relationship Theme (CCRT) desenvolvido por Luborsky em 1976/1977 como tentativa de se operacionalizar o conceito de transferência de Freud em situações de pesquisas.

A versão do CRQ (Anexo B) utilizada no presente estudo possui 101 itens divididos nos mesmos três componentes do CCRT: Desejo (D), Resposta do Outro (RO) e Resposta do Eu (RE). O componente D possui 40 itens compostos por 12 sub-escalas (ser fechado, ser distante, ser dominador, ser hostil, ser independente, ser amado, ser reconhecido, ser seguro, ser atraente, ser submisso, ser suportivo e ser de confiança); enquanto que o RO tem 23 itens e 8 sub-escalas (é distante, é dominador, é hostil, é independente, é amado, é atraente, é submissivo e é descontrolado); e o RE formado por 38 itens e 13 sub-escalas (sou ambivalente, sou ansioso, sou fechado, sou distante, sou dominador, não sou querido, sou independente, não sou conflituoso, sou atraente, sou submisso, sou bem sucedido, sou suportivo, sou valorizado), dispostos em uma escala likert de 1 a 7 (1= nunca, 2= raramente, 3= ocasionalmente, 4= as vezes, 5= frequentemente, 6= muito frequentemente e 7= sempre), sendo que o indivíduo é solicitado a responder referindo-se ao pior momento de seu relacionamento (Barber, 1997).

Na literatura nacional, existem alguns instrumentos de medida de relacionamento interpessoal ainda em fase validação. Pode-se citar, por exemplo, o *Beziehungs-Muster Fragebogen (BeMus-3)*, mais conhecido na literatura internacional como *Relationship Patterns Questionnaire – RPQ* (Kurth & Pokorny, 2002 e 2004) com duas versões (uma longa e uma abreviada), sendo que sua versão abreviada vem sendo adaptada no Brasil por Ferreira e cols., 2006; o *Check List of Interpersonal Transactions - Revised – CLOIT-R* e o *Check List of*

Psychotherapy Transactions – Revised – CLOPT-R (Kiesler, Goldston & Schmidt, 1991), com versões brasileiras adaptadas por Couto, Van Hattum, Vandenberghe e Benfica (2005); além do *Central Relationship Questionnaire – CRQ – 6.0* (Barber & cols., 1998), contando com estudo inicial intitulado, “*Tradução e adaptação cultural do Central Relationship Questionnaire – CRQ*” (Rocha, 2007) e de estudos relacionados às propriedades psicométricas em desenvolvimento pelos membros do grupo de pesquisa, Psicoterapia Breve Psicodinâmica: avaliação de mudança e instrumentos de medida, do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia, da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, do qual esta dissertação faz parte.

Embora existam ainda poucos estudos na literatura internacional utilizando o CRQ, pesquisas preliminares têm sugerido resultados importantes e satisfatórios relacionado às propriedades psicométricas deste instrumento. Diante disso, tem-se realizado pesquisas buscando uma melhor adequação de seus itens, traduções adequadas para populações e culturas distintas, entre outras.

Um primeiro estudo avaliou a validade e confiabilidade do CRQ utilizando uma amostra total composta por 465 indivíduos, sendo 315 estudantes universitários norte-americanos (n=212 M e n=103 H) com idade entre 17 e 47 anos (M=20,13 e DP=3,19), como parte de um grupo controle. Um outro grupo formado por uma amostra clínica contendo 96 indivíduos (n=63 M e n=33 H) entre 19 e 66 anos (M=30,77 e DP=8,72), com diagnóstico de transtorno psiquiátrico de acordo com uma entrevista clínica estrutural baseada no DSM-III-R (Barber & cols., 1998).

Os diagnósticos encontrados nesta amostra foram: transtorno de ansiedade, transtorno do pânico com e sem agorafobia, fobia social, transtorno obsessivo-compulsivo, estresse pós-traumático, transtorno de ansiedade generalizada e

transtorno de ansiedade não especificado. O terceiro grupo, denominado grupo reteste contou com 54 estudantes universitários (n=30 M e n=24 H), com idades variando entre 19 e 37 anos (M=25,28 e DP=4,14). Os instrumentos utilizados pelos autores foram: o *Beck Anxiety Inventory – BAI* (Beck & cols.,1988) para avaliar estados de ansiedade, o *Inventory of Interpersonal Problems – IIP* (Horowitz & cols.,1988), que avalia a severidade e os tipos de dificuldades interpessoais, o *Beck Depression Inventory – BDI* (Beck & cols.,1961), para medir depressão, o *Symptom Checklist 90 – Revised – SCL-90-R* (Derogatis,1977) que acessa diferentes sintomas psiquiátricos e o *NEO – Five Factor Inventory – NEO – FFI* (Costa & McCrae,1991) para avaliar dimensões de personalidade. Entre os resultados vale ressaltar os coeficientes Alfa de Cronbach (α) de cada um dos componentes: Desejo – D (M=0,88 e Mdn=0,90), Resposta do Outro – RO (M=0,88 e Mdn=0,88) e Resposta do Eu – RE (M=0,85 e Mdn=0,89), evidenciando consistência interna aceitável. Foi encontrado também que cada um dos componentes do CRQ (D, RO e RE) pode ser agrupado em diferentes sub-escalas, sendo 7 para Desejo (total de 49 itens) 7 para RO (total de 39 itens) e 8 para RE (total de 51 itens). No estudo de validade convergente foram encontradas correlações entre problemas interpessoais e sintomatologia (Barber & cols.,1998).

Em outra pesquisa realizada por Weinryb e cols. (2000), com a finalidade de avaliar as propriedades psicométricas do CRQ em uma população da Suécia, utilizou-se uma amostra total de 219 indivíduos, sendo, uma amostra composta por estudantes universitários suecos (grupo de n=91) e outra por pacientes psiquiátricos suecos (grupo de n=30). Um terceiro grupo utilizado para comparação era constituído por estudantes norte-americanos (grupo de n=98). Foram utilizadas a versão Sueca do CRQ e o *Inventory of Interpersonal Problems – IIP*. Com relação

aos resultados, os autores destacam os coeficientes Alfa de Cronbach (α) obtidos para cada um dos componentes do CRQ. para a população dos universitários suecos. D (M=0,85 e Mdn=0,84), RO (M=0,86 e Mdn=0,88) e RE (M=0,83 e Mdn=0,89). Em conclusão, a versão sueca do CRQ apresentou: consistência interna aceitável, validade convergente (correlação com o IIP), evidências de validade divergente entre os estudantes e os pacientes suecos e diferenças entre estudantes suecos e norte-americanos (Weinryb & cols.,2000).

Outra pesquisa utilizando o CRQ teve como objetivo avaliar problemas interpessoais e o padrão central de relacionamento em sobreviventes do holocausto. O estudo foi realizado com uma amostra total de 110 participantes (n=55 M e n=55 H), com idades entre 30 e 49 anos (M=39,74 e DP=3,95), sendo 56 indivíduos adultos nascidos de mães sobreviventes dos campos de concentração nazistas na Alemanha e um outro grupo de 54 indivíduos nascidos de pais que imigraram para Israel antes de 1939. Foram utilizados o *Inventory of Interpersonal Problems Circumplex – IIP-C* (Alden & cols.,1990), versão curta do *Inventory of Interpersonal Problems – IIP* (Horowitz & cols.,1988), o *Central Relationship Questionnaire – CRQ* (Barber & cols.,1998), o *Marlowe-Crowne Social Desirability Scale – SDS* (Crowne & Marlowe,1960), o *Mental Health Index – MHI* (Veit & Ware,1983), e o *Parental Communication of Holocaust Experiences Questionnaire* (Lichtiman, 1983/1984). Neste estudo a versão utilizada também foi a mesma referida nas pesquisas de Barber e cols. (1998) e Weinryb e cols.(2000). O estudo mostrou que o CRQ foi capaz de diferenciar o padrão de relacionamento conflituoso entre os diferentes grupos, porém não houve associação entre sintomatologia e problemas interpessoais. (Wiseman, Barber, Raz, Yam, Foltz & Livne-Snir, 2002).

Em estudos de McCarth e cols. (2008), buscou-se, entre outras coisas, avaliar as propriedades psicométricas de uma nova versão do CRQ, que inclui além do padrão de relacionamento com o par amoroso, a avaliação de padrões de relacionamento envolvendo diferentes tipos de pessoas: mães, pais e melhores amigos. A amostra constou de 342 indivíduos sendo 250 indivíduos do grupo clínico (diagnóstico de transtorno depressivo, obesidade, transtorno do pânico, transtorno de ansiedade generalizada, ou transtorno de personalidade borderline de acordo com o DSM-IV) e 92 indivíduos do grupo controle. Os instrumentos utilizados foram: o *Central Relationship Questionnaire - CRQ* (Barber, 1997), o *Global Assessment of Functioning Scale - GAF* (American Psychiatric Association, 2000). O GAF é uma medida de um item de funcionamento psicológico, social e ocupacional com validade e confiabilidade documentada por Goldman (2005) e Hilsenroth e cols. (2000). Foi usado também o *Inventory of Interpersonal Problems - IIP* (Horowitz e cols., 2000) e o *Brief Symptom Inventory - BSI* (Derogatis & Melisaratos, 1983). O BSI é um instrumento de auto-relato composto por 53 itens para medir a angústia.

Com relação aos resultados é importante salientar que após análise fatorial das sub-escalas e dos itens foram realizadas algumas modificações. O componente D, passou de 14 sub-escalas para 12 e de 71 itens para 40; o RO de 10 sub-escalas para 8 e de 56 itens para 23 e o RE manteve as mesmas sub-escalas, mas passou-se de 68 itens para 38 . Outro resultado encontrado foi que uma maior rigidez nos relacionamentos foi relacionada a sintomas menos severos e problemas interpessoais, contrariando a hipótese dos autores. (McCarthy, Gibbons & Barber, 2008).

Considerando tratar-se de um instrumento empiricamente desenvolvido, é necessário examinar as propriedades psicométricas para diferentes extratos da

população. Ademais, quando se trata de versão traduzida, adaptações semânticas são usualmente necessárias, para adequar às características lingüísticas de cada povo. Para isso foi realizada adaptação e tradução por Rocha (2007) e posteriormente a aplicação de um estudo piloto para adequação do instrumento à população brasileira.

Por se tratar de um instrumento voltado para a avaliação de padrões de relacionamento, considerou-se que no processo de adaptação e validação deste instrumento para o português do Brasil, poderia ser útil iniciar por extratos da população em que se espera que os conflitos relacionais possam desempenhar um papel relevante. Neste sentido, escolheu-se para esta pesquisa, avaliar as qualidades psicométricas do CRQ, de uma amostra de pacientes com Hepatite Viral C crônica.

Hepatite Viral C – HVC

“A evolução das idéias e das teorias sobre o papel do fígado no organismo humano apresenta um aspecto singular, assinalado ao frisar-se que se trata muito mais do que a história de um órgão. Alicerçou-se esta afirmação na constação de que muitos acontecimentos da história do ser humano foram influenciados por este órgão, tomando-se como exemplo o que aconteceu com a hepatite por vírus que contribuiu para modificar o curso da história. Esta infecção, na realidade, diminuiu o poder de combate dos exércitos em guerras dos séculos XVIII, XIX e XX, tal como se observou na Sucessão na Áustria (1741-1748), na Guerra Civil Americana e Franco Prussiana (1870-1871) e sobretudo, no século presente, II Guerra Mundial, na da Coréia e do Vietnã. Outro aspecto assinalado é de que, desde a mais remota antiguidade, no primeiro e no segundo

milênio A.C., os assírios e os babilônios atribuíam grande importância a inspecionar um fígado antes que decisões importantes fossem tomadas na vida individual ou nos acontecimentos dos povos” (Silva & D’Albuquerque, 2001,p.03).

Identificada pela primeira vez por Lindstedt em 1919, a hepatite é uma doença inflamatória no fígado, podendo ser do tipo viral, alcoólica, por drogas ou auto-imune. As hepatites causadas por vírus são conhecidas há mais de cinco décadas quando Finaly e MacCallum (1939) sugeriram as denominações “hepatite infecciosa” e “hepatite sérica” (Gongora, 1996).

As hepatites virais fazem parte de um conjunto de infecções causadas por vírus hepatotrópicos que são rotulados pelas letras do alfabeto (Veronesi & Focaccia, 2005; Silva & D’Albuquerque, 2001). Nos dias de hoje, cinco vírus já são conhecidos, sendo eles: o vírus A (Hepatite Viral A - HVA), o vírus B (Hepatite Viral B - HVB), o vírus C (Hepatite Viral C -HVC), o vírus D (Hepatite Viral D -HVD), o vírus E (Hepatite Viral E - HVE). Existem também outros três vírus como o vírus G (Hepatite viral G - HVG), o vírus transmitido por transfusão (TIV) e o SEN-vírus. Estes três últimos foram recentemente descobertos e ainda se encontram em fase de identificação e investigação. O desenvolvimento clínico das hepatites virais é variado porque depende do seu agente etiológico. Sua amplitude alcança desde formas benígnas (causadas pelos vírus A e E), até situações de cronicidade (vírus B, C e D), por exemplo (Ferreira & Silveira, 2004). Atualmente, dentre as hepatites por vírus, a hepatite C constitui um dos mais graves problemas de saúde pública e comunitária com que a população mundial vem se deparando. Acredita-se que o número de pessoas portadoras de hepatite C seja muito maior do que o de

portadores de HIV (Ministério da Saúde, 2007). Os conhecimentos sobre a hepatite viral C (HVC) vêm se desenvolvendo num fluxo constante de informações mais objetivas a partir de 1989, época em que o vírus foi identificado, clonado e seu genoma seqüenciado. Esta clonagem, já na década de 90, permitiu o desenvolvimento de testes sorológicos específicos. A HVC é causada por um vírus pequeno (30-60 nm de diâmetro), contendo uma molécula de RNA de cadeia simples no seu núcleo e um envelope lipídico. A seqüência nucleotídica no genoma da HVC indica que ele é “parente” dos flavivírus humanos (febre amarela, dengue e encefalite japonesa) e de animais (diarréia bovina). Esses tipos virais têm organização genética e polipeptídica similares, permitindo-lhes classificação em três genomas separados, pertencentes à família flaviviridae (Barone, 2008; Veronesi & Focaccia, 2005).

Anteriormente chamada de hepatite não-A/não-B, a hepatite viral C (HVC) ocorre principalmente pela transmissão por via parenteral, seja através de transfusões e derivados de sangue, transplantes de órgãos e tecidos, agulhas, seringas e ferimentos, uso de drogas injetáveis ou aspiradas, hemodiálise, tatuagens e piercings, e outros materiais que possam conter sangue contaminado. São descritas também outras formas como, o contato com fluídos corporais infectados e contaminação ocasionada por via sexual e por transmissão materno-fetal, ainda que de modo menos freqüente. Nos outros 50% dos casos, não se consegue incluir os pacientes em qualquer um dos grupos de riscos referidos, sendo rotulados como forma de contaminação esporádica, motivo de preocupação por não se saber o modo de transmissão, apesar da alta freqüência com que ocorrem (Figueiredo & Oliveira, 2002; Veronesi & Focaccia, 2005; Prado, 2008).

Considerada a epidemia do novo milênio, estima-se que cerca de 170 a 200 milhões de pessoas estejam infectadas pelo vírus C, ou seja, aproximadamente 3% da população em todo o mundo, sendo que existem dados que apresentam cerca de 170.000 novos infectados por ano. Na maioria dos países a porcentagem é menor que 3%, mas em outros como alguns países da África e Japão esse número chega a 15%. No Egito, essa porcentagem pode ser ainda superior, chegando entre 20% e 30%. A infecção crônica está presente em mais de 85% das pessoas infectadas pelo vírus C e a doença crônica do fígado aparece em mais de 70%. Dados ainda revelam que 8.000 a 10.000 pessoas, por ano, morrem por doença crônica do fígado (Veronesi & Focaccia, 2005; Teixeira, Martins Filho & Oliveira, 2006). No Brasil, a prevalência média do vírus C em doadores de sangue é de cerca de 2%. Em algumas regiões, no entanto, têm sido identificadas taxas maiores, como o Paraná e Acre, apresentando prevalência próxima a 10%. Estes dados epidemiológicos permitem estimar, pelo menos, a existência de 3 a 4 milhões de pessoas infectadas no país pelo vírus HVC, ainda que estes dados não sejam oficiais. Ademais, essa doença possui um número grande de portadores que não sabem que a possuem, devido ao início da doença ocorrer de forma assintomática. Estes dados tornam a hepatite C, das maiores epidemia da história da humanidade, sendo que mais de 90% destes indivíduos infectados desconhecem sua condição sorológica (Ministério da Saúde, 2007; Teixeira & cols., 2005).

Um dado importante descrito pela literatura é que, apesar da distribuição universal, a prevalência da Hepatite C varia com a localização geográfica, com os métodos diagnósticos empregados, com a seleção e a idade de cada grupo estudado. Apesar disso, alguns dados mostram uma maior prevalência em indivíduos com nível sócio-econômico mais baixo e um leve predomínio em

indivíduos do gênero masculino. Estes dados descrevem também que parceiros de indivíduos infectados possuem cerca de 3,7 vezes mais chances de serem infectados, se comparados com situações de risco (Veronesi & Focaccia, 2005). Grande parte dos indivíduos infectados pelo vírus da hepatite C são assintomáticos, ou seja, não apresentam sintomas da doença, independentemente se estão na fase aguda ou no processo evolutivo crônico (fator que dificulta estimar o número exato de indivíduos), a menos que desenvolvam complicações hepáticas ou extra-hepáticas devido a infecção (Veronesi & Focaccia, 2005).

A evolução da doença pode ocorrer na forma aguda ou crônica. A ocorrência da forma aguda ocorre em 10% a 15% dos indivíduos adultos, enquanto que sua cronificação acomete entre 80% e 85% dos casos. Ao se manifestar, a infecção traz consigo a manifestação de sintomas como náuseas, mal-estar, icterícia, perda do apetite, vômito e dor entre duas e doze semanas após seu início, podendo durar vários meses. Na presença destes sintomas, os pacientes procuram o sistema de saúde e quando assintomáticos são geralmente identificados em bancos de sangue, no momento da doação (Veronesi & Focaccia, 2005).

Em relação à forma crônica, sua característica principal é uma inflamação hepática persistente, com duração maior que seis meses. Sua evolução ocorre de maneira lenta, isto é, o aparecimento das manifestações clínicas iniciam nas primeiras décadas do surgimento da infecção. Uma pequena parte desses indivíduos relataram sintomas como cansaço neste período, porém, com a evolução da doença surgem os primeiros sintomas; como por exemplo: pequenos sangramentos (nas gengivas depois de uma escovação), pequenos hematomas pós-traumas, edemas nos membros inferiores entre outros. Esta infecção crônica pode ficar estabilizada durante anos, ou até décadas para em seguida avançar para uma

cirrose (20% a 30% dos casos) ou um hepatocarcinoma (10% a 15%). Complicações advindas desse estágio podem carregar paralelamente outros fatores prejudiciais como: insuficiência hepática, ascite, varizes gastresofágicas e encefalopatia hepática. Estes pacientes são vistos pelos especialistas como indivíduos com maiores riscos de mortalidade (Veronesi & Focaccia, 2005).

Para o diagnóstico são utilizados métodos por identificação dos anticorpos, que são denominados enzima imunoensaio de terceira ou quarta geração (EIA/Elisa III e EIA/Elisa IV) (Veronesi & Focaccia, 2005; Gonçales & Gonçales Júnior, 2008). O período de evolução deverá variar de acordo com a reação de cada organismo, dos cuidados e do estilo de vida do paciente. O tratamento ainda é impreciso e inadequado, embora haja nos últimos anos avanços consideráveis e muitos tratamentos promissores em fase de pesquisa (Varaldo, 2001).

O início do tratamento começa após o diagnóstico positivo da infecção. Na infecção aguda não há ainda um consenso se os pacientes devem ser tratados ou não, porque se por um lado há alta probabilidade de cronificação, a intervenção com medicação, que interfere no sistema imunológico, pode teoricamente produzir uma desestabilização imunológica desfavorável ao paciente. Nas formas crônicas, em geral, há indicação formal de tratamento, excetuando-se algumas condições clínicas que impeçam o uso da medicação, e nas formas extremas de lesão (mínimas e estáveis ou cirrose muito avançada) (Veronesi & Focaccia, 2005).

O tratamento terapêutico anteriormente utilizado era a monoterapia, seja com ribavirina (800 a 1000 mg/dia, via oral) ou interferon alfa (3m μ , três vezes por semana), ainda que nenhum apresentasse resultados totalmente satisfatórios. Atualmente em alguns casos, adota-se a associação dos dois medicamentos, ou seja, o esquema combinado de interferon alfa e ribavirina. Com esta associação

consegue-se alcançar pelo menos 40% de eficácia no combate ao vírus do HVC. O Interferon alfa é uma droga com ação anti-viral que estimula a resposta imunológica do organismo contra o vírus. Os interferons são proteínas produzidas por nosso organismo como uma resposta de defesa a agressões virais, bacterianas ou outros agentes estranhos ao nosso organismo. A ribavirina também é uma droga anti-viral que promove atividade “inflamatória” reduzida nos primeiros meses, ocorrendo a normalização das transaminases (Veronesi & Focaccia, 2005).

Esta medicação é considerada como anti-inflamatória, e com a sua suspensão a atividade da doença é a recidiva, ou seja, com a suspensão da medicação ocorre o re-surgimento desta patologia. O tratamento tem atingido o período de seis meses até dezoito meses com o uso do esquema combinado de interferon-alfa e ribavirina. Estudos têm mostrado uma maior eficácia nos tratamentos com duração de dezoito meses do que em tratamentos com duração de doze meses. Com o término do tratamento, é aguardado um ano e meio a dois anos para se fazer uma nova avaliação, isto é, uma nova biópsia, com intuito de se verificar uma possível regressão da fibrose (Veronesi & Focaccia, 2005).

Atualmente começam a surgir novas drogas, mais eficazes e bem toleráveis, como o Peg-interferon, sendo que sua administração só pode ser realizada uma vez por semana e sua eficácia está em torno de 50%. O peg-interferon possui uma substância sintética que consegue fazer com que a substância do interferon não seja tida como um corpo estranho dentro do organismo, fazendo com que se obtenha uma melhor eficácia no tratamento. É importante destacar que a recomendação para o uso de um ou outro esquema terapêutico é baseada no fato de que cada esquema medicamentoso se adapta melhor a uma especificidade da doença, proporcionando

um melhor prognóstico do curso da doença, já que não se dispõe de cura (Veronesi & Focaccia, 2005).

No que diz respeito à vacina para prevenção do vírus do HVC, esta é uma solução que parece ser pouco provável à curto prazo, devido principalmente aos anticorpos anti-HVC serem incompatíveis à proteção da doença. Durante o tratamento com o interferon-alfa e o interferon peguilado ocorrem alguns efeitos colaterais (secundários) tais como: sintomas neuropsiquiátricos, oftalmológicos, auditivos, neurológicos, aparecimento de auto-anticorpos séricos, endócrinos, dermatológicos, hepáticos, digestivos-pancreáticos, pulmonares, renais e cardiovasculares. Os aspectos mais freqüentes são: febre, cefaléia, mialgias, artralgias, entre outros. Dentre os efeitos secundários (colaterais) psiquiátricos é importante citar, os leves (cefaléia, sonolência e distúrbios da memória) e os graves (demência, síndrome atáxica, distúrbios da afetividade, do comportamento e da personalidade, confusão, delírio e coma (Veronesi & Focaccia, 2005).

Aspectos Psicossociais

A preocupação com a possibilidade de transtornos mentais e a redução na qualidade de vida associada ao tratamento da hepatite C, tem levado profissionais da área médica e equipes interdisciplinares a solicitarem, rotineiramente, uma avaliação psicológica anterior ao tratamento. Principalmente nas condições crônicas, os processos patofisiológicos envolvidos e as adversidades neles implícitas podem afetar profundamente o funcionamento das pessoas em diversos níveis, tais como, o nível emocional, social, vocacional e sexual (Miyazaki, Valério, Souza & Silva, 2005).

A doença só é apresentada como crônica quando os recursos médico-farmacológicos disponíveis são insuficientes para curar a doença subjacente. Nestes casos, o processo terapêutico apenas contribui para a desaceleração da progressão da doença, aliviando os sintomas e mantendo o melhor nível de funcionamento possível para o organismo afetado. A condição ou situação de cronicidade não é apenas uma situação de estresse psicológico, mas é também fonte de novos estressores incluindo: mudanças no estilo de vida, na sua energia física, na aparência pessoal e no próprio regime de tratamento. Estas condições são usualmente acompanhadas de reações e estados emocionais tais como: insatisfação, insegurança, depressão, angústia, medo, sentimentos de desespero, fé, esperança, saudade e resignação. Fatores como isolamento social, pré-conceito e dificuldades de relacionamento também são citados nesta população, por causa dos efeitos colaterais físicos proporcionados pela doença (Miyazaki & cols., 2005).

Os transtornos ou sintomas psiquiátricos tais como depressão maior, alterações de humor, temperamento violento e instabilidade emocional estão muitas vezes relacionados às condições crônicas de saúde, prejudicando inclusive os relacionamentos destes indivíduos. Desta forma, a infecção pelo vírus da Hepatite C (HVC) constitui-se em uma condição crônica que acarreta dificuldades e sofrimentos psicológicos importantes (Mulder, Ang, Chapman, Ross, Steven & Edgar, 2000; Thomson & Finch, 2005). Segundo pesquisas realizadas, duas linhas distintas apontam para evidências na relação entre HVC e depressão. Uma delas é o fato de pacientes diagnosticados com transtornos psiquiátricos terem maior índice de infecção pelo HVC, quando comparados com a população geral. Já a segunda é que existe maior prevalência de transtornos psiquiátricos em indivíduos infectados pelo HVC, sendo a depressão o distúrbio mais freqüente e clinicamente importante nesta

população (Stumpf, Rocha & Proietti, 2006; Zdilar, Franco-Bronson, Buchler, Locaia & Younossi, 2000).

Os motivos para um elevado índice da depressão em indivíduos infectados por esta doença ainda são desconhecidos, embora dois fatores mereçam destaque. Indivíduos infectados pelo HVC são relativamente jovens (prevalência mais elevada entre 30 e 40 anos de idade) e podem estar sujeitos a depressões relacionadas a preocupações sobre seu prognóstico a longo prazo e apresentam mais queixas somáticas do que pacientes com outros tipos de doença no fígado. Outro motivo é que nesta faixa etária se tornam grupo de risco para a depressão, ligada ao abuso de substância (Thomson & Finch, 2005).

Há uma grande preocupação com os efeitos colaterais psiquiátricos (estados alterados de humor, delírio, ansiedade e irritabilidade) junto ao uso do Interferon-alfa, que parece estar relacionado à alteração do humor. Estes efeitos colaterais são responsáveis por uma causa comum no processo de interrupção do tratamento medicamentoso, e alguns especialistas acreditam que estes transtornos psiquiátricos possam levar a um comportamento suicida (Strader, Wright, Thomas & Seef, 2004). Pacientes com doença psiquiátrica maior são de alto risco para exposição à HVB/HVC. O que alguns autores constataam é que o interferon pode induzir ou exacerbar sintomas psiquiátricos e assim reduzir a adesão ao tratamento e proporcionar uma elevada taxa de suicídio. O manejo da HVC com interferon em pacientes com doenças psiquiátricas maior aumenta um nível significativo de complexidade para a clínica-médica, e propõe uma série de desafios éticos (Balasubramanian, Prosser, Ransibrahmanakul, Rossaro & Bourgeois, 2005).

Pacientes com transtorno do humor (depressão maior e transtorno bipolar) podem ter as funções cognitivas empobrecidas, ou seja, decréscimo de memória e

concentração. Outros sintomas como, humor deprimido, decréscimo na motivação, desesperança profunda e pouca energia podem se tornar um grande risco para a não adesão à medicação. Pacientes deprimidos são um risco para ideação suicida, e isto pode ser expressado na passividade e na falta do próprio cuidado. Pacientes com ilusões paranóides podem acreditar que as medicações seriam uma “espécie de veneno”. Estes indivíduos diagnosticados com patologias psicóticas (alucinações e delírios) podem também alterar seus entendimentos com relação às instruções clínicas, dificultando assim o tratamento da doença (Balasubramanian & cols., 2005).

Em um estudo realizado por Kraus, Schäfer, Faller, Csef e Scheurlen (2003), sintomas psiquiátricos em pacientes com HVC, que estavam utilizando Interferon-alfa, foram avaliados. A pesquisa foi realizada com 104 pacientes dos quais 84 tinham diagnóstico da doença e estavam em tratamento medicamentoso e 20 sem tratamento. De acordo com os pesquisadores, os pacientes com vírus da hepatite C submetido ao tratamento medicamentoso apresentaram maiores índices de ansiedade, depressão e raiva/hostilidade. Outro grupo de pesquisa também encontrou alta prevalência de ansiedade e depressão somadas às complicações neuropsicológicas, em uma amostra de 20 pacientes com HVC em tratamento medicamentoso (Amódio & cols., 2005).

Outro estudo realizado por Blasiolo, Shinkunas, LaBrecque, Arnold e Zickmund (2006) com pacientes com HVC, foi realizado em uma amostra contendo 342 pacientes, sendo 37% do gênero feminino. Os dados apontaram para aspectos significativos ligados a problemas sociais como, por exemplo, isolamento social e stress familiar. A preocupação mais comum se reflete no discernimento limitado dos pacientes e parentes, e dos amigos sobre a doença, o risco para sua propagação e acerca das conseqüências em potencial. Estimativas desta pesquisa mostraram que

45% dos indivíduos infectados perderam ou tiveram deterioramento dos seus últimos relacionamentos amorosos devido ao impacto negativo da doença. Algumas falas desses pacientes também foram descritas como, por exemplo: “Eu sou um estranho para minha família”, “Minha mulher e eu nos divorciamos há um ano e meio atrás”, “Eu não entendi o que foi feito comigo”. Um dos elementos desta doença é a depressão e a inabilidade de pensar algumas vezes de forma coerente. Para estes pacientes, o diagnóstico de HVC indica uma situação de isolamento social generalizada. Este sentimento de isolamento acomete de forma negativa e causa impacto em quase todos os aspectos da sua vida social: “Bem, isso tem afetado a minha família, como também os meus pais e outras coisas. A minha mãe teve medo de me beijar, ela acha que é como AIDS, você sabe”. “A doença causou meu divórcio”. “Quando eu descobri que tinha algo de errado com o meu fígado, fiquei muito perturbado e não queria ninguém à minha volta e tentei manter as pessoas distantes de mim”, “No momento tenho gasto muito tempo longe da minha família”. “Não estou realmente querendo ficar perto de ninguém até que eu saiba ao certo o que está acontecendo” (Blasiote & cols., 2006).

Razões fundamentais para a perda do suporte social são definidas, segundo os autores, através de três temas dominantes. O primeiro está ligado à transmissão do vírus, descrito como o maior estressor focado nos padrões sexuais e com os membros da família. “Eu moro com uma mulher que está com muito medo de contrair o vírus de mim, então existe atrito”. Já o segundo tema está relacionado à ignorância sobre a doença. Ignorância por vezes relacionada à discriminação foi descrita por 66 participantes (19% do total da amostra), como responsável direta por perturbar as relações com a família e/ou amigos. Uma jovem afirmou: “Eu perdi provavelmente meus amigos porque eles não sabem o que é a doença. Eu

simplesmente não quero vê-los mais de medo do que pode acontecer (Blasiolo & cols., 2006).

Em conjunto com esses sentimentos, 61 pacientes (18% do total da amostra) tinham decidido não dizer aos outros sobre sua doença para diminuir a chance de experimentar uma reação negativa. Outro problema freqüentemente mencionado com efeitos perniciosos sobre os relacionamentos foi a fadiga (N = 49, 14% do total da amostra). O tratamento ou doença relacionadas à fadiga limitam a capacidade do doente para gastar o tempo com os outros: "Basicamente, eu não estou funcionando, não consigo manter relações com a minha mulher e eu não posso trabalhar". "Tenho dois rapazes e não sou capaz de gastar meu tempo com eles". "Eu posso passar um tempo com eles, mas não tenho energia para sair e jogar beisebol...". Uma última fonte de stress, especialmente para as famílias, foi o encargo financeiro que veio, quer através da perda de trabalho e/ou através do custo dos medicamentos anti-virais. Uma doente explicou a reação do marido para o tratamento da sua doença: "Não é bom, é um monte de tensão e estresse sobre ele o que acaba deixando-o perturbado por causa de tudo". "Você sabe, essa é uma das grandes, a dívida e dinheiro é um motivo, não temos seguro". "Como é que vamos pagar por isso?" (Blasiolo & cols., 2006)

Castera, Constant, Bernard, De Ledinghen e Couzigou (2006) estudaram, na França, o impacto psicológico em pacientes portadores do HVC crônico. Este estudo contou com 185 pacientes, dos quais 111 eram do gênero masculino e 74 do gênero feminino, com idade média de 45 anos. Na pesquisa, os autores avaliaram o nível de stress e fadiga comparando junto a outros eventos de vida estressantes (saída de casa, perda do trabalho, divórcio, ou a morte de um parceiro) e a outras complicações crônicas (hipertensão, diabetes mellitus, o câncer e a AIDS). De

acordo com os autores, os fatores que mais trouxeram prejuízo, ou seja, os mais significativos foram: a morte do parceiro, o divórcio e em seguida ter o diagnóstico de Hepatite C crônica, sendo que outros fatores como ter diagnóstico de HIV e câncer tiveram menor significância que os acima citados. Aspectos importantes como aceitação ou não da doença também foram avaliados. Pacientes que estavam conscientes sobre sua própria doença (HVC) apresentaram níveis piores de sofrimento psicológico, sugerindo o impacto negativo da doença.

Uma outra pesquisa avaliando 364 pacientes com vírus da hepatite C e conhecimentos sobre sua própria condição e impacto no estilo de vida demonstrou que 70,6% dos indivíduos tiveram que mudar o comportamento com relação ao relacionamento com a família e que 25,5% mudaram hábitos sexuais. Outros dados significativos foram que 44,2% relataram prejuízos psicológicos com a doença, índice mais elevado em pacientes do gênero feminino e que 59,8% relataram a necessidade de um tratamento mais específico para a condição em que se encontravam (Fabris & cols., 2006).

Embora todas as doenças crônicas possam trazer prejuízos na rede de apoio social, o diagnóstico do HVC parece apresentar consigo desafios únicos. Indivíduos temendo interagir com outros, especialmente parceiros sexuais, por causa da percepção de risco de que podem infectá-los (Blasiolo & cols., 2006). É importante ressaltar que os achados sobre a população portadora de Hepatite C apontam para pesquisas sobre sintomas como ansiedade, depressão, qualidade de vida e raiva/hostilidade associados à medicação utilizada para o tratamento, sobre o impacto da doença no estilo de vida e no entendimento sobre a própria doença (tanto aos profissionais ligados a doença e os próprios pacientes quanto à população em geral) e também sobre a associação a outras doenças, como por

exemplo, o HIV. Embora existam estudos como os citados acima, há ainda carência na literatura internacional e mais ainda nas publicações nacionais com relação ao impacto psicológico ligado ao relacionamento amoroso/afetivo dos pacientes portadores do vírus C.

De acordo com as pesquisas encontradas na literatura, pode-se concluir que a preocupação com pacientes portadores da hepatite viral C crônica é alicerçada e fundamentada em seus achados, revelando a importância real no estudo desta patologia. Porém, pode-se citar alguns fatores relativos às pesquisas que podem em parte contribuir para o fato de que esta patologia ainda permaneça mal compreendida em muitos aspectos. O primeiro deles é que poucos estudos possuem em suas amostras grupos controle, o que acaba não tendo uma comparação com a população em geral.

Um outro fator é que poucos estudos usam instrumentos de medida padronizados, acarretando a possibilidade de “viés” dos resultados. Outro dado fundamental é a carência em estudos tratando os conflitos de relacionamentos desses pacientes, abrindo espaço para mais uma lacuna na compreensão dessa doença. Este último fator tem grande relevância, pois o relacionamento afetivo está ligado a comprometimentos de vida diária dos pacientes, especialmente pacientes com doenças crônicas. Estudo, como o presente, pretendem validar e adaptar um instrumento para uma avaliação mais confiável destes pacientes, fornecendo uma ferramenta mais segura ao psicólogo que deve prestar atendimento a esta população.

Para auxiliar a coleta destes dados na pesquisa foi utilizada, como medida de critério externo a *Escala de Avaliação de Sintomas - EAS-40* (Laloni, 2001) (Anexo C). A EAS- 40 é uma escala de auto-relato composta por 40 itens divididos em 4

dimensões: Psicoticismo, obsessividade-compulsividade, somatização e ansiedade. As respostas são fornecidas segundo escala *Likert* de três pontos, variando entre 0 (nenhum), 1 (pouco) e 2 (muito). A EAS-40 é uma adaptação da *Symptom Checklist – Revised - SCL-90-R* (Derogatis, 1977), e validada para avaliar sintomas psicopatológicos na população hospitalar brasileira. Portanto, a escolha da EAS-40 enquanto medida de critério externo se dá pelo fato de que estudos realizados em outros países associaram medidas para avaliar sintomas com medidas de padrão de relacionamento conflituoso (Barber & cols., 1998; McCarthy & cols., 2008; Wiseman & cols., 2002).

OBJETIVOS

Objetivo geral

Estudar propriedades psicométricas da versão em português do *Central Relationship Questionnaire* - CRQ – 6.0 (Barber,1997), junto a pacientes com Hepatite C (HCV) crônica, em tratamento no ambulatório de Moléstias Infecto-contagiosas (MI).

Objetivos específicos

Avaliar a consistência interna do CRQ-6.0

Avaliar validade convergente do CRQ-6.0

Avaliar validade discriminante do CRQ-6.0 por meio do método dos grupos contrastantes

MÉTODO

Descrição do Ambiente

A amostra foi coletada em uma cidade situada no interior do Estado de São Paulo, em uma instituição hospitalar. É um hospital-universitário de caráter filantrópico e comunitário. Os dados foram obtidos no Ambulatório de Doenças Infecto-contagiosas (MI) deste hospital junto a pacientes diagnosticados com Hepatite Viral C. O ambulatório atende pacientes diagnosticados com hepatite C, semanalmente, às segundas-feiras no período da manhã e da tarde.

Os dados correspondentes ao grupo controle foram obtidos de indivíduos acompanhantes de pacientes de outras enfermarias do mesmo hospital.

Participantes

O presente estudo constou de uma amostra total de 101 participantes, adultos de ambos os sexos divididos segundo dois grupos distintos. No Grupo 1 foram incluídos pacientes com diagnóstico de Hepatite C crônica (n=61 / 60,40%), encaminhados pelo médico responsável, atendidos regularmente no ambulatório de Moléstias Infecto-contagiosas (MI) do Hospital. Para a amostra do Grupo 2 foram incluídos acompanhantes de pacientes de outras enfermarias (n=40 / 39,60%), que não apresentavam doenças crônicas, e que aceitaram participar da pesquisa, voluntariamente.

A distribuição da amostra total, da amostra composta pelo Grupo 1 (pacientes com Hepatite C crônica) e da amostra composta pelo Grupo 2 (indivíduos da

população em geral), segundo variáveis sócio-demográficas, é apresentada na Tabela1.

Tabela 1. Distribuição da amostra total segundo variáveis sócio-demográficas (n=101).

	G1		G2		Total	
	F	%	F	%	F	%
Gênero						
Feminino	24	39,34	25	62,50	49	48,51
Masculino	37	60,66	15	37,50	52	51,49
Idade						
<20	0	0	04	10	04	03,96
20-29	01	01,63	13	32,50	14	13,86
30-39	10	16,39	10	25	20	19,80
40-49	23	37,73	08	20	31	30,69
50-59	20	32,78	05	12,50	25	24,75
>=60	07	11,47	0	0	07	06,93
Idade Média	48,74	-	34	-	42,90	-
D.P.	09,12	-	11,10	-	12,27	-
Mínima	26	-	18	-	18	-
Máxima	71	-	54	-	71	-
Mdn	48	-	32	-	44	-
Moda	48	-	22	-	38	-
Estado Civil						
Casado	43	70,50	26	65	69	68,32
Solteiros	09	14,76	10	25	19	18,81
Divorciados	07	11,47	04	10	11	10,89
Viúvos	02	03,27	-	-	02	01,98
Grau Escol.						
Analfabeto	03	04,92	-	-	03	02,97
Fund.Incompl.	23	37,71	07	17,50	30	29,70
Fund.Compl.	18	29,50	07	17,50	25	24,75
Médio Incompl.	04	06,55	06	15	10	09,90
Médio Compl.	11	18,04	16	40	27	26,73
Sup.Incompl	01	01,64	02	05	03	02,97
Sup.Compl.	01	01,64	02	05	03	02,97
Filhos						
Sim	53	86,89	20	66,67	73	80,22
Não	08	13,11	10	33,33	18	19,78
Sem Resposta	-	-	10	-	10	-
Estuda						
Sim	0	0	06	20	06	06,59
Não	61	100	24	80	85	93,41

Sem Resposta	-	-	10	-	10	-
Trabalha						
Sim	34	55,74	16	53,33	50	54,95
Não	27	44,26	14	46,67	41	45,05
Sem Resposta	-	-	10	-	10	-
Religião						
Cristão Católico	38	62,29	16	53,34	54	59,34
Cristão						
Ñ-Católico	19	31,15	12	40	31	34,07
Outros	0	0	01	03,33	01	01,10
Nenhum	04	06,56	01	03,33	05	05,49
Sem Resposta			10	-	10	-
Tempo de Diagnóstico						
< = 24 meses	26	42,62				
25 - 48 meses	18	29,51				
> 48 meses	17	27,87				
Uso de Medicacão						
Sim	21	34,43				
Não	40	65,57				

A distribuição por gênero com relação a amostra total foi considerada equilibrada, sendo 48,51% do gênero feminino (n=49) e 51,49% do gênero masculino (n=52). O Grupo 1 (G1) apresentou predomínio do gênero masculino (n=37 / 60,66%) corroborando com a distribuição encontrada na literatura. Já no Grupo 2 (G2) houve a predominância do gênero feminino (n= 25 / 62,50%) que pode ser explicado devido ao fato de que culturalmente a mulher assume, mais do que o homem, o papel do cuidar.

Relacionado à faixa etária, constatou-se que a maioria dos indivíduos do G1 possuem idade acima dos 40 anos (n= 50 / 81,98%). No caso do G2, a maioria dos indivíduos está abaixo dos 40 anos, totalizando 67,5% (n=27).

Ainda se tratando da idade, pode-se perceber que os grupos se apresentaram de forma inversa no que diz respeito à faixa etária menos representada. No G1 1,63% (n=1) tem menos de 30 anos enquanto que no G2 12,5% tem mais de 50 anos (n=5). Esses dados permitem afirmar que a população composta pelos pacientes portadores de hepatite C crônica (G1) são mais velhos quando comparados a população dos acompanhantes (G2).

A distribuição do G1 mostrou que 86,89% (n=53) possuem filhos, enquanto que no G2, 66,67% (n=20) também possui. Essa diferença pode estar associada com a maior idade apresentada pelos pacientes do G1, indicando uma maior possibilidade destas pessoas já terem constituído uma família.

O grau de escolaridade revelou diferença significativa entre o G1 e o G2. No G1 encontrou-se que 72,13% dos pacientes (n=44) estudaram até, no máximo, o ensino fundamental. Por outro lado, 55% dos participantes do G2 possuem ensino médio. O fato do G2 apresentar maior escolaridade pode estar ligado à escolha da família por membros que tenham maior nível de escolaridade como acompanhantes e assim, melhores condições de compreender os procedimentos e orientações médicas.

Outro aspecto relevante ao grau de escolaridade é que apenas 5,94% (n=6) da amostra total possui nível superior. Isso se deve pois a amostra é composta por grupos de pacientes e acompanhantes do Sistema Único de Saúde – SUS, representando uma população de baixo grau de instrução e possivelmente de baixa renda.

O grau de escolaridade da amostra pode ser refletido na porcentagem dos indivíduos que não estão estudando. De acordo com os dados, 100% (n=61) dos indivíduos do G1 e 80% (n=24) do G2 não estão estudando atualmente.

A condição laboral da amostra dos grupos se manteve equilibrada. Nesse caso, o G1 tem 44,26% (n=27) que não estão trabalhando, podendo ser explicado devido a dois fatores. O primeiro poderia estar relacionado a idade elevada dos pacientes, encontrando-se na sua grande maioria aposentados. O segundo aspecto é o fato de possuírem uma doença crônica, o que pode resultar em afastamento pela própria patologia.

A religião foi um aspecto que também obteve uma distribuição equilibrada. Para o G1, 93,44% (n=57) dos pacientes relataram ter uma crença religiosa, dados que podem ser explicados por dois motivos. O primeiro pelo estado de enfermidade em que os mesmos se encontram, fazendo com que se apeguem mais a sua fé. Um outro fato está relacionado a dados ligados ao censo brasileiro onde 92,7% da população se declarou tendo uma religião.

Instrumentos

Os seguintes instrumentos foram utilizados para obtenção dos dados:

1- Questionário de Relacionamento Central – CRQ – 6.0 (Barber, 1997) (Anexo B). É um questionário de auto-relato contendo 101 itens, originado do *Core Conflictual Relationship Theme* (CCRT), que visa identificar padrões centrais de relacionamento. O CRQ – 6.0 avalia três componentes: o Desejo pessoal (D) tendo 7 sub-escalas, Resposta do Outro (RO), com 7 sub-escalas e Resposta do Eu (RE), contendo 8 sub-escalas. As escalas podem ser divididas em duas categorias: com valores negativos ou positivos. As respostas são dadas segundo uma escala *Likert* de 7 pontos, sendo que 1 corresponde a nada, 2 raramente, 3 ocasionalmente, 4 às vezes, 5 freqüentemente, 6 muito freqüentemente e 7 extremamente. O participante

é solicitado a responder o questionário referindo-se a um relacionamento com seu último parceiro romântico. O relacionamento deve ter ou ter tido estabilidade de pelo menos 3 meses e ter acontecido pelo menos nos últimos 3 anos, sendo que o indivíduo é solicitado a responder quando seu relacionamento estivesse no pior momento. Em pesquisa feita por Barber, Foltz e Weinryb (1998) com estudantes norte-americanos, o CRQ obteve consistência interna adequada, com variação do Coeficiente Alfa de Cronbach (α) entre 0,78 e 0,90 nas sete subescalas de Desejo (D), entre 0,82 e 0,95 nas sete de Resposta do Outro (RO) e entre 0,71 e 0,94 nas oito de Resposta do Eu (RE). O coeficiente de correlação de Pearson foi de 0,65 para o Desejo (D), 0,66 para a Resposta do Outro (RO) e 0,63 para a Resposta do EU (RE). Outra pesquisa feita por Weinryb e cols (2000), também mostrou consistência interna adequada, tendo o Coeficiente Alfa de Cronbach (α) maior ou igual à 0,80 na maioria das sub-escalas. Os resultados obtidos variaram entre 0,75 e 0,95 nas sete subescalas do Desejo (D), 0,72 a 0,96 nas sete subescalas da RO e 0,66 a 0,96 nas oito subescalas da RE.

2 -Escala de Avaliação de Sintomas – EAS - 40 (Laloni, 2001) (Anexo C). Escala adaptada do *Symptom Checklist-90-R* (SCL-90-R), para pacientes hospitalares brasileiros. É composta por 40 itens (10 itens para avaliar cada dimensão), que têm como objetivo medir os sintomas psicopatológicos com base em 4 dimensões: 1- Psicoticismo – “um conjunto entre psicose e depressão com sintomas de hostilidade e idéias paranóides” (p.119); 2- Obsessividade-compulsividade – “um conjunto de sintomas de pensamentos e ações, repetidos acompanhados de desconforto nas relações interpessoais” (p.119); 3- Somatização – “sintomas comuns aos transtornos somáticos e somatoformes” (p.119) e 4- Ansiedade – “conjunto de sintomas desde a ansiedade generalizada até ansiedade

fóbica dirigida a situações ou objetos” (p.119). O indivíduo é solicitado a responder referindo-se ao quanto esteve angustiado ou preocupado nos últimos sete dias com a situação ou problema descrito no item, utilizando uma escala com três níveis, sendo 0 (nenhum), 1 (pouco) e 2 (muito). Em pesquisa realizada para validação do instrumento com população de hospital geral, com perfil sócio-demográfico semelhante a do presente estudo, a EAS-40 apresentou consistência interna adequada para as nove dimensões (de 0,73 a 0,88), precisão de teste-reteste (coeficiente de correlação de *Pearson* entre 0,40 e 0,82) e validade de constructo, resultando em psicoticismo, obsessividade-compulsividade, somatização e ansiedade (Laloni, 2001). Em um outro estudo feito com a EAS-40 por Yoshida (2007), objetivando o estudo das qualidades psicométricas da escala junto a estudantes universitários, a mesma apresentou coeficientes de correlação de *Pearson* entre 0,80 e 0,93), boa consistência interna, e evidências de capacidade distinção entre população clínica e não-clínica, tendo os universitários médias inferiores se comprados com os pacientes do estudo de Laloni (2001). Outros estudos foram realizados com diferentes populações e a EAS – 40, como: Pregnollato (2005) com pacientes com insuficiência renal crônica (pontuação média de 0,63), Oliveira e Youshida (2009) com indivíduos obesos (pontuação média de 0,48 para pacientes pré-cirúrgicos e 0,31 para pós-cirúrgicos) e Tombolato (2005) com universitários trabalhadores (pontuação média de 0,48 e com estudantes não trabalhadores média de 0,42). Foi estipulado ponto de corte igual a 1, para separar a funcionalidade da população (Yoshida, 2008).

3 -Ficha de Identificação e avaliação de estado clínico (Anexo D).

Procedimentos

A pesquisa constou e percorreu as seguintes etapas:

- Autorização do responsável pelo ambulatório de Moléstias Infecto-contagiosas (MI) do Hospital, para a realização da coleta de dados neste serviço (Anexo E).
- Submissão e aprovação do projeto ao “Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da PUC-Campinas” (Anexo F).
- Posteriormente à aprovação do projeto, o pesquisador entrou em contato com os indivíduos no momento posterior à consulta médica, realizada no ambulatório. O pesquisador se apresentou como aluno do Mestrado em Psicologia Clínica e perguntou sobre questões da vida do indivíduo com a finalidade de estabelecer um *rapport*. Somente quando obteve certeza de que o mesmo tinha condições para responder às perguntas, conseguindo responder questões do cotidiano, foi consultado quanto ao interesse em participar da pesquisa. No caso do aceite do participante, o pesquisador solicitou a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo G), que foi previamente lido. Uma cópia do Termo de Consentimento foi oferecida ao participante.
- Em seguida o pesquisador convidou o participante a ir para uma das salas do ambulatório, para a aplicação dos instrumentos de avaliação (CRQ-6.0 e EAS- 40). A coleta de dados foi feita individualmente.
- O pesquisador leu cada item de cada instrumento sem sugerir nenhuma alternativa de resposta. Caso o participante não tivesse entendido algum item, o item era novamente lido, tantas vezes quantas necessárias.

- Para a coleta de dados do Grupo 2, foram convidados a participar acompanhantes de pacientes de outras enfermarias do mesmo hospital, sem patologia crônica. A coleta de dados também foi feita individualmente, numa das salas das enfermarias.
- Foram excluídos indivíduos que apresentaram qualquer impedimento cognitivo para a compreensão adequada das instruções e respostas esperadas dos instrumentos de avaliação psicológica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No presente estudo foi utilizado o teste Qui-Quadrado ou, quando necessário, o teste exato de Fisher para avaliar variáveis categóricas. Para comparar as variáveis numéricas entre grupos foram utilizados os testes de Mann-Whitney (2 grupos), devido à ausência de distribuição normal, ou seja, utilizado com instrumentos não paramétricos. Para analisar a relação entre as variáveis numéricas foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%, ou seja, $p < 0.05$.

Características da Amostra

Comparando os grupos G1 e G2, percebe-se diferenças significantes entre as amostras. Relacionado ao gênero houve predomínio de homens no G1 (60%; $\chi^2=5,19$; $p=0,023$), o que ilustra achados da literatura (Veronesi & Focaccia, 2005; Silva & D'Albuquerque, 2001).

Outra característica encontrada foi a maior presença de filhos no G1 (86,89%; $\chi^2=5,18$; $p=0,023$). Quanto à frequência dos indivíduos que estavam estudando no

momento da coleta de dados, pode-se dizer que o G1 tem significativamente mais indivíduos que não estão estudando (100%; $p < 0,001$). Para as idades, constatou-se que os indivíduos representados pelo G1 possuem idades superiores se comparadas com o G2. Nesta análise foi encontrado, para o G1, 81,96% de indivíduos com mais de 40 anos ($\chi^2=33,70$; $p < 0,001$).

Por fim, descreve-se os dados ligados ao grau de escolaridade. No caso do G1, a maioria dos indivíduos se encontraram até o ensino fundamental (72,13%). Já o G2 tem entre o ensino médio e o superior (65%; $p < 0,001$). Observa-se que o grupo com pacientes com hepatite C (G1) demonstrou nível educacional baixo e provavelmente nível sócio-econômico baixo. Este dados corroboram com a literatura que aponta prevalência de pacientes diagnosticados com HVC com nível sócio-econômico baixo (Veronesi & Focaccia, 2005; Silva & D'Albuquerque, 2001).

Com relação aos sintomas apresentados pela amostra do presente estudo, a tabela 2 apresenta os valores médios e desvio-padrão para os dois grupos e os valores de outros estudos realizados com EAS-40.

Tabela 2. Comparação entre escore médio, desvio-padrão dos diferentes Estudos com a EAS-40, utilizando divisão entre gêneros.

Pesquisas	Laloni (2001)				Tombolato (2005)						Pregolato (2005)					
	Pctes Clínicos (N=200)		Trab. Univ. (N=122)		Ñ-Trab. Univ. (N=18)		Pctes Insuficiência Renal (N=48)									
Gênero	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M		
	(n=137)	(n=63)	(n=72)	(n=50)	(n=10)	(n=8)	(n=19)	(n=29)								
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP		
EAS-40																
F1	1,15	0,83	1,20	0,82	0,47	0,35	0,40	0,33	0,37	0,31	0,33	0,24	0,51	0,45	0,41	0,36
F2	1,59	0,96	1,51	0,96	0,82	0,42	0,57	0,41	0,59	0,25	0,59	0,17	0,74	0,38	0,70	0,44
F3	1,62	0,99	1,34	0,91	0,57	0,45	0,36	0,34	0,35	0,41	0,40	0,21	0,81	0,46	0,75	0,47
F4	1,53	1	1,41	0,99	0,35	0,32	0,17	0,21	0,39	0,44	0,33	0,34	0,67	0,55	0,52	0,42

Pesquisas	Yoshida(2007)				Presente Estudo							
	Universitários (N=113)				G1(N=61)				G2 (N=40)			
	F (n=99)		M (n=14)		F (n=24)		M (n=37)		F (n=25)		M (n=15)	
Gênero	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
EAS-40												
F1	0,59	0,42	0,56	0,34	0,58	0,52	0,30	0,31	0,36	0,39	0,29	0,23
F2	0,76	0,40	0,77	0,40	0,71	0,45	0,45	0,37	0,58	0,38	0,45	0,26
F3	0,55	0,42	0,53	0,50	0,83	0,50	0,58	0,42	0,37	0,41	0,31	0,32
F4	0,49	0,41	0,34	0,37	0,60	0,46	0,39	0,47	0,28	0,21	0,15	0,18

De acordo com Yoshida (2007) o ponto de corte dos quatro fatores da EAS-40 corresponde ao escore 1. Na tabela acima é importante ressaltar que no presente estudo, o G1 e o G2 apresentaram escores menores, em todos fatores da EAS-40, não atingindo o limite para funcionalidade. Ao comparar a amostra do G1 do presente estudo com a amostra dos pacientes de Laloni (2001), verificou-se que o G1 teve escores mais baixos. O fato do estudo de Laloni obter escores mais altos pode estar associado ao fato de sua amostra ser composta por pacientes internados no hospital, agravando sua própria condição, pois indivíduos na internação requerem mais cuidados (físicos e psicológicos) do que pacientes ambulatoriais.

Quando comparado a pesquisa de Pregolato (2005), observa-se que as mulheres do G1 (presente estudo) apresentaram escores semelhantes ao grupo de mulheres com insuficiência renal. Já no grupo dos homens, houve diferenças nos escores F1 (Psicoticismo) e F2 (Obsessividade-compulsividade), sendo que o grupo do estudo realizado por Pregolato (2005) apresentou maiores escores. Este

resultado pode estar ligado pelos processos relacionados à patologia, já que esta enfermidade necessita de procedimentos mais invasivos.

Outra relevante comparação refere-se ao estudo realizado por Tombolato (2005). Neste caso, encontrou-se equilibrada semelhança entre os escores do grupo de universitários não trabalhadores com o G2 do presente estudo. Por fim, em pesquisa realizada por Yoshida (2007) obteve-se escores mais elevados quando comparados aos do grupo controle. Já quando compara-se com o G1, percebe-se que o mesmo possui escores mais elevados somente nos fatores 3 (Somatização) e 4 (Ansiedade) tanto na população do gênero masculino quanto na do gênero feminino.

Relacionado à EAS-40 quanto à sintomatologia junto aos pacientes do G1, pode ser entendida uma vez que esses pacientes possuíam o diagnóstico há muitos anos, possibilitando uma maior adaptação a sua condição de enfermidade. Outro fator que pode ter influenciado é descrito por meio do estado civil destes pacientes, sendo que a grande maioria encontrava-se casado tendo assim um maior suporte social.

Fidedignidade

Para avaliação da consistência interna do CRQ – 6.0 foi calculado o Coeficiente Alfa de Cronbach (α) de cada um dos componentes da escala: Desejo (D), Resposta do Outro (RO) e Resposta do EU (RE), salientando que valores de alfa maiores que 0,70 indicam alta consistência. Além do CRQ-6.0 também foram calculados os coeficientes Alfa de Cronbach (α) dos quatro fatores da EAS-40: Fator

1 – Psicoticismo, Fator 2 – Obsessividade-compulsividade, Fator 3 – Somatização e o Fator 4 – Ansiedade.

Identificou-se nas escalas CRQ-6.0 e EAS-40 os itens de menor consistência, a correlação com o total e os coeficientes caso o item fosse retirado.

Foi estudado o coeficiente Alfa de Cronbach (α) para a amostra total (n=101), para o G1(n=61) e para o G2 (n=40). Estes resultados são apresentados na Tabela 3.

Tabela 3. Análise da Consistência Interna do CRQ-6.0 e da EAS-40.

CRQ-6.0***	Nº de Itens	Coefficiente*	Itens c/ menor Consistência	Correlação c/ o Total**	Coefficiente*(após retirada dos itens)
D / (n=101)	40	0,835	D7	-0,198	0,845
RO / Amostra Total	23	0,842	RO10	-0,205	0,859
RE / Amostra Total	38	0,860	RE8	-0,206	0,868
D / Hepatite (n=61)	40	0,825	D36	-0,291	0,838
RO / Hepatite	23	0,808	RO19	-0,267	0,830
RE / Hepatite	38	0,837	RE26	-0,446	0,853
D / Controle (n=40)	40	0,858	D7	-0,371	0,870
RO / Controle	23	0,867	RO10	-0,272	0,883
RE / Controle	38	0,878	RE19	-0,154	0,885
EAS-40					
F1/ (n=101)	10	0,814	---	---	---
F2	10	0,755	---	---	---
F3	10	0,819	---	---	---
F4	10	0,831	---	---	---
F1 / Controle (n=40)	10	0,700	EAS4	0,055	0,727
F2 / Controle	10	0,661	EAS30	0,003	0,697
F3 / Controle	10	0,783	---	---	---
F4 / Controle	10	0,425	EAS29	-0,098	0,491
F1 / Hepatite (n=61)	10	0,857	---	---	---
F2 / Hepatite	10	0,804	---	---	---
F3 / Hepatite	10	0,801	---	---	---
F4 / Hepatite	10	0,865	---	---	---

* coeficiente alfa de Cronbach para escalas tipo Likert.

** correlação do item com o total do respectivo domínio, sem considerar o item no escore total.

*** itens invertidos para o cálculo dos escores e alfas (reversed items): D2, D6, D7, D8, D10, D14, D21, D24, D25, D33, D35, D38, D40, RO3, RO4, RO6, RO7, RO9, RO11, RO12, RO14, RO16, RO17, RO18, RO20, RO21, RS4, RS5, RS6, RS7, RS10, RS12, RS13, RS15, RS16, RS17, RS19, RS21, RS23, RS26, RS29, RS30, RS31, RS32, RS36, RS37.

Conforme indicado a EAS-40 apresentou boa consistência com relação à amostra total, com alfas variando entre 0,75 à 0,83. Para o G1 (n=40) obteve-se coeficiente considerado bom nos fatores 1 (0,70) e 3 (0,78) e menos expressivos nos fatores 2 (0,66) e 4 (0,42). Já o G2, apresentou consistência interna semelhante à amostra total, sendo descrita como boa, variando de 0,80 à 0,86. Comparando os dados obtidos por Laloní (2001) com os do presente estudo, pode-se afirmar que os coeficientes alfa de cronbach (α) são semelhantes. No estudo de Laloní (2001) foi a variação de 0,73 à 0,88. Em suma, pode-se concluir que a EAS-40 mostrou boa precisão nas amostras estudadas.

No caso do CRQ-6.0, constatou-se boa consistência interna para todos os componentes (D,RO e RE) nas três amostras analisadas: amostra total, amostra do G1 e G2, sendo que os alfas variaram entre 0,80 e 0,87. Vale ressaltar que alguns itens apresentaram menor consistência, sendo que se retirados aumentaria a consistência interna do componente (Tabela 03). Observou-se que esses itens continham palavras como “dependente” e “independente”, gerando dificuldades de entendimento para esta população que possui baixo nível de escolaridade.

De acordo com outras pesquisas realizadas com o CRQ (Tabela 4), observou-se que os alfas apresentaram semelhança, embora o presente estudo tenha mostrado coeficientes um pouco mais baixos.

Tabela 4. Comparação do Coeficiente Alfa de Cronbach (α) entre os Estudos realizados com o CRQ.

	<i>Barber e Cols.(1998)</i>	<i>Weinryb e Cols. (2000)</i>		<i>Presente Estudo</i>		
	Amostra Total (Univ. e Pacientes) n=411	Pctes n=30	U.suecos n=91	U.americ. n=98	G1 n=61	G2 n=40
D	0,90	0,85	0,84	0,89	0,82	0,85
RO	0,88	0,91	0,88	0,88	0,80	0,86
RE	0,89	0,82	0,89	0,87	0,83	0,87

Validade

Como descrito anteriormente no objetivo, o presente estudo avaliou a validade convergente e discriminante entre grupos contrastantes.

Validade Convergente

Para validade convergente foi calculado a correlação entre os escores dos três componentes do CRQ (D,RO e RE) e os quatro fatores (F1, F2, F3, F4) da EAS-40, para a amostra total, o G1 e para o G2 conforme a Tabela 5.

Tabela 5. Correlações entre os Escores do CRQ – 6.0 e EAS – 40.

	Total (n=101)			G1 (n=61)			G2 (n=40)		
	D	RO	RE	D	RO	RE	D	RO	RE
F1	0,30*	0,32*	0,46*	0,39*	0,23	0,44*	0,13	0,51*	0,57*
F2	0,17	0,25*	0,41*	0,29*	0,33*	0,48*	-0,03	0,16	0,32*
F3	0,06	0,22*	0,30*	0,10	0,11	0,26*	-0,16	0,12	0,21
F4	0,25*	0,27*	0,47*	0,27*	0,28*	0,51*	0,04	0,13	0,25
Total	0,18	0,30*	0,47*	0,26*	0,27*	0,46*	-0,04	0,25	0,37*

*p<0,05

De acordo com a Tabela 5 para a amostra total, obteve-se associação significativa entre a dimensão D do CRQ e as dimensões psicoticismo e ansiedade da EAS-40. Em relação às RO e RE houve associação significativa em relação à todas as dimensões da EAS-40.

No caso do G1 houve correlação significativa entre o D com Psicoticismo, com Obsessividade-compulsividade e com Ansiedade. Em relação a RO houve correlação com Obsessividade-compulsividade e Ansiedade. Para a RE houve correlação com todas os fatores da EAS-40.

Já o G2 obteve correlação significativa do RO com Psicoticismo. Relacionado à RE obteve-se correlação com Psicoticismo e Obsessividade-compulsividade.

Validade discriminante

Para o cálculo da validade discriminante foi utilizado o teste de Mann-Whitney.

A Tabela 6 trata da comparação dos escores dos instrumentos (CRQ-6.0 e EAS-40) associados aos diferentes grupos (G1 e G2).

Tabela 6. Comparação das variáveis numéricas entre grupos controle e hepatite.

<u>Grupo controle (G2)</u>							<u>Grupo hepatite C crônica (G1)</u>							
Variável	n	M	D.P.	Mín.	Mdn	Máx.	Variável	n	M	D.P.	Mín.	Mdn	Máx.	Valor-p*
CRQ-6.0							CRQ-6.0							
D	40	2,22	0,58	1,52	2,07	4,55	D	61	2,43	0,68	1,30	2,27	4,25	p=0,106
RO	40	2,88	1,04	1,13	2,65	2,83	RO	61	3,47	0,99	1,39	3,52	5,83	p=0,006
RE	40	2,71	0,75	1,16	2,78	4,16	RE	61	3,13	0,82	1,39	3,13	5,26	p=0,018
EAS-40							EAS-40							
F1	40	0,34	0,33	0	0,25	1,50	F1	61	0,41	0,42	0	0,30	1,60	p=0,649
F2	40	0,54	0,35	0	0,45	1,40	F2	61	0,56	0,42	0	0,40	1,70	p=0,886
F3	40	0,35	0,38	0	0,20	1,70	F3	61	0,68	0,46	0	0,60	1,70	p<0,001
F4	40	0,23	0,20	0	0,15	0,60	F4	61	0,47	0,47	0	0,30	1,60	p=0,043
Total	40	0,36	0,25	0,05	0,30	1,03	Total	61	0,53	0,37	0,05	0,50	1,48	p=0,029

* Valor-P referente ao teste de Mann-Whitney para comparação dos valores entre grupos (controle vs hepatite).

É possível dizer que houve diferença significativa entre os escores dos componentes RO e RE do CRQ – 6.0, quando se compara o G1 e o G2, sendo que o G1 apresentou escores maiores, representando maiores conflitos. Este dado corrobora com outras pesquisas que apontam que pacientes com hepatite C crônica

apresentam dificuldades e problemas sociais como isolamento e stress familiar (Blasiolo & cols.,2006).

Com relação à EAS-40, houve diferenças significativas nos escores entre os grupos G1 e G2 para EAS-40 total, F3 (Somatização) e F4 (Ansiedade), tendo o G1 apresentado escores maiores do que o G2. Esta constatação indica que o grupo de pacientes (G1) apresentou maior sintomatologia que o grupo controle (G2).

Para análise comparativa entre pacientes usando medicação e pacientes sem uso da medicação foram encontrados os seguintes resultados na Tabela7.

Tabela 7. Análise comparativa dos escores das escalas entre com e sem uso de medicação para grupo hepate.

<u>Sem Uso de Medicação</u>							<u>Com Uso de Medicação</u>							
Variável	n	M	D.P.	Mín.	Mdn	Máx.	Variável	n	M	D.P.	Mín.	Mdn	Máx.	Valor-p*
CRQ							CRQ							
D	40	2,37	0,66	1,30	2,21	4,17	D	21	2,54	0,73	1,30	2,72	4,25	p=0,354
RO	40	3,31	1,04	1,39	3,09	5,83	RO	21	3,80	0,82	2,17	3,78	5,30	p=0,051
RE	40	2,99	0,78	1,47	3,03	5,26	RE	21	3,41	0,84	1,79	3,55	4,68	p=0,045
EAS							EAS							
F1	40	0,32	0,37	0,00	0,20	1,60	F1	21	0,59	0,46	0,00	0,40	1,40	p=0,014
F2	40	0,48	0,41	0,00	0,30	1,70	F2	21	0,70	0,42	0,00	0,80	1,40	p=0,036
F3	40	0,49	0,36	0,00	0,40	1,30	F3	21	1,04	0,43	0,40	1,00	1,70	p<0,001
F4	40	0,46	0,49	0,00	0,25	1,50	F4	21	0,50	0,43	0,00	0,40	1,60	p=0,500
Total	40	0,44	0,34	0,05	0,28	1,48	Total	21	0,71	0,37	0,18	0,60	1,38	p=0,005

* Valor-P referente ao teste de Mann-Whitney para comparação dos valores entre grupos (Sem e Com Medicação).

Apenas no componente RE houve diferença entre os escores dos pacientes do G1 que usam medicações dos pacientes do mesmo grupo que não usam. Ou seja, pacientes com Hepatite C que se encontram sob medicação seriam os que apresentam maiores conflitos relacionados à dimensão respostas do eu (RE) nos conflitos interpessoais. Este resultado retrata os achados encontrados na literatura. Segundo Kraus e cols. (2003), o uso da medicação em pacientes portadores de hepatite C crônica ocasiona maiores índices de raiva/hostilidade. Outros autores descrevem alterações de humor e irritação devido ao uso da medicação nestes pacientes (Strader & cols.,2004), podendo contribuir para o aumento do conflito no RE.

Observa-se ainda que os indivíduos do G1 que tomam medicação apresentaram maiores escores associados a psicoticismo (F1), obsessividade-compulsividade (F2), somatização (F3) e EAS total quando comparados com os indivíduos do G1 que não estão usando medicamentos.

Estes dados corroboram os encontrados na literatura, que mostram que pacientes com uso de medicação tendem a apresentar maiores índices no que diz respeito à sintomatologia se comparados com pacientes que não estavam em tratamento medicamentoso (Amódio & cols, 2005; Miyazack & cols., 2005; Strader & cols.,2004).

A Tabela 8 permite visualizar as diferenças entre os escores de G1 e G2 considerando o gênero dos participantes.

Tabela 08. Comparação das variáveis numéricas entre gêneros, por grupo (controle e hepatite).

Grupo	Gênero	Variável	N	M	D.P.	Mín.	Mdn	Máx.	Valor-p*
Controle (G2)	Feminino	CRQ-6.0							
		D	25	2,23	0,63	1,52	2,15	4,55	p=0,823
		RO	25	2,78	1,04	1,13	2,61	4,65	p=0,328
	RE	25	2,62	0,69	1,52	2,34	3,95	p=0,335	
	Masculino	CRQ-6.0							
		D	15	2,21	0,51	1,67	1,97	3,25	
RO		15	3,05	1,04	1,78	2,83	4,83		
	RE	15	2,86	0,84	1,16	2,89	4,46		
Hepatite C (G1)	Feminino	CRQ-6.0							
		D	24	2,66	0,68	1,55	2,64	4,25	p=0,047
		RO	24	3,79	1,09	1,87	3,87	5,73	p=0,070
	RE	24	3,57	0,78	2,24	3,63	5,26	p=0,001	
	Masculino	CRQ-6.0							
		D	37	2,28	0,65	1,30	2,12	3,70	
RO		37	3,27	0,88	1,39	3,17	5,17		
	RE	37	2,85	0,72	1,47	3,00	4,29		

Grupo	Gênero	Variável	n	M	D.P.	Mín	Mdn	Máx.	Valor-p*
Controle (G2)	Feminino	F1	25	0,36	0,39	0,00	0,20	1,50	p=0,921
		F2	25	0,58	0,38	0,00	0,50	1,40	p=0,346
		EAS F3	25	0,37	0,41	0,00	0,30	1,70	p=0,756
		F4	25	0,28	0,21	0,00	0,30	0,60	p=0,068
		Total	25	0,40	0,28	0,05	0,33	1,03	p=0,409
	Masculino	F1	15	0,29	0,23	0,00	0,30	0,70	
		F2	15	0,45	0,26	0,10	0,40	1,00	
		F3	15	0,31	0,32	0,00	0,20	0,90	
		F4	15	0,15	0,18	0,00	0,10	0,60	
		Total	15	0,30	0,19	0,05	0,23	0,73	
Hepatite C (G1)	Feminino	F1	24	0,58	0,52	0,00	0,40	1,60	p=0,049
		F2	24	0,71	0,45	0,00	0,70	1,70	p=0,021
		EAS F3	24	0,83	0,50	0,00	0,90	1,60	p=0,044
		F4	24	0,60	0,46	0,00	0,60	1,60	p=0,028

	Total	24	0,68	0,41	0,18	<u>0,56</u>	1,48	p=0,019
Masculino	F1	37	0,30	0,31	0,00	<u>0,20</u>	1,20	
	F2	37	0,45	0,37	0,00	<u>0,30</u>	1,40	
	F3	37	0,58	0,42	0,00	<u>0,40</u>	1,70	
	F4	37	0,39	0,47	0,00	<u>0,20</u>	1,50	
	Total	37	0,43	0,32	0,05	<u>0,30</u>	1,38	

* Valor-P referente ao teste de Mann-Whitney para comparação dos valores entre gêneros (feminino vs masculino).

Esta comparação possibilita afirmar que para o G2 não houve diferença entre homens e mulheres nos escores dos três componentes do CRQ – 6.0. No caso do G1, o instrumento identificou diferenças significativas de D (Desejo) e RE (Resposta do EU) entre homens e mulheres. Hipotetiza-se que, pelas mulheres apresentarem mais sintomas psicopatológicos do que os homens, isto se relacionaria com maiores desejos no relacionamento e provavelmente ocasionando maiores conflitos.

Com relação à sintomatologia, não houve diferenças de escores entre homens e mulheres do G2. Porém, para o G1 existiram diferenças significantes nos escores de todos os fatores da EAS-40 quando comparados homens e mulheres. Em estudo realizado por Fabris & cols. (2006), também foram encontrados dados que apontam para maiores prejuízos psicológicos entre pacientes do gênero feminino.

Considera-se que o estudo da análise geral dos instrumentos (CRQ-6.0 e EAS-40) se mostrou satisfatório. Com relação a EAS-40, a mesma se apresentou satisfatoriamente enquanto critério externo. Apesar de ter apresentado dentre as populações escores de alta funcionalidade, a EAS-40 apontou diferenças entre populações clínica e não clínica e entre gêneros, conforme pesquisas anteriores (Laloni, 2001, Yoshida, 2007).

Já o CRQ-6.0, também foi capaz de diferenciar distintas populações e suas características. Frente a estes dados é possível hipotetizar que o G1 apresenta maiores conflitos, muitas vezes ocasionados pelo isolamento social e uso da medicação decorrentes da doença. Vale ressaltar que, embora o G1 tenha apresentado maiores conflitos se comparados com o G2, os escores de um componente não foi significativamente maior, o que pode ser explicado pelo fato destes pacientes já terem um tempo de diagnóstico considerável e portanto terem se adaptado frente á algumas dificuldades desencadeada por esta patologia.

CONCLUSÃO

Este primeiro estudo da versão em português do CRQ – 6.0, apontou para resultados bastante encorajadores no que concerne às suas propriedades psicométricas para pacientes com Hepatite C em atendimento ambulatorial. Ele demonstrou boa consistência interna, corroborando com os dados encontrados na literatura (Barber & cols., 1998, Weinryb & cols., 2000). Além disto apresenta evidências de validade discriminante e de critério. Todavia , novas pesquisas, envolvendo amostras mais representativas devem ainda ser realizadas. Sugere-se ainda, a revisão da redação de alguns itens, conforme apontado acima, e, eventualmente, a revisão do número de pontos na escala Likert no que concerne às alternativas de respostas. Como se viu, a EAS-40 que conta com apenas 3 pontos nas possibilidades de respostas mostrou-se mais consistente que o CRQ-6.0 com escala Likert de 7 pontos podendo ser devido ao baixo nível de escolaridade.

REFERÊNCIAS

- Amódio, P., De Toni, E.N., Cavalletto, L., Mapelli, D., Bernardinello, E., Del Picolo, F., Bergamelli, C., Constanzo, R., Bergamaschi, F., Poma, S.Z., Chemello, L., Gatta, A. & Perini, G. (2005). Mood, cognition and E.E.G. changes during interferon alpha (alpha-IFN) treatment for chronic hepatitis C. *Journal Affective Disorder*, 84 (1), 93-98.
- Balasubramanian, S., Prosser, C.C., Ransibrahmanakul, K., Rossaro L. & Bourgeois J.A. (2005). Treatment of hepatitis B and C co-infection in schizoaffective disorder. *QJM: An International Journal of Medicine*, 98 (10), 774-775.
- Barber, J.P. (1997). Central Relationship Questionnaire-6.0 (CRQ-6.0). Manuscrito. Disponível em: www.med.upenn.edu/cpr/documents/CRQ6P0.pdf.
- Barber, J.P., Foltz, C. & Weinryb, R.M. (1998). The Central Relationship Questionnaire: initial report. *Journal of Counseling Psychology*, 45 (2), 131-142.
- Barone, A.A. (2008). Hepatite por VHC – aspectos virológicos e suas implicações práticas. Em: *I Consenso da Sociedade Brasileira de Infectologia para o Manuseio e Terapia da Hepatite C*, 1, 20-23.
- Blasiote, J.A., Shinkunas, L., LaBrecque, D.R., Arnold, R.M., Zickmund, S.L. (2006). Mental and physical symptoms associated with lower social support for

patients with hepatitis C. *World Journal of Gastroenterology*, 12 (29), 4665-4672.

Botino, S.M.G. (2000). *Estudo da Sistematização do Diagnóstico e Psicoterapia através do CCRT: "Tema Central de Conflito nos Relacionamentos"*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Brasil.

Castera, L., Constant, A., Bernard, P.H., De Ledinghen, V, & Couzigou, P. (2006). Psychological impact of chronic hepatitis C: Comparison with other stressful life events and chronic diseases. *World Journal Gastroenterology*, 12(10), 1545-1550.

Couto, G., Van Hattum, A.C., Vandenberghe, L. & Benfica, E. (2005). Tradução, análise semântica e adaptação do Checklist of Interpersonal Transactions - Revisado. *Avaliação Psicológica*, 4 (1), 45-56.

Fabris, P., Tositti, G., Giordani, M.T., Baldo, V., Grasso, A., Pignattari, E., Canton, S., Rossato, S. & Floreani, A. (2006). Assessing patients' understanding of hepatitis C virus infection and its impact on their lifestyle. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 23 (8), 1161-1170.

Ferreira, C.T. & Silveira, T.R. (2004). Hepatites virais: aspectos de epidemiologia e da prevenção. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 7 (4) 473-487.

- Ferreira, E.B., Nunes, M.L.T., Kurth, R.A., Pokorny, D., Terra, L., Hauck, S. & Ceitlin, L.H.F. (2006). Desenvolvimento da versão em português do Brasil do questionário sobre padrão de relacionamentos *Beziehungs-Muster Fragebogen*. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28 (3), 276-288.
- Figueiredo, G.M. & Oliveira, M. (2002). *Guia de Orientações Técnicas – Hepatites B e C*. Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) Profº Alexandre Vranjac. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde – Divisão de Hepatites.
- Gonçales, N.S.L. & Gonçales Júnior, F.L. (2008). Diagnóstico laboratorial para hepatite C. Em: *I Consenso da Sociedade Brasileira de Infectologia para o Manuseio e Terapia da Hepatite C*, 1, 35-39.
- Góngora, D.V.N. (1996). *Marcadores sorológicos da infecção pelo vírus da hepatite C em trabalhadores e pacientes da unidade de diálise do Hospital das Clínicas*. Dissertação de Mestrado da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- Kraus, M.R., Schäfer, A., Faller, H., Csef, H. & Scheurlen, M. (2003). Psychiatric symptoms in patients with chronic hepatitis C receiving interferon alfa-2b therapy. *Journal Clinical Psychiatry*, 64 (6), 708-714.
- Laloni, D.T. (2001). *Escala de Avaliação de Sintomas-90-R-SCL-90-R: adaptação, precisão e validade*. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Brasil. Disponível em: http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde_busca/index.php.

Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy: a manual for supportive-expressive treatment*. New York: Basic Books.

Luborsky, L., & Crits-Christoph, P. (1998). *Understanding transference: the core conflictual relationship theme method*. 2ª.Ed. Washington, DC : American Psychological Association.

McCarthy, Gibbons, M.B.C. & Barber, J.P. (2008). The relation of rigidity across relationships with symptoms and Functioning: n investigation with the revised Central Relationship Questionnaire. *Journal of Counseling Psychology*, 55_(3), 346-358.

Ministério da Saúde (2007). Disponível em: www.saude.gov.br.

Mulder, R.T., Ang, M., Chapman, B., Ross, A., Steven, I.F. & Edgar, C. (2000). Interferon Treatment for Chronic Hepatitis C. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*. 15 (3), 300-303.

Oliveira, J.H.A., Yoshida, E.M.P. (2009) Avaliação Psicológica de Obesos Grau III Antes e Depois de Cirurgia Bariátrica. *Psicologia. Reflexão e Crítica*. (no prelo)

Parry, G., Anthony, D., Roth, D & Kerr, I.B. (2008). *Psicoterapia breve e de tempo limitado*. Em: G. O. Gabbard, J. S. Beck & J. Holmes. Compêndio de psicoterapia de Oxford.

- Prado, K.D. (2008). Transmissão sexual do VHC. Em: *I Consenso da Sociedade Brasileira de Infectologia para o Manuseio e Terapia da Hepatite C*, 1, 14-16.
- Pregnoatto, A.P.F. (2005). *Alexitimia e Sintomas Psicopatológicos em Pacientes com Insuficiência Renal Crônica*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Brasil. Disponível em: http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde_busca/index.php.
- Rocha, G.M.A. (2004). O Método do Tema Central de Relacionamento Conflituoso – CCRT. Em: E.M.P., Yoshida, M.L.E., Enéas (Org.). *Psicoterapias psicodinâmicas breves: propostas atuais*. (1ª Ed., pp. 69-93). Campinas: Alínea.
- Rocha, G.M. (2007). “Tradução e adaptação cultural do Central Relationship Questionnaire – CRQ”. Projeto de Pesquisa (manuscrito) com cadastro no SINEP sob o nº 0015.0.272.000-07.
- Silva, A.O. & D’Albuquerque, L.A.C. (2001). *Doenças do Fígado*. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter.
- Strader D.B., Wright T., Thomas D.L. & Seef L.B. (2004). American Association for the Study of Liver Diseases: diagnosis, management, and treatment of hepatitis C. *Hepatology*, 39, 1147-1171.

Stumpf, B.P., Rocha, F.L., Proietti, A.B.F.C. (2006). Infecções virais e depressão. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55 (2), 132-141

Teixeira, R., Martins-Filho, O.A., Oliveira, G.C. (2005). *Hepatite C: aspectos clínicos de uma epidemia silenciosa*. Belo Horizonte: Cooperativa Editora e de Cultura Médica - Coopmed.

Tombolato, M.C.R. (2005). *Qualidade de vida e Sintomas Psicopatológicos do Estudante Universitário Trabalhador*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Brasil.

Thomson, B.J. & Finch, R.G. (2005). Hepatitis C virus infection. *Clinical Microbiological and Infection*, 11 (2), 86-94.

Varaldo, C. (2001). Convivendo com a Hepatite C. Disponível em: <http://www.domain.com.br/clientes/varaldo/hepatitis>.

Veronesi, R. (2005). *Tratado de Infectologia*. 3ª Edição. São Paulo: Editora Atheneu.

Weinryb, M.R., Barber, J.P., Foltz, C., Göransson S.G.M., & Gustavsson, J.P. (2000). The Central Relationship Questionnaire (CRQ): Psychometric Properties in a Swedish Sample and Cross-Cultural Studies. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 9 (4), 201-212.

- Wilczec, A., Weinryb, R.M., Barber, P., Gustavsson, J.P., Asberg, M. (2000). The Core Conflictual Relationship Theme (CCRT) and psychopathology in patients selected for dynamic psychotherapy. *Society Psychotherapy Research*, 10 (1), 100-113.
- Wiseman, H., Barber J.P., Raz, A., Yam, I., Foltz, C. & Livne-Snir, S. (2002). Parental communication of holocaust experiences and interpersonal patterns in offspring of holocaust survivors. *International Journal of Behavioral Development*, 26 (4), 371-381.
- Yoshida, E.M.P. (2008). *Significância clínica de mudança em processo de psicoterapia psicodinâmica breve*. Manuscrito submetido a publicação.
- Yoshida, E.M.P. (2007). Escala de Avaliação de Sintomas – 40 (EAS-40): validade e precisão em amostra não-clínica. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, 11 (1), 89-99.
- Yoshida, E.M.P. (2004). *Psicoterapias Psicodinâmicas Breves: propostas atuais* (1ª ed.). Campinas: Editora Alínea.
- Zdilar, D., Franco-Bronson, K., Buchler, N., Locaia, J. A. & Younossi, Z. M. (2000). Hepatitis C, interferon alfa, and depression. *Hepatology*, 31 (6), 1207-1211.

ANEXOS

ANEXO A

ID NUMBER _____

CENTRAL RELATIONSHIP QUESTIONNAIRE CRQ 6.0 romantic partner _____

Instructions:

This questionnaire is about your feelings about your ROMANTIC RELATIONSHIP. There are no right or wrong answers. Some items may not apply to you at all, **if so, please give them a 1 instead of omitting them.** Please answer all of the questions, even though some may look similar. Please try to be as honest as possible and respond how you feel --not how you think you should feel or how others think you should feel.

All people have a pattern of needs and expectations in their relationships with other people. We want you to describe your relationship with your romantic partner. Please think about your various interactions with your romantic partner and give us your view of several aspects of this relationship. A romantic partner is a person you have been romantically and sexually involved with for at least 3 months in the past three years and who is, or has been, important in your life. Refer to a previous partner if you do not currently have a partner.

We would like you to rate this person on the following six questions using this scale:

1	2	3	4	5	6	7
NOT AT ALL					:EXTREMELY	

- 1) How close is or was this person to you? _____
- 2) How intimate a relationship do you have, or did you have, with this person? _____
- 3) How much of an authority figure is or was this person for you? _____
- 4) How important is or was this person to you? _____
- 5) How enjoyable is or was the relationship at its best? _____
- 6) How difficult is or was the relationship at its worst? _____

ANEXO B

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO _____

QUESTIONÁRIO DE RELACIONAMENTO CENTRAL CRQ6.0 - parceiro/a
amoroso/a**Instruções:**

Esse questionário é sobre seus sentimentos em relação ao seu **PARCEIRO/A AMOROSO/A**. Não há respostas certas ou erradas. Alguns itens talvez não se apliquem a você de jeito nenhum. **Quando não se aplicar à você, pontue 1.** Por favor, responda a todas as questões, mesmo que algumas sejam parecidas. Por favor, tente ser o mais honesto/a possível e responda como **VOCÊ SE SENTE**.

Todo mundo tem um padrão de necessidades e expectativas em seus relacionamentos com outras pessoas. Nós queremos que você descreva seu relacionamento com seu parceiro/a amoroso/a. Por favor, pense em suas várias interações com seu parceiro/a e dê seu ponto de vista sobre vários aspectos desse relacionamento. Um parceiro amoroso é uma pessoa com a qual você esteja, ou esteve, romântica e sexualmente envolvido/a por pelo menos 3 meses nos últimos três anos e alguém que é ou foi importante na sua vida. Pense em um/a ex-parceiro/a, caso não tenha um relacionamento atualmente.

Queremos que você pontue essa pessoa nas seis questões seguintes usando a escala a seguir:

1	2	3	4	5	6	7
DE MODO						EXTREMAMENTE
NENHUM						

- 1) O quanto essa pessoa é ou foi próxima de você? _____
- 2) O quanto é ou foi íntimo seu relacionamento com essa pessoa? _____
- 3) Quanto essa pessoa representa ou representava uma figura de autoridade para você? _____
- 4) Quanto essa pessoa é ou foi importante para você? _____
- 5) Quanto esse relacionamento é ou foi agradável nos melhores momentos? _____
- 6) Quanto esse relacionamento é ou foi difícil nos piores momentos? _____

ANEXO C

eAS-40

Escala de Avaliação de Sintomas

DIANA TOSELLO LALONI

Nome: _____

Idade: _____ Data de nascimento: / /

Sexo: Masculino FemininoEstado civil: Solteiro(a)
 Casado(a) ou Amigado(a)
 Divorciado(a)
 Separado(a)
 Viúvo(a)Grau de escolaridade: Analfabeto
 1^a. à 4^a.
 5^a. à 8^a.
 2^o. Grau
 3^o. Grau

Data: / /

ANEXO D
FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

Data: _____

Iniciais: _____ Gênero: _____ Ocupação _____

Idade: _____ Estado Civil: _____ Profissão: _____

Religião: _____

Escolaridade:

() analfabeto () Fundamental Incompl. () Fundamental Compl.

() Médio Incomp. () Médio Completo () Sup. Incompleto. () Sup. Completo

Possui filhos: () Sim () Não Qtos: _____

AVALIAÇÃO DO ESTADO CLINICO:

1- Diagnóstico/ tempo _____

2- Tratamentos realizados:

3- Doenças anteriores: _____

Observações: _____

ANEXO E

Campinas, 11 de dezembro de 2007

Ao

Comitê de Ética com Seres Humanos

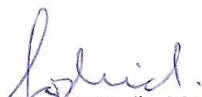
Pontifícia Universidade Católica de Campinas

Prezados Senhores,

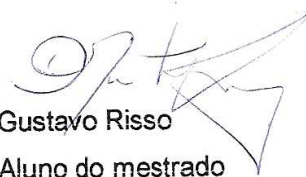
Declaro concordar que o aluno, *Gustavo Rizzo*, regularmente matriculado no Programa de Pós Graduação em Psicologia (RA: 07506546), entre em contato com os pacientes da unidade sob minha responsabilidade, a fim de convidá-los a participar voluntariamente da pesquisa, "Central Relationship Questionnaire (CRQ): validade e precisão em amostra de pacientes com Hepatite C crônica".



Dra. Maria Patelli Juliani Souza Lima
Chefe do Serviço de Moléstias Infectocontagiosas
Hospital e Maternidade Celso Pierro



Elisa Medici Pizão Yoshida
Profa. do Programa de Pós Graduação
em Psicologia da PUC-Campinas



Gustavo Rizzo
Aluno do mestrado

ANEXO F



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Campinas, 14 de abril de 2008

Protocolo 247/08

Prezado Senhor Gustavo Risso,

C/C: Pós-Graduação da Psicologia

Parecer Projeto: PROJETO APROVADO

I – Identificação:

Título do projeto: Central Relationship Questionnaire (CRQ): validade e precisão em amostra de pacientes com Hepatite C Crônica

Pesquisador responsável: Gustavo Risso

Orientadora: Elisa Medici Pizão Yoshida

Instituição onde se realizará: Hospital e Maternidade Celso Pierro da PUC-Campinas

Data de apresentação ao CEP: 25.03.2008

II – Objetivo:

Estudar a validade convergente, discriminante e de critério da versão em português do *Central Relationship Questionnaire* (CRQ), junto a pacientes com Hepatite C (HCV) crônica, em tratamento no ambulatório de Moléstias Infecto-contagiosas (MI).

III – Sumário:

O presente estudo pretende validatr e adaptar um instrumento de relacionamento conflituoso (*Central Relationship Questionnaire* - CRQ) desenvolvido a partir do *Core Conflictual Relationship Theme* (CCRT) juntamente com a Escala de Avaliação de Sintomas (Eas - 40), através de uma amostra composta por dois grupos.

IV – Parecer do CEP:

Dessa forma, e considerando a Resolução no. 196/96 item VII.13.b, que **define as atribuições dos CEPs e classifica os pareceres emitidos aos projetos de pesquisa envolvendo seres humanos**, e, ainda que a documentação apresentada atende ao solicitado, emitiu-se o parecer para o presente projeto: **Aprovado**.

Conforme a Resolução 196/96, é atribuição do CEP “acompanhar o desenvolvimento dos projetos através de relatórios anuais dos pesquisadores” (VII.13.d). Por isso o/a pesquisador/a responsável deverá encaminhar para o CEP-PUC-Campinas o relatório final de seu projeto, até 30 dias após o seu término.

V - Data da Aprovação: 14/04/08

Sendo só o que nos cumpre informar, aproveitamos da oportunidade para renovar votos de estima e consideração.

Atenciosamente.


Profa. Dra. Karina Magalhães Brasio
Presidente do C.E.P.S.H.P
PUC-Campinas

ANEXO G

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A pesquisa, à qual você está sendo solicitado a participar, tem como objetivo estudar um questionário sobre relacionamentos amorosos nos pacientes do ambulatório de Moléstias Infectocontagiosas do Hospital e Maternidade Celso Pierro.

Esta pesquisa faz parte do mestrado do Aluno Gustavo Risso, sob a responsabilidade da Dra. Elisa Medici Pizão Yoshida, professora da PUC-Campinas.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da PUC-Campinas.

Nesta pesquisa você responderá a dois testes, sendo que um é sobre relacionamentos e o outro sintomas como depressão, ansiedade, entre outros.

Todos os dados que você fornecer serão tratados com a máxima confidencialidade pelo pesquisador. Em nenhum momento seu nome será vinculado às suas respostas. Todos os dados serão apresentados em termos de grupos. Se você tiver alguma dúvida durante a pesquisa, entre em contato com o responsável. Saiba que sua participação nesta pesquisa é totalmente voluntária, e que você é totalmente livre para abandoná-la, a qualquer momento sem nenhuma penalidade por isto. Além disto, ela é independente do tratamento a que você está se submetendo e você poderá solicitar que se retire dela qualquer contribuição que você já tenha, eventualmente, prestado.

Saiba que uma cópia deste Termo de Consentimento ficará com você.

Eu declaro ter sido informado e compreendido a natureza e objetivo da pesquisa e eu livremente concordo em participar. Declaro ainda ser maior de 18 anos.

Nome:

Assinatura: _____

Data: _____

ALUNO: Gustavo Risso – Tel. (19) 8154-9974.

COMITÊ DE ÉTICA DA PUC-CAMPINAS–Tel.(19)3343-6777.

ANEXO H

Figuras com resultados significativos das populações e instrumentos

