

**ARIANE CRISTINA MASSEI**

**PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO  
QUESTIONÁRIO DE RELACIONAMENTO CENTRAL  
(CRQ) EM PORTADORES DE HIV/AIDS**

**PUC-CAMPINAS  
2009**

**ARIANE CRISTINA MASSEI**

**PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO  
QUESTIONÁRIO DE RELACIONAMENTO CENTRAL  
(CRQ) EM PORTADORES DE HIV/AIDS**

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 .

Orientadora: Profa. Dra. Elisa Medici Pizão Yoshida

**PUC-CAMPINAS  
2009**

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

**t616.9019 Massei, Ariane Cristina.**

M415p Propriedades psicométricas do questionário de relacionamento central (CRQ) em portadores de HIV/AIDS. - Campinas: PUC-Campinas, 2009.  
vi, 90p.

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

1. AIDS (Doença) - Aspectos psicológicos. 2. AIDS (Doença) - Pacientes. 3. AIDS (Doença) - Transmissão. 4. Pessoas soropositivas. 5. Psicometria. 6. Relações humanas. I. Yoshida, Elisa Medici Pizão. II. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências da Vida. Pós- Graduação em Psicologia. III. Título.

ARIANE CRISTINA MASSEI

PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO QUESTIONÁRIO  
DE RELACIONAMENTO CENTRAL (CRQ) EM  
PORTADORES DE HIV/AIDS

Banca Examinadora

---

Presidente Profa. Dra. Elisa Medici Pizão Yoshida

---

Profa. Dra. Marilda Emmanoel Novaes Lipp

---

Profa. Dra. Elisabete Abib Pedroso de Souza

PUC-CAMPINAS  
2009

## AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente à Deus, pois sem Ele essa trajetória não seria possível

À minha orientadora profa. Dra. Elisa Médici Pizão Yoshida, que esteve presente em minha vida desde a graduação, me mostrando os caminhos da pesquisa com tanto carinho

Ao meu pai, William Massei, que sempre me incentivou e ensinou a acreditar que os sonhos sempre são possíveis

A minha mãe Maria Aparecida, pelo amor, apoio e compreensão, necessários para a realização de mais esse caminho

Ao meu irmão, William Junior, com quem compartilhei momentos de dificuldades e incertezas, e que me ensinou a ver a pesquisa de uma forma diferente

Aos meus Tios Dilermando, Márcia, Glória, André, Raquel e Vânia, por estarem torcendo por mim, mesmo que de longe

Ao meu namorado, Gustavo Risso, companheiro e amigo, por sempre apoiar e me incentivar em minhas escolhas, com quem pude dividir momentos bons e difíceis durante toda essa realização

À família do meu namorado, Vanderlei, Dagmar, Karina e André, por acompanharem essa longa trajetória

À minha terapeuta, Samanta Martins, por estar comigo durante este processo

Aos meus amigos, Bruna, Fernanda, Liliane, Erica, em especial Letícia, Helen e Henrique pelo incentivo e amizade durante estes anos

Aos meus colegas da Pós-Graduação e aos membros do grupo de pesquisa, principalmente Ademir, com quem pude dividir tarefas, dúvidas e conquistas durante a realização deste trabalho

Ao Prof. Dr. Valdemar Donizete, supervisor e amigo, pelos inúmeros momentos compartilhados durante o Aprimoramento, que me auxiliaram a chegar até aqui

A Profa. Dra. Karina Magalhães, pela disponibilidade e sugestões no momento do exame de qualificação.

A Profa. Dra. Marilda Lipp, pelas importantes considerações realizadas no exame de qualificação e na Defesa de minha dissertação

A Profa. Dra. Elisabete Abib, membro da banca de Defesa, que possibilitou a reflexão dos assuntos abordados em meu trabalho.

As secretarias do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Puc-Campinas, Eliane, Elaine e Maria Amélia pela disponibilidade e atenção com que me orientaram durante esses dois anos

A Profa. Dra. Maria Patelli, pela compreensão e autorização para a realização da pesquisa

A equipe do hospital, em especial a Marleide e médicos Taisa, Paulo e Mauren, por quem tenho um carinho especial desde a graduação, por possibilitarem a coleta de dados

Aos participantes da pesquisa, que puderam contribuir imensamente com o meu crescimento pessoal e profissional.

Aos Conselho Nacional de Pesquisa – CNPQ, pelo apoio financeiro.

## SUMÁRIO

SUMÁRIO DE TABELAS.....	i
RESUMO.....	iii
ABSTRACT.....	iv
APRESENTAÇÃO.....	v
INTRODUÇÃO.....	01
Questionário de Relacionamento Central – CRQ 6.0.....	06
Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (HIV/Aids).....	12
Aspectos Físicos e Psicossociais dos pacientes HIV positivos .....	16
OBJETIVOS.....	26
Objetivo Geral.....	26
Objetivos Específicos.....	26
MÉTODO.....	27
Participantes.....	27
Material.....	30
Instrumentos.....	30
Procedimento.....	33

RESULTADOS e DISCUSSÃO.....	35
Caracterização da amostra.....	35
Consistência Interna.....	36
Validade Convergente .....	39
Validade Discriminante.....	41
CONCLUSÕES.....	54
REFERÊNCIAS.....	55
ANEXOS.....	64
Anexo A – Questionário Sócio-demográfico.....	65
Anexo B – Autorização do Responsável pelo Ambulatório.....	66
Anexo C –. Autorização do Comitê de Ética.....	67
Anexo D– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	68

## SUMÁRIO DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Distribuição da amostra total, Grupo 2 (G2) e Grupo 1 (G1) de acordo com variáveis sócio-demográficas (n=90).....	28
<b>Tabela 2.</b> Coeficiente alfa de Cronbach ( $\alpha$ ), itens com menos consistência, correlação do item com o total e coeficiente do CRQ 6.0 após a retirada do item e EAS-40 para amostra total, Grupo 1 e Grupo 2.....	36
<b>Tabela 3.</b> Comparação do Coeficiente Alfa de Cronbach entre os Estudos realizados com o CRQ.....	38
<b>Tabela 4.</b> Correlações por Postos de Spearman entre os Escores do CRQ – 6.0 e EAS – 40.....	40
<b>Tabela 5 .</b> Comparação dos escores dos componentes do CRQ 6.0 entre G1 e G2 (teste de Mann-Whitney).....	41
<b>Tabela 6.</b> Comparação dos escores dos componentes do CRQ 6.0 de acordo com o sexo por grupo (G2 e G1) (teste de Mann-Whitney). ....	43
<b>Tabela 7.</b> Comparação dos escores, por componente do CRQ 6.0 por tempo de diagnóstico (G1) (teste de Kruskal-Wallis).....	45

<b>Tabela 8.</b> Comparação dos escores dos fatores da EAS-40 entre G1 e G2 (teste de Mann-Whitney).....	46
<b>Tabela 9.</b> Comparação entre escore médio, desvio-padrão dos diferentes Estudos com a EAS-40, utilizando divisão entre sexo.....	48
<b>Tabela 10.</b> Comparação do escore da EAS-40 entre sexo, por grupo (G2 e G1) (teste de Mann-Whitney).....	51
<b>Tabela 11.</b> Comparação dos escores, por fatores da EAS-40 por tempo de diagnóstico (G1) (teste de Kruskal-Wallis).....	52

## RESUMO

Massei, A. C. (2008). Propriedades psicométricas do Questionário de Relacionamento Central (CRQ) em portadores de HIV/AIDS. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, São Paulo, vi + 84 pp.

Os relacionamentos interpessoais são parte importante da vida dos indivíduos, e, para pessoas que sofrem de doenças crônicas, a presença dos relacionamentos auxilia no enfrentamento da doença e adesão ao tratamento. A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS) é uma doença infecciosa, crônica e transmissível, causada pela contaminação pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). A contaminação pela AIDS traz conseqüências físicas (lipodistrofia e distúrbios metabólicos, por exemplo) e psicológicas, como ansiedade, depressão, sentimentos de impotência e apatia, afetando especificamente no campo afetivo-relacional (preconceito, rejeição). O estudo teve como objetivo avaliar as qualidades psicométricas da versão em português do *Questionário de Relacionamento Central* (CRQ 6.0) junto a pacientes HIV positivos, em tratamento ambulatorial. O CRQ 6.0 é um instrumento de auto-relato, baseado no método *Tema Central de Relacionamento Conflituoso* (CCRT) que tem como objetivo identificar o padrão de relacionamento central de parceiros amorosos, de acordo com três componentes: Desejo (D), Respostas do Outro (RO) e Respostas do Eu (RE). Para o estudo de validade convergente do CRQ 6.0, foi utilizado como critério externo a Escala de Avaliação de Sintomas (EAS-40), que avalia sintomas psicopatológicos. A amostra foi composta por 50 indivíduos com diagnóstico de HIV (G1; 60 % do gênero masculino; idade média de 41,84 anos) e 40 acompanhantes de pacientes de outras enfermarias (G2; 62,5% do gênero feminino; idade média de 34 anos). Quanto aos resultados, o CRQ 6.0 apresentou boa consistência interna, com coeficientes de alfas de Cronbach variando de 0,80 a 0,87 semelhantes aos dados encontrados em outras pesquisas internacionais. Apresentou também evidências de validade convergente, com associações positivas e significantes entre alguns componentes do CRQ 6.0 e fatores da EAS-40 (de 0,23 a 0,57). Os resultados apontam ainda para evidências de validade discriminante do CRQ 6.0 e EAS-40, com diferenças significantes nos escores entre G1 e G2 para o componente RE (Mdn do G1= 3,09; Mdn do G2= 2,78;  $p= 0,032$ ) e entre sexo feminino e masculino para D do G1 (Mdn do sexo fem. = 2,43; Mdn do sexo masc.= 2,03;  $p= 0,014$ ). Pesquisas com amostras maiores devem ser realizadas.

Palavras-chave: avaliação psicológica; relacionamento amoroso; CRQ; CCRT.

### Abstract

Massei, A. C. (2008). Psychometrical Properties from the Central Relationship Questionnaire (CRQ) in HIV/AIDS. Master Thesis. Pontifícia Universidade Católica from Campinas. Campinas. São Paulo, vi + 84 pp.

The interpersonal relationships are important facets of individuals' lives, and for those who suffer from chronic diseases, the presence of relationships helps on facing the illness and acceptance of the treatment. The AIDS is an infectious disease, chronic and transmittable, caused by the HIV virus contamination. This contamination caused by AIDS brings physical consequences (lipodystrophy and metabolically disturbs, for example) and psychological ones too, such as anxiety, depression, impotence feelings and apathy, affecting specifically the relation-affective field (prejudice, rejection). The aim of study was to evaluate the psychometrical properties of the Portuguese version of the *Central Relationship Questionnaire* (CRQ 6.0) of HIV positive outpatients. The CRQ 6.0 is a self-report instrument, based on the *Core Conflictual Relationship Theme* (CCRT) whose goal is to assess the central relationship pattern of romantic partners, according to three components: Wish (W), Responses from de Other (RO) and Responses of Self (RS). To the Valid Convergent of CRQ 6.0 study, it was used as external criteria the Symptoms Evaluation Scale (EAS-40), which evaluates psychopathological symptoms. The sample was composed of 50 individuals diagnosed with HIV(G1; 60% male; average age:41,84 years old) and 40 people accompanying other patients to the hospital (G2; 62,5% female; average age: 34 years old). As about the results, the CRQ 6.0 has presented good internal consistence, with Cronbach Alpha coefficients ranging from 0.80 to 0.87 similarly to other international researches. The CRQ 6.0 has presented as well, evidences of convergent validity, with positive and significant association between each one of the CRQ 6.0 components and factors from EAS-40 (from 0.23 to 0.57). Results pointed yet to evidences of discriminant validity of the CRQ 6.0 and EAS-40, with significant differences between G1 and G2 (Mdn from G1= 3,09; Mdn from G2= 2,78;  $p= 0,032$ ) and between female and male to D from G1 (Mdn fem. = 2,43; Mdn male= 2,03;  $p= 0,014$ ). Researches with large samples should be conducted .

**Key-words:** psychological assessment; romantic relationship; CRQ; CCRT.

## **Apresentação**

O presente estudo teve como objetivo estudar as qualidades psicométricas da versão em português do *Questionário de Relacionamento Central* (CRQ 6.0), um instrumento que avalia o padrão central do relacionamento conforme expresso no relacionamento conflituoso com parceiros amorosos. A pesquisa teve como população-alvo pacientes com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS). Esse projeto encontra-se vinculado ao projeto guarda-chuva: “Adaptação e validação de escalas de avaliação psicológica”, do grupo de pesquisa “Psicoterapia Breve Psicodinâmica: avaliação de mudança e instrumentos de medida”. O projeto guarda-chuva, iniciado em 2003, tem como objetivo geral de validação e adaptação de diferentes instrumentos psicológicos para diversas situações clínicas e institucionais.

A avaliação psicológica é uma das atribuições exclusivas dos psicólogos em instituições da saúde. No trabalho junto a pacientes hospitalares ou ambulatoriais, o uso de instrumentos de avaliação é importante, já que auxilia na compreensão dos fenômenos psicológicos envolvidos na doença do enfermo e possibilita um melhor atendimento. Para isso, é importante que os instrumentos psicológicos sejam adequados à população atendida, sendo compatíveis com suas características sociais e culturais, além de serem adequados ao ambiente em que deverá ser aplicado.

O estudo dos conflitos nos relacionamentos amorosos é relevante visto que evidências sugerem que aspectos do relacionamento pessoal e psicológico dos

indivíduos trazem implicações significantes para sua saúde psicológica (Riggs, Vosvick & Stallings, 2007). Em se tratando de pessoas que sofrem de alguma patologia crônica, os relacionamentos amorosos são considerados importante suporte social para o enfrentamento da doença e até mesmo para a adesão ao tratamento (Santos & cols, 2005; Seidl, Zannon & Tróccoli, 2005). Importante salientar que o aparecimento da doença crônica gera impactos na vida do indivíduo, como mudanças no cotidiano, dificuldades de relacionamento, rejeição e muitas vezes conflitos na relação amorosa (Ministério da Saúde, 2007). A escolha por pacientes HIV positivos como participantes desta pesquisa ocorreu pelas diversas limitações ocorridas na vida do indivíduo após o contágio, uma vez que que esses pacientes têm seus relacionamentos românticos bastante influenciados pela doença, sendo uma enfermidade sexualmente transmissível e crônica.

Com o fim de contextualizar a pesquisa, a introdução inicia-se com apresentação do instrumento a ser estudado, a base teórica utilizada e o método que deu origem ao questionário. Segue-se a descrição do instrumento e pesquisas internacionais que utilizaram o instrumento junto a diferentes populações. Posteriormente, é descrita a caracterização médica da enfermidade da população escolhida (HIV positivos) e apresentadas pesquisas relativas aos aspectos psicológicos dos pacientes com este diagnóstico, encerrando-se com os objetivos do estudo.

No método são apresentados os participantes do estudo, instrumentos utilizados e procedimentos para a coleta de dados. Em seguida, são apresentados os resultados e discussão, contendo os dados obtidos para a fidedignidade, validade convergente e discriminante. Finalmente encerra-se na conclusão. Em

anexo encontram-se os instrumentos utilizados, assim como autorizações obtidas para a realização da pesquisa, disposto na ordem que foram percorridos no trabalho.

## Introdução

De acordo com o modelo relacional da abordagem psicodinâmica, os indivíduos agem segundo um padrão central de relacionamento, que se reflete de forma recorrente nos diferentes relacionamentos, constituindo-se no estilo característico de se relacionarem com os outros (Greenberg & Mitchel, 1994). O padrão de relacionamento central é o padrão mais freqüente que é ativado quando o indivíduo se relaciona com os outros, sendo considerado a principal característica da dinâmica individual (Botino, 2000). Desenvolve-se a partir dos relacionamentos e vivências emocionais com as figuras parentais, nos primeiros anos de vida da pessoa e reproduzido, com algumas variações, nos relacionamentos subseqüentes, ao longo da vida do indivíduo, inclusive no relacionamento terapêutico (Luborsky & Crists-Christoph, 1998).

Psicanalistas freqüentemente buscam formular e reformular o principal tema de relacionamento, reeditado no relacionamento transferencial e, com isso, localizar o principal problema de relacionamento. Essa formulação torna-se importante principalmente para terapias focais, nas quais aspectos do tema de relacionamento são selecionados como foco para o trabalho terapêutico. Além disso, o trabalho focado no padrão de relacionamento é considerado o principal agente de mudanças (Luborsky, 1984).

Existem alguns métodos utilizados para mensurar o padrão de relacionamento central como o *Tema Central de Relacionamento Conflituoso* (CCRT; Luborsky, 1984), o *Formulação de Resposta Consensual* (CRF, Horowitz & Rosenberg, 1994 citado por Barber, Foltz & Weinryb, 1998), o *Formulações de Modelos de Função- Relacionamento* (Horowitz & Eells, 1993 citado por Barber & cols., 1998), entre outros. Dentre estes, o *Tema Central de*

*Relacionamento Conflituoso* (CCRT) é destacado por ser um dos métodos mais utilizados, especialmente em pesquisas de processo em psicoterapia. Em português denominado como “Método do Tema Central de Relacionamento Conflituoso” (Rocha, 2004), este modelo, desenvolvido por Lester Luborsky (1984), tem como objetivo avaliar o padrão central de relacionamento, conforme se expressa nos relacionamentos com pessoas relevantes para o indivíduo (Botino, 2000).

A construção do CCRT foi influenciada pela teoria da personalidade e psicopatologia freudianas, sendo uma tentativa de Luborsky de operacionalizar o conceito de transferência, com a finalidade de avaliá-la em situações de pesquisa (Luborsky & Crits-Christoph, 1998). Com base na análise de transcrições de sessões de psicoterapias, Luborsky (1984) identificou três componentes do padrão central, e que se expressam nos conflitos de relacionamento: o Desejo, necessidade ou intenções da pessoa (D), que corresponde ao desejo preponderante do indivíduo com relação a outras pessoas; a expectativa do sujeito em relação às respostas, reais ou fantasiadas, do outro (RO), que seria como o indivíduo percebe que as outras pessoas reagem diante de seus desejos; e resposta do eu (RE), relativa à forma como o indivíduo reage diante da reação ou respostas dos outros. Este método utiliza transcrições de momentos de interação do indivíduo com outras pessoas, relatados nas sessões, e a avaliação é realizada por juizes independentes (Luborsky & Crits-Cristoph, 1998).

O CCRT foi apresentado pela primeira vez em 1976. Posteriormente, Luborsky elaborou uma entrevista de coleta de dados, com o objetivo de formular o CCRT, chamada *Paradigma de Anevdotas de Relacionamento* - RAP (Luborsky & Crits-Cristoph, 1998; Rocha, 2004). Nesta entrevista o participante

é solicitado a relatar dez episódios de relacionamento com pessoas importantes de sua vida, sendo que cada episódio refere-se a uma interação específica com uma pessoa específica. O indivíduo deve descrever o episódio concretamente e relatar a conversa com a outra pessoa: o que foi dito por ambos na interação e como o episódio se encerrou. A entrevista é gravada, transcrita e, a partir da identificação dos componentes do relacionamento de cada episódio relacional (D; RO e RE), formulado o CCRT para o indivíduo (Luborsky & Crits-Christoph, 1998). Em trabalho realizado no Brasil, observou-se que o uso da RAP facilitou a aplicação do CCRT (Lhullier, Nunes & Duarte, 1999).

O CCRT permite identificar dois tipos de conflitos, sendo o conflito entre os próprios desejos da pessoa, considerado pelos psicanalistas um conceito derivado dos impulsos do ID; e conflitos entre os desejos e as respostas (do outro e do eu), considerando-se a possibilidade de satisfação dos desejos, necessidades ou intenções (Botino, 2000; Luborsky, 1984).

A aplicação do CCRT é feita em duas fases. A primeira é a localização dos Episódios de Relacionamento (ER). Consiste em identificar e classificar, na transcrição da sessão terapêutica, os ER relatados pelo paciente. São considerados ERs, as narrativas explícitas de interações entre o indivíduo e outras pessoas ou consigo mesmo. Eles podem ser atuais (ocorridos dentro da sessão ou alguns dias antes), recentes (nos últimos 3 anos) ou passados (ocorridos há mais de três anos). A segunda fase consiste na formulação do CCRT, sendo necessário inicialmente localizar os três componentes do CCRT (D, RO e RE) nos ERs e posteriormente identificar os componentes mais frequentes (Botino, 2000; Luborsky, 1984; Luborsky & Crits-Christoph, 1998; Rocha, 2004).

A formulação do CCRT pode ser realizada de duas formas: *tailor made* ou utilizando categorias empiricamente elaboradas e padronizadas para o método (Luborsky & Crits-Christoph, 1998). Para a forma *tailor made* (sob medida), não existe categorias pré-estabelecidas. Elas devem ser elaboradas especificamente para o caso a ser avaliado. Essa avaliação dificulta a comparação entre as formulações realizadas por diferentes juizes, não sendo útil para pesquisas. Para superar estas dificuldades foram desenvolvidas categorias padronizadas, baseadas nas respostas mais freqüentemente encontradas nas pesquisas, quando o método *tailor made* era aplicado (Luborsky & Crits-Christoph, 1998). As categorias padronizadas foram revistas, sendo recomendada a terceira revisão, que conta com oito categorias para D (autonomia e ser independente; opor-se, controlar e machucar outras pessoas; ser controlado, ferido e não ser responsável; ser distante e evitar conflitos, ser próximo e aceito; ser amado e entendido; se sentir bem e confortável; ajudar outras pessoas), oito para RO (confiante; controladora; perturbadora; mal ou ruim; rejeição e oposição; útil; que gosta de mim; que compreende), e oito para RE (útil; não receptiva; respeitável e acolhedora; que se opõe e machuca o outro; auto-controlado e auto-confiante; indefeso; decepcionado e deprimido; ansioso e confuso) (Luborsky & Crits-Christoph, 1998). Neste tipo de procedimento, os avaliadores escolhem categorias que considerem mais adequadas para a formulação do CCRT do indivíduo, possibilitando a comparação entre as classificações (Botino, 2000).

A formulação do CCRT na identificação da transferência tem a vantagem de, com base nos Episódios de Relacionamento, oferecer exemplos concretos, e de forma condensada, de episódios de interação do indivíduo (Luborsky, 1984). Porém, apesar de ser um método muito utilizado, necessita de muito

tempo para sua aplicação na avaliação dos processos terapêuticos, o que torna difícil a aplicação a grandes amostras. Dessa forma, estudos vêm sendo realizados com o objetivo de propor outros instrumentos que possibilitem identificar de forma mais rápida e objetiva, o padrão central de relacionamento (Barber & cols. 1998).

Dentre os instrumentos que atualmente estão sendo estudados, destaca-se aqui o *Questionário de Relacionamento Central (CRQ 6.0)* (Barber & cols., 1998) (Anexo A), derivado do método CCRT. Além do CRQ, na literatura internacional existem outros instrumentos baseados em diferentes referenciais teóricos que têm com objetivo a avaliação de distúrbios no vínculo amoroso. Destacam-se nesta área aqueles cujos autores identificam-se com as contribuições de Bowlby como, por exemplo, o *Questionário de Escala de Relacionamentos (RSQ)*, Griffin & Bartholomew, 1994 citado por Bond & Bond, 2004), o *Questionário de Relacionamento (RQ)*, Bartholomew & Horowitz, 1991 citado por Bond & Bond, 2004), a *Entrevista de Vínculo Adulto (AAI)*, Main, Cassidy, & Kaplan, 1985 citado por Stanojević, 2004) e a *Escala de Experiência de Relacionamento Íntimo (ECR)*, Brennan & cols, 1998 citado por Bond & Bond, 2004).

Na literatura nacional, foram encontrados apenas dois instrumentos, ainda em fase de validação, com o objetivo de avaliar conflitos no relacionamento amoroso. Um dos instrumentos foi estudado por Couto, Van Hattum, Vandenberghe e Benfica (2005), tendo como objetivo propor uma versão brasileira para o *Check List de Transações Interpessoais – Revisado (CLOIT-R)*; Kiesler, Goldston & Schmidt, 1991 citado por Couto e cols, 2005). Esse inventário tem como objetivo mapear o comportamento interpessoal de uma pessoa alvo, sendo apresentado em três formas: auto-classificação

(indivíduo descreve seu próprio comportamento), *transator* (é respondido por uma pessoa, relacionada a outra pessoa com quem se relacionou), e observador (preenchido por um observador externo que classifica o comportamento da outra pessoa). Cada inventário conta com 96 itens que descrevem ações que podem ocorrer em interações entre as pessoas. Os itens estão divididos em 16 escalas bi-dimensionais, sendo: Dominância, Competição, Desconfiança, Frieza Afetiva, Hostilidade, Isolamento, Inibição, Insegurança, Submissão, Deferência, Confiança, Calor Afetivo, Amigabilidade, Sociabilidade, Exibicionismo, e Segurança. O outro instrumento foi estudado por Ferreira, Nunes, Kurth, Pokorny, Terra, Hauck e Ceitlin (2006), que objetivaram desenvolver a versão em português do Brasil da versão abreviada do instrumento, conhecido na literatura internacional como *Questionário de Padrão de Relacionamento (RPQ)*, Kurth & Pokorny, 2004, citado por Ferreira & cols, 2006). Esse questionário tem como objetivo avaliar o padrão central da relação, baseado no conceito de transferência. A versão abreviada conta com quatro escalas unipolares, sendo: imposição, amor, submissão e ataque. Vale ressaltar que tanto o RPQ, quanto o CRQ baseiam-se no CCRT, porém cada um dos instrumentos avalia o padrão de relacionamento de acordo com diferentes componentes.

### ***Questionário de Relacionamento Central – CRQ 6.0***

O *Questionário de Relacionamento Central (CRQ 6.0)* é um instrumento de auto-relato que tem como objetivo identificar o padrão de relacionamento central, de acordo com os três componentes propostos por Luborsky para o CCRT. A versão inicial do CRQ foi baseada em parte, nas categorias

elaboradas para o CCRT e, em parte, em uma revisão da literatura sobre personalidade (Barber & cols, 1998).

No estudo piloto, o CRQ foi composto por 65 itens para Desejo (D), 51 para Resposta do Outro (RO) e 64 para Resposta do Eu (RE), sendo divididos em oito diferentes subescalas para D (ser suportivo, que o outro se sinta bem, estar em conflito, ser amado, ser reconhecido, ser de confiança, ser independente e ser atraente), seis para RO (me machuca, me ama, é independente, me controla, fica “fora do controle”, é atraente) e oito subescalas para RE (se sente valorizado, cuida do outro, se sente ansioso, não se sente querido, se sente bem sucedido, é independente, evita conflito e é atraente). As subescalas do CRQ podem ser divididas ainda em duas categorias: positivas e negativas. As subescalas com tonalidade positiva são aquelas que se referem a associação positiva, autonomia e emoções positivas; as com tonalidade negativa são os relacionamentos antagônicos e emoções negativas ( Barber & cols, 1998; Weinryb, Barber, Foltz, Göransson & Gustavsson, 2000).

De acordo com a versão original do CRQ (Barber & cols, 1998), os participantes são solicitados a responder o questionário referindo-se ao seu último par romântico e quando seu relacionamento esteve em seu pior momento. Um parceiro romântico é alguém considerado importante, com quem o indivíduo está ou esteve romântica e sexualmente envolvido, nos últimos 3 anos, por pelo menos 3 meses. A escolha pelo parceiro romântico se deu uma vez que esse relacionamento talvez seja o mais significativo na vida de adultos, permitindo assim que a identificação do padrão de relacionamento do indivíduo com os outros. As respostas são dadas em uma escala tipo Likert de sete pontos, sendo 1 quando não é característico da pessoa e 7 quando é muito

característico, de forma que altos escores representam grande presença de um D, RO ou RE (Barber & Cols, 1998).

Estudos com o objetivo de avaliar as qualidades psicométricas do CRQ têm sido realizados. O primeiro estudo foi realizado por Barber & cols. (1998) com o objetivo de determinar a estrutura de cada componente do CRQ, avaliar a consistência interna, validade convergente, discriminante e determinar a precisão teste-reteste, em uma amostra composta por 315 americanos estudantes universitários e 96 pacientes com desordem psiquiátrica. Para o reteste, participaram 54 estudantes universitários. Foram utilizados como medidas de critério externo para a validade convergente e discriminante, o *Inventário de Problemas Interpessoais* (IIP; Horowitz & cols, 1988 citado por Barber & cols, 1998), o *Inventário de Depressão Beck* (BDI; Beck & cols, 1961 citado por Barber & cols, 1998), *Inventário de Ansiedade Beck* (BAI; Beck & cols, 1988, citado por Barber & cols, 1998); o *Checklist de Sintomas-90-Revisado* (SCL-90-R; Derogatis, 1977, citado por Barber & cols, 1998) e o *NEO- FFI – Inventário dos Cinco Fatores* (NEO-FFI; Costa & McCrae, 1992, citado por Barber & cols, 1998).

Os resultados indicaram que o CRQ pode ser diferenciado em três componentes, sendo Desejo (D), Resposta do Outro (RO) e Resposta do Eu (RE), conforme o CCRT. Cada componente foi diferenciado em subescalas, sendo sete para D, sete para RO e oito para RE. As subescalas derivadas dos componentes apresentaram consistência interna com Coeficientes Alfa de Cronbach entre 0,78 a 0,90 ( $M= 0,88/ Mdn = 0,90$ ) nas sete subescalas de Desejo (D), 0,82 a 0,95 ( $M= 0,88/ Mdn = 0,88$ ) nas sete subescalas de Resposta do Outro (RO) e 0,71 a 0,94 ( $M= 0,85/ Mdn = 0,89$ ) nas oito subescalas da Resposta do Eu (RE) e precisão por teste-reteste (no período de

um ano), com coeficientes de correlação de 0,65 para D; 0,66 para RO; e 0,63 para RE. Apresentou também validade convergente e discriminante relacionada a problemas interpessoais e sintomatologia, sendo que a subescala “estar em conflito” do componente D foi positivamente associada à escala “Dominator” e “Vingativo” do IIP e a subescala, e “Ser suportivo” apresentou correlação negativa com a escala “Vingativo” e “Frio” do IIP; Quanto ao RO, as subescalas “Me machuca” e “Me ama” se relacionam positiva e negativamente, respectivamente com a média do escore do IIP, e a subescala “Me controla” tem correlação positiva com a escala “não assertiva” e “exploráveis” com IIP; Já para o RE, a média do escore do IIP apresentou correlação negativa com “se sente valorizado” e “é independente” e correlação positiva com “se sente ansioso” e “não se sente querido”. Houve correlação negativa também entre a subescala “cuida do outro” do RE e a escala “Vingativo” e “Frio” do IIP e, finalmente, associação positiva entre “é dominador” do RE e a escala “Dominator” do IIP (Barber & cols., 1998).

Foi estudada a validade convergente do CRQ e sintomas psicopatológicos, obtendo associação positiva entre a subescala “se sente ansioso” do RE e neuroticismo (NEO - FFI), sintomatologia psiquiátrica (SCL-90-R) e depressão (BDI) (Barber & cols., 1998)

Estudo também com o CRQ foi realizado na Suécia, com o objetivo de validar o instrumento para aquela população. A amostra foi composta por 91 estudantes universitários suecos, 30 pacientes psiquiátricos e 98 estudantes americanos. Para a validação do instrumento, novamente foi utilizado o *Inventário de Problemas Interpessoais* (IIP, Horowitz & cols, 1988 citado por Weinryb & cols, 2000). Os resultados indicaram que as subescalas da versão sueca do CRQ apresentaram boa consistência interna com Coeficientes Alfa de

Cronbach variando entre de 0,75 a 0,95 nas sete subescalas D, 0,72 a 0,96 nas sete subescalas do RO e 0,66 a 0,96 nas oito subescalas da RE (Weinryb & cols, 2000).

Apresentou também validade convergente e discriminante, reproduzindo de forma satisfatória as qualidades da versão americana, sendo que as subescalas do CRQ com tonalidade positiva foram inversamente correlacionadas com o número de problemas interpessoais, enquanto que as subescalas com tonalidade negativa correlacionaram de forma positiva com o nível global de problemas interpessoais (Weinryb & cols, 2000).

O CRQ foi utilizado também em estudo realizado por Wiseman, Barber, Raz, Yam, Foltz e Livne-Sir (2002) com objetivo de avaliar problemas interpessoais e padrão central de relacionamento em sobreviventes do Holocausto. A amostra total contou com 110 participantes, divididos em dois grupos sendo pessoas registradas em Israel entre 1946 e 1966 que tinham mãe sobreviventes de campo de concentração nazista (HSO) e um grupo controle. O grupo HSO foi subdividido em dois grupos, sendo o de indivíduos que foram comunicados da experiência do Holocausto pela família, e indivíduos que não foram comunicados verbalmente da experiência, de acordo com o instrumento Questionário de Comunicação de Pais da Experiência do Holocausto (Lichtman, 1983 citado por Wiseman & cols, 2002). Foram utilizados diversos instrumentos, sendo o *Inventário de Problemas Interpessoais Circumplex* (IIP-C) (Alden, Wiggins, & Pincus, 1990 citado por Wiseman & cols., 2002), *Escala de Inabilidade Social de Marlowe-Crowne* (SDS) (Crowne & Marlowe, 1960 citado por Wiseman & cols, 2002), *Índice de Saúde Mental* (MHI) (Veit & Ware, 1983 citado por Wiseman & cols, 2002) e o *Questionário de Relacionamento Central* (CRQ; Barber & cols, 1998). Os resultados

indicaram que os dois grupos não apresentaram diferenças em saúde mental e, relacionado ao CRQ, os indivíduos do grupo HSO que não haviam sido comunicados da experiência do Holocausto por seus pais apresentaram maiores conflitos no D de “estar em conflito”, em RO de “ansioso”, “controlador” e “fora do controle”, e RE de “sentir-se ansioso”, quando comparados aos HSO que foram comunicados sobre a experiência e indivíduos do grupo controle, mostrando evidências de validade discriminante do CRQ.

Finalmente, estudo realizado por McCarthy, Gibbons e Barber (2008), teve dois objetivos: melhorar a versão do CRQ e testar as qualidades psicométricas do instrumento, uma vez que foi utilizada uma versão na qual é avaliado o padrão de relacionamento do sujeito de acordo com o relacionamento com diferentes pessoas (parceiro amoroso, mãe, pai e melhor amigo); e examinar a relação entre a rigidez e o padrão de relacionamento. Para isso, a amostra foi composta de 250 participantes diagnosticados com desordem depressiva, obesidade, transtorno do pânico, ansiedade generalizada ou personalidade borderline de acordo com a entrevista clínica estruturada do DSM-IV; e o grupo controle composto por 92 estudantes universitários. Foi utilizado o *Questionário de Relacionamento Central* (CRQ, Barber & cols, 1998), *Escala de Avaliação de Funcionamento Global* (GAF, American Psychiatric Association, 2000 citado por Mc Carthy & cols. 2008), *Inventário de Problemas Interpessoais* (IIP, Horowitz & cols, 2000 citado por McCarthy & cols., 2008) e *Inventário Breve de Sintomas - BSI* (Derogatis & Melisaratos, 1983 citado por McCarthy & cols., 2008).

Relacionada à revisão do instrumento, é importante salientar que, após as análises, o CRQ ficou composto por 12 subescalas para D (com 40 itens), 8 subescalas para RO (composto por 23 itens) e 13 subescalas para RE (com 38

itens). Quanto à consistência interna, a maioria das subescalas apresentou Alfas considerados aceitáveis (acima de 0,70). Já relativo à associação entre a rigidez e padrão de relacionamento, observou-se que a rigidez foi associada a sintomas menos severos e maior funcionamento interpessoal, contrariando as hipóteses levantadas previamente ao estudo (McCarthy & cols, 2008).

Os relacionamentos interpessoais são parte importante da vida dos indivíduos. Em se tratando de pessoas que sofrem de doenças crônicas, a presença dos relacionamentos satisfatórios auxilia no enfrentamento da doença e adesão ao tratamento. Além disso, esses pacientes, principalmente aqueles portadores de doenças crônicas e transmissíveis, são afetados por diversas mudanças no cotidiano e sofrimentos psicológicos, gerando impactos negativos em seus relacionamentos. Diante disto, o estudo da forma como esses pacientes se relacionam com os outros torna-se relevante, possibilitando um maior conhecimento dos conflitos presentes nessas relações.

### **Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS)**

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS) é uma doença infecciosa causada pela contaminação pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Atualmente existe uma tendência de ser considerada uma enfermidade crônica, uma vez que, apesar de não ter cura, dispõe de tratamento, possibilitando que o indivíduo viva por muitos anos sendo portador do vírus (Law, King, Zitek & Hebl, 2007). O HIV foi isolado pela primeira vez em 1983 por Luc Montagnier, e sua ação é caracterizada pela progressiva destruição das células do sistema imunológico nos seres humanos, expondo os pacientes infectados a contaminações por infecções oportunistas (Marins, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde (2007), a Aids é uma infecção ocorrida com a contaminação pelo HIV, com repercussão no sistema imunológico, ocorrendo a presença ou não de sinais ou sintomas causados pelo próprio HIV ou em consequência de doenças oportunistas (infecções e neoplasias) .

A Aids foi identificada pela primeira vez em 1981, nos Estados Unidos, porém acredita-se que a doença teve início no continente africano, tendo como ancestral genético provável o Vírus da Imunodeficiência de Símios (SIV). Na época, observou-se a ocorrência de doenças como, a Pneumociste Carini (forma rara de pneumonia) e Sarcoma de Kaposi (forma rara de câncer), que indicavam uma deficiência imunológica em adultos jovens, que não eram portadores de outras patologias. Inicialmente, observou-se a ocorrência em homossexuais masculinos, tendo sido denominada, no princípio da década de 80, como “*gay related immunodeficiency disorder (GRID)*”. Posteriormente, foram registrados casos em usuários de drogas injetáveis, receptores de sangue, heterossexuais de ambos os sexos e crianças (Marins, 2004). Atualmente, estima-se que 33,2 milhões de pessoas vivem com Aids no mundo, sendo que 1,6 milhão vivem na América Latina (UNAIDS/ WHO, 2007).

Segundo Fry, Monteiro, Maio, Bastos e Santos (2007), no Brasil a epidemia de Aids sofreu grandes transformações entre 1980 a 1990. Inicialmente, as camadas média e superior da sociedade foram atingidas pela doença, já que eram infectados pelo vírus por meio do contato com pessoas de países desenvolvidos como, Estados Unidos e europeus, onde a epidemia estava nascendo. Posteriormente, alastrou-se pelas camadas mais pobres da população sendo que, atualmente, na maioria dos países, os mais afetados provêm da população marginalizada, constituída por pessoas que ocupam trabalhos informais e ocupações mal remuneradas, e pessoas excluídas da

educação formal. Destaca-se ainda o aumento da contaminação entre as mulheres, em virtude da desigualdade, hierarquia de gênero e dificuldades encontradas pela população feminina em utilizar métodos de prevenção (Diaz & Toro-Alfonso, 2007).

A transmissão pelo vírus HIV ocorre por três vias: sexual (esperma e secreção vaginal); parenteral (recepção de sangue contaminado pela transfusão, agulhas ou seringas contaminadas, entre outros); e vertical (leite materno, durante a gestação e no parto). Na maioria dos países, a via de infecção mais freqüente é a transmissão sexual (Diaz & Toro-Alfonso, 2007). Após a contaminação pelo vírus são necessárias de seis a 12 semanas para que a sorologia anti-HIV torne-se positiva, período denominado de “janela imunológica”. O tempo entre a contaminação e o desenvolvimento da imunodeficiência é chamado de período de latência, no qual a função imunológica está relativamente intacta, não existindo um consenso sobre a duração dessa fase (Marques & Masur, 2005; Ministério da Saúde, 2007).

Segundo Marques e Masur (2005), clinicamente, a história natural da infecção pelo Vírus da Aids pode ser dividida em seis fases: transmissão viral, infecção primária, soroconversão, período clínico latente, infecção sintomática inicial pelo HIV e Aids (SIDA). Inicialmente, ocorre aquisição da infecção pelo vírus da Aids, que não necessariamente vem acompanhada de sintomas. Em 40% a 90% dos pacientes é reconhecida uma infecção aguda, com sintomas semelhantes aos de outras doenças (febre, diarreia, vômitos, entre outros). Neste momento, ocorre a diminuição de células do sistema imunológico, o que torna importante a realização de testes específicos para o HIV. Após a infecção primária, inicia-se a soroconversão, e em seguida um período de latência, no qual a maioria dos pacientes não apresenta sintomas. A infecção sintomática

inicial pelo HIV e a Aids acontecem com o desenvolvimento da doença clinicamente aparente. Durante todo processo de desenvolvimento da doença, ocorre a diminuição das células de sistema imunológico, aumento da carga viral no organismo e, conseqüentemente, o aparecimento das doenças oportunistas. Vale ressaltar que a duração das fases da doença varia de individuo para individuo.

Para o diagnóstico é realizado o exame de anticorpos anti-HIV no sangue periférico, sendo os mais utilizados o exame ELISA e o Western-Blot (Marques & Masur, 2005). O tratamento é realizado com o uso da terapia anti-retroviral (ARV), sendo, atualmente, mais utilizada a combinação de três anti-retrovirais, chamada de “coquetel”, e para as infecções oportunistas e neoplasias, antibióticos e quimioterápicos (Lomar & Diament, 2005). O objetivo do tratamento é inibir a replicação do vírus HIV, bloqueando as etapas da reprodução viral, retardando assim a evolução da doença. Em conjunto com as campanhas de prevenção, as drogas anti-retrovirais parecem contribuir para a estabilização no número de infectados pela Aids no Brasil (Ministério da Saúde, 2007).

O Ministério da Saúde realiza algumas iniciativas voltadas para o combate e prevenção à Aids por meio do Programa Nacional de DST e Aids, que tem como objetivo propor ações de assistência, prevenção, participação social e direitos humanos para pessoas HIV positivas. Desde 1996, o Brasil implantou a distribuição gratuita do medicamento anti-retroviral, tendo alcançado diversos avanços, como baixa na mortalidade e aumento no número de pessoas em tratamento (Ministério da Saúde, 2007).

Pesquisa realizada no Brasil, pelo Ministério da Saúde, aponta um número elevado de pessoas contaminadas. De 1980 a junho de 2007 foram

registrados 474.273 casos, porém estima-se que 620 mil pessoas estejam contaminadas pelo vírus. Relacionada à região de maior concentração de pessoas HIV positivas, a região Sudeste apresenta 289.074 dos casos. Quanto ao sexo, aproximadamente 66,3% são do sexo masculino e 33,7% do sexo feminino. Apesar dessa grande diferença, atualmente tem sido registrado um aumento no número de contaminação entre mulheres mas entre os homens esse número tem permanecido estável, o que pode ser explicado pelo aumento da transmissão entre casais heterossexuais, associada aos fatores culturais (desigualdade entre sexos, etc). No que concerne à idade, a maior prevalência ocorre entre 25 a 49 anos, porém tem se observado um aumento no número de casos em pessoas acima de 50 anos, em ambos os sexos (UNAIDS/ WHO, 2007).

### **Aspectos Físicos e Psicossociais dos Pacientes HIV positivos**

Por ser uma doença passível de tratamento, ainda que sem cura, a Aids tem tido grandes avanços relacionados com a qualidade de vida dos pacientes e aumento da expectativa de vida com o uso dos anti-retrovirais. Porém, o uso desses medicamentos gera efeitos adversos como o diabetes, lipodistrofia (diminuição de gordura na região da face e nos membros superiores e inferiores; acúmulo de gordura na região cervical, abdômen e mamas) e distúrbios metabólicos que afetam a auto-estima e a qualidade de vida dos pacientes; causam fadiga e diminuição da atividade da pessoa em tratamento e afetam diretamente os hábitos de vida. Vale ressaltar que como todas as doenças consideradas crônicas, os pacientes enfrentam dificuldades com a adesão ao tratamento, efeitos colaterais advindos do uso prolongado da

medicação e dificuldades em lidar com o cotidiano, como adaptações no trabalho, escola, nas relações familiares e conjugais, podendo ocorrer o abandono nas atividades habituais (Ministério da Saúde, 2007).

Além das conseqüências físicas, os indivíduos HIV positivos sofrem também com os impactos psicológicos originados pelas limitações de uma “nova vida”. A ansiedade, angústia, depressão, sentimentos de impotência, apatia, distúrbios cognitivos, quadros demenciais, além de outras manifestações psicológicas, acometem as pessoas portadoras desse vírus. A falta de perspectiva, uma trajetória marcada por perdas sucessivas (tanto físicas quanto afetivas), a conscientização e os sentimentos desencadeados por essas perdas (concretas e simbólicas) ocasionam sentimentos de tristeza, impotência, desânimo, ideação suicida, entre outros (Carvalho & Garvão, 2008; Ferreira, 2004; Morais & Moura, 2004; Oliveira, 2004; Tostes & Oliveira, 2004).

Estudo realizado nos Estados Unidos, por Carrico e cols. (2007), objetivou examinar a correlação entre alguns fatores (características demográficas, uso de álcool e outras substâncias, carga viral – CD4 e fatores psicossociais) e ideação suicida em 2.909 pessoas HIV positivas. Entre os resultados, é importante destacar que 19% dos participantes relataram ideação suicida, na última semana. Além disso, encontrou-se correlação significativa entre os fatores examinados como: maior probabilidade de ideação suicida entre latinos e hispânicos; homossexuais e bissexuais; participantes que faziam uso regular de maconha; e participantes que relataram efeitos colaterais da medicação e sintomas da própria doença. Outro resultado importante está relacionado à situação conjugal, sendo que o estudo apresentou que indivíduos em um primeiro relacionamento romântico têm menor probabilidade de relatar

ideação suicida, provavelmente por receberem um acentuado suporte social do primeiro parceiro.

Diversos estudos vêm sendo realizados com o objetivo de avaliar e compreender os sintomas psicopatológicos de indivíduos infectados pelo vírus. Segundo Morais e Moura (2004), a ansiedade e a angústia são os sentimentos mais freqüentes entre os portadores do HIV. Esses sentimentos estão presentes em diversos momentos, desde o diagnóstico, início do tratamento, internações, possibilidade de alta hospitalar, entre outros. Vale lembrar que esses pacientes sofrem com situações ligadas à família, amigos, trabalho e, especificamente, com o medo da rejeição. É importante salientar ainda que essa doença está ligada a perdas, provocando medo, ansiedade, depressão e uma diversidade de conflitos emocionais.

Estudo realizado na Colômbia, em que se objetivou avaliar variáveis psicológicas de 47 mulheres portadoras do vírus da Aids, por meio de uma bateria de avaliação de variáveis psicológicas em mulheres diagnosticadas com HIV/Aids, constatou que 23,4% da amostra apresentaram ansiedade e 10,63% depressão (Arrivillaga & cols., 2006). A depressão em pacientes HIV positivos pode estar associada a diversos fatores como, a mudança de vida, estigma social, possibilidade de isolamento social associada ao diagnóstico do HIV, os efeitos na vida ocupacional, a mudança na imagem corporal ocasionada pela doença e medicamentos e, até mesmo, uma possível mudança em regiões subcorticais do cérebro, também possibilitada pela doença. Como consequência, a depressão pode acarretar uma dificuldade de aderência à medicação, comportamentos sexual de risco e abuso de substâncias, levando ao agravamento do quadro clínico do paciente (Berg, Michelson & Safren, 2007).

Lima e cols. (2007), em pesquisa com objetivo de determinar o impacto dos sintomas depressivos na mortalidade em 563 pacientes HIV positivos, encontraram maiores índices de depressão na amostra por eles estudada. A depressão foi analisada utilizando-se a *Escala de Depressão do Centro para Estudos Epidemiológico* (CES-D) e 51% da amostra foram classificados como tendo sintomas depressivos, sendo que as mulheres apresentaram mais sintomas depressivos se comparadas aos homens. Os autores concluíram ainda que os sintomas depressivos foram fortemente associados com a alta mortalidade em pacientes que iniciaram terapia com anti-retroviral e que existe uma forte relação entre indivíduos com sintomas depressivos e não aderência ao tratamento.

Por ser uma doença transmissível, crônica e que causa diversas limitações, o paciente HIV positivo enfrenta muitas dificuldades relacionadas ao ambiente social, especificamente no campo afetivo-sexual. Se por um lado esses pacientes necessitam de suporte afetivo e material para enfrentarem essa nova condição de vida, por outro, enfrentam preconceitos e discriminação por possuírem uma doença transmissível. A Aids tem um significado cultural relacionada à morte e doença, sendo muitas vezes apresentada como evidência de decadência e deterioração, produzindo limitação social. Os indivíduos HIV positivos são lembrados freqüentemente de sua doença ao enfrentarem a rejeição e o preconceito (Diaz & Toro-Alfonso, 2007).

A rejeição, o preconceito e o estigma enfrentados pelos portadores do vírus da Aids podem interferir negativamente na auto-estima, auto-eficácia e no tratamento da doença (Law & cols, 2007). A rejeição construída socialmente, quando assimilada e internalizada pelo indivíduo, pode causar diversas reações comportamentais e emocionais como a não procura pelo tratamento e serviços

de cuidado, práticas de sexo não seguras, isolamento e doenças emocionais, como o desenvolvimento de sintomas depressivos (Simbayi & cols, 2007).

Em estudo realizado por Simbayi e cols (2007), com o objetivo de avaliar o estigma internalizado, discriminação e depressão em 1063 pacientes HIV positivos, de ambos os sexos, na África do Sul, constatou-se que a experiência de discriminação é comum em indivíduos que vivem nessa região. Os resultados apontam que 40% dos indivíduos que vivem com HIV já experienciaram discriminação como resultado da infecção pelo HIV, sendo que um em cada cinco relatam já terem perdido moradia ou trabalho por causa da doença. Ainda relacionada à discriminação, um em cada três participante relataram ter sido tratados de forma diferente por amigos e familiares, após a revelação do diagnóstico. E 60% da amostra relataram não ter revelado sobre a infecção para outras pessoas, por medo de suas reações. Com o objetivo de avaliar os sintomas depressivos, foi utilizada a escala *Escala de Depressão do Centro para Estudos Epidemiológico* (CESD) e foi encontrado que 30% da amostra apresentavam sintomas depressivos na última semana, sendo que as mulheres tinham mais sintomas depressivos se comparadas aos homens.

Estudo realizado no Brasil por Castanha e cols. (2006), com o objetivo de estudar a representação social e depressão em pacientes com Aids, contou com uma amostra de 91 pacientes soropositivos. Foram encontrados, nos discursos dos pacientes, elementos como desespero, angústia, doença e morte. Foi destacado também o preconceito sentido por essas pessoas, que muitas vezes vem acompanhado do sentimento de abandono, segregação e ruptura nas relações pessoais, desencadeando sintomas depressivos, sendo que 64% dos participantes apresentaram esses sintomas.

Carvalho e Galvão (2008), em pesquisa com o objetivo de compreender como as mulheres infectadas com o HIV enfrentam o cotidiano após a descoberta do diagnóstico, encontraram como resultado relevante nas narrativas a presença de sentimentos como medo da morte, abandono, solidão, tristeza, vergonha e ansiedade. As participantes relataram que a descoberta da doença pode ser considerada uma barreira, tanto pelo medo da discriminação sentido por elas, quanto pelo preconceito por parte dos outros.

Ainda ligado às relações sociais, Santos, Junior e Lopes (2007) em pesquisa com objetivo de avaliar qualidade de vida em pessoas vivendo com HIV/Aids, encontraram como resultado importante que os pacientes apresentaram piores resultados no domínio de relações sociais se comparados com outros pacientes, indicando que viver com HIV/ Aids pode ter um efeito negativo nas relações sociais (relacionamentos pessoais, suporte social, atividade sexual). Segundo os autores, esse resultado pode estar relacionado ao processo de estigma e discriminação vivenciados por esses pacientes, ligadas às dificuldades na revelação do diagnóstico para outras pessoas e para uma vida sexual tranqüila.

Por outro lado, estudos evidenciam a importância dos relacionamentos interpessoais para esses pacientes. Seidl, Zannon e Tróccoli (2005), por exemplo, realizaram estudo cujo objetivo foi avaliar qualidade de vida, modos de enfrentamento e suporte social em 241 pacientes HIV positivos. Nesse estudo foi constatado que o suporte social emocional, enfrentamento focalizado na emoção (culpabilização, expressão de emoções negativas, esquiva e/ou negação, e etc), enfrentamento localizado no problema (reavaliação positiva, manejo e resignificação do estressor) e viver com parceiro ou parceira, foram preditores significativos da dimensão psicossocial de Qualidade de Vida.

Destaca-se entre os resultados, a importância do suporte social, especificamente a presença de parceiros românticos no enfrentamento da doença, tendo sido encontradas médias mais altas relacionadas ao suporte emocional e instrumental em indivíduos que vivem com os parceiros, o que pode ocorrer pela proximidade entre a pessoa que dá e a que necessita de suporte.

Outro estudo que ressaltou a importância dos relacionamentos afetivos para os portadores do HIV foi realizado por Santos e cols. (2005) com 457 pacientes em tratamento clínico no Brasil. Este estudo teve como objetivo analisar a percepção dos pacientes relacionada a dois padrões de mudança corporal: o aumento da gordura em regiões centrais do corpo (no pescoço, tórax, cintura e estômago) e a perda de gordura em regiões periféricas do corpo (face, braços, pernas e nádegas). Entre os resultados encontrados, vale ressaltar que a qualidade dos relacionamentos afetivos com o parceiro sexual ou com a família e amigos foi inversamente associada com a auto-percepção de perda da gordura na região periférica. Indivíduos que relataram bom relacionamento afetivo tiveram menor probabilidade de perceber mudanças no corpo o que, segundo os autores, mostra a importância do suporte afetivo no enfrentamento das consequências da doença e tratamento nesses pacientes.

Diversas pesquisas têm sido realizadas contribuindo para o conhecimento relacionado ao impacto da doença nas relações afetivas e na sexualidade. Em estudo realizado por Carvalho e Piccinini (2006), com o objetivo de investigar os sentimentos diante da infecção, da maternidade e do bebê, em seis gestantes, observou-se que o diagnóstico da doença em um dos membros do casal, em alguns casos, gerou o aumento dos conflitos, em decorrência da culpabilização daquele membro pela infecção do bebê.

Em trabalho realizado por Souza, Shimma e Nogueira-Martins (2006), procurou-se identificar e descrever o conjunto de perdas e lutos vivenciados pelos portadores do HIV. Por meio de entrevistas semi-estruturadas, realizadas com 12 pacientes de ambos os sexos, e após análise temática, foram encontradas duas grandes categorias, uma relacionada às perdas e outra à reorganização da vida (elaboração das perdas com o auxílio de diferentes figuras de apego). Relacionada às perdas, pode-se destacar a “ilusão da imortalidade”, a identidade, saúde e esperança, que ocasionaram perdas secundárias principalmente ligadas ao campo social e afetivo, com conseqüências familiares, sexual, afetiva, profissional e social. Foi relatado, por alguns entrevistados, o fim do relacionamento afetivo após o diagnóstico da doença, levando o indivíduo a tornar-se sexualmente inativo, chegando até à abstinência total.

Outro estudo relacionado à sexualidade foi realizado por Paiva, Latorre, Gravato e Lacerda (2002) e que teve como objetivo descrever aspectos da vida reprodutiva e sexual de 1068 mulheres infectadas pelo HIV, em tratamento ambulatorial, e como elas percebem o aconselhamento nessa área. No momento da entrevista, 54% das participantes relataram ter parceiro e atividade sexual. Relacionada aos efeitos do diagnóstico positivo para HIV na vida sexual das participantes, foi relatado por 8% que a vida sexual melhorou após a confirmação da doença, sendo que foi justificado pelo aumento do diálogo entre o casal e o apoio dado um ao outro após o diagnóstico; 24% disseram ter ficado igual; 28% relataram ter ficado diferente, principalmente pelo uso da camisinha; e 26% disseram que piorou, principalmente por causa do medo de engravidar, de infectar o parceiro, aumentar a carga viral e medo do preservativo se romper. Entre as entrevistadas, 2% acreditam que por

serem HIV positivas não podem mais ter vida sexual ativa e um número significativo de mulheres (16%) relataram terem parado de fazer sexo após o diagnóstico. Vale ressaltar que 1% das entrevistadas relatou dificuldade de encontrar um parceiro, pelo medo de revelar o diagnóstico e rejeição, contribuindo para a solidão e depressão. Os autores concluíram que a maioria das mulheres portadoras do vírus continua mantendo ativa a vida sexual e afetiva, contudo enfrentando dificuldades relacionadas à comunicação do diagnóstico, negociação permanente do uso da camisinha, medo de rejeições e decisões relacionadas à constituição de família. Este estudo torna-se relevante pois apresenta um bom delineamento metodológico e envolveu uma amostra com mais de 1000 participantes.

Ainda relacionada à esfera da sexualidade e do relacionamento com parceiros amorosos em pacientes HIV positivos, é importante destacar o impacto do diagnóstico da doença na vida de casais que se “descobrem” sorodiscordantes, ou seja, nos quais um dos parceiros é portador do vírus da Aids e o outro não. Estudo realizado por Reis e Gir (2005) com 11 portadores do vírus da Aids que convivem com parceiro soronegativos, obteve como resultado que a descoberta do vírus em um dos parceiros ocasionou mudanças no comportamento sexual do casal, principalmente pela inserção do preservativo na relação sexual, como forma de prevenção da transmissão do vírus para o parceiro soronegativo. Com o uso do preservativo, houve o aparecimento de conflitos, interferindo na intimidade do casal e no prazer sexual.

Segundo Dalapria e Neto (2004), em estudo com casais sorodiscordantes, apesar dos portadores do vírus da Aids entrevistados manterem vida sexual e afetiva após a contaminação de um dos parceiros,

passaram a enfrentar dificuldades de comunicação do diagnóstico, negociação constante do uso da camisinha, medo da rejeição e impacto na decisão de ter filhos.

Dado que a expectativa de vida das pessoas portadoras de HIV/AIDS tem aumentado, é de grande importância estudar a forma com que elas conduzem seus relacionamentos com seus parceiros românticos e entender quais os conflitos vivenciados nessa relação. Do ponto de vista do psicólogo que necessita prestar atendimento a esta população, é necessário contar com instrumentos de avaliação precisos e válidos, que o auxiliem no diagnóstico do impacto da doença sobre os relacionamentos afetivos, de forma que a ajuda prestada seja a mais adequada possível. Neste sentido, identificar as propriedades psicométricas de um instrumento como o CRQ, que mede o padrão de relacionamento amoroso, pode se constituir em contribuição relevante para a área.

## Objetivos

### Objetivo Geral

Estudar algumas qualidades psicométricas da versão em português do *Questionário de Relacionamento Central* (CRQ 6.0), junto a pacientes com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/ AIDS).

### Objetivos Específicos

Visando atender ao objetivo geral são estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

1. Avaliar a consistência interna do CRQ 6.0;
2. Avaliar a validade convergente do CRQ 6.0;
3. Avaliar a validade de critério pelo método dos grupos contrastantes do CRQ 6.0.

## Método

### Participantes

A amostra total ficou composta por 90 participantes, com idades acima de 18 anos, de ambos os sexos, divididos em dois grupos, não randomizados:

1. Grupo 1 (G1): constituído por 50 (55,56%) pacientes com diagnóstico de HIV/AIDS, atendidos regularmente em ambulatório do setor de Moléstias Infecto-contagiosas (MI) de um hospital geral, encaminhados pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente, e que concordaram em participar da pesquisa voluntariamente. Foram incluídos pacientes que tiveram relacionamento afetivo nos últimos três anos, com duração mínima de 3 meses.

2. Grupo 2 (G2): Amostra de conveniência, composta por 40 indivíduos (44,44%), acompanhantes de pacientes de outras enfermarias, que não apresentavam diagnóstico de doença crônica, e que concordaram em participar da pesquisa voluntariamente.

As características sócio-demográficas da amostra total, e dos grupos caso e não-caso estão apresentadas na Tabela 1.

**Tabela 1.** Distribuição da amostra total, Grupo 2 (G2) e Grupo 1 (G1) de acordo com variáveis sócio-demográficas (n=90).

	G2 (n=40)		G1 (n=50)		Total (n=90)	
	F	%	F	%	F	%
<b>Sexo</b>						
Feminino	25	62,50	20	40	45	50
Masculino	15	37,50	30	60	45	50
<b>Idade</b>						
<30	17	42,5	3	6	20	22,22
30-39	10	25	17	34	27	30
40-49	8	20	22	44	30	33,34
>= 50	5	12,2	8	16	13	14,44
Idade Média	34	-	41,84	-	38,36	-
Desvio Padrão	11,10	-	9,03	-	10,69	-
Mínima	18	-	21	-	18	-
Máxima	54	-	65	-	65	-
Mediana	32	-	40,50	-	39	-
Moda	22	-	40	-	38	-
<b>Estado Civil</b>						
Casado	26	65	22	44	48	53,33
Solteiro	10	25	14	28	24	26,67
Separado/viuvo	4	10	14	28	18	20
<b>Grau de Escolaridade</b>						
Analfabeto	0	0	3	6	3	3,33
Fundamental Inc.	7	17,5	18	36	25	27,78
Fundamental Compl.	7	17,5	10	20	17	18,89
Médio Incompl.	6	15	5	10	11	12,22
Médio Compl.	16	40	11	22	27	30
Superior Incompl.	2	5	0	0	2	2,22
Superior Compl.	2	5	3	6	5	5,56
<b>Filhos</b>						
Sim	20	66,67	32	64	52	65
Não	10	33,33	18	36	28	35
Não Responderam	10	-	10	-	10	-
<b>Estuda</b>						
Sim	6	20	3	6	9	11,25
Não	24	80	47	94	71	88,75
Não Responderam	10	-	10	-	10	-

**Tabela 1. Continuação**

<b>Trabalha</b>						
Sim	16	53,33	28	56	44	55
Não	14	46,67	22	44	36	45
Não Responderam	10	-	10	-	10	-

<b>Religião</b>						
Cristãos Católicos	16	53,34	23	46	39	48,75
Cristão não-católicos	12	40	20	40	32	40
Outras	1	3,33	0	0	1	1,25
Nenhuma	1	3,33	7	14	8	10
Não Responderam	10	-	10	-	10	-

<b>Tempo de Diagnóstico</b>		
<=1	7	14
1-5	15	30
5-10	20	40
>10	8	16
Média	6,72 (anos)	
Mediana	6,5 (anos)	

Observa-se equilíbrio entre os dois grupos (G1 e G2) quanto ao estado civil, com o predomínio de casados, seguido por solteiros (Tabela 1). Quanto a presença de filhos, a maioria dos participantes dos dois grupos relatou ter filhos. Relacionada à condição laboral, observa-se que 55% (n=44) da amostra total está trabalhando atualmente, distribuição semelhante quando observadas as populações 1 e 2. Houve equilíbrio também relacionada a religião, sendo que ambos os grupos contou com mais participantes cristãos católicos. Vale ressaltar ainda que a maioria dos participantes, tanto do grupo 1, como do grupo 2, não está estudando atualmente. Apenas 14% (n= 7) dos participantes têm conhecimento do diagnóstico do HIV há menos de 1 ano, (moda = 5 a 10 anos) mostrando que grande parte dos participantes convive com o vírus há mais tempo.

Relacionado ao sexo, observa-se equilíbrio entre a quantidade de homens (50%) e mulheres (50%) na amostra total, em função das proporções invertidas no G1 e no G2. Com relação à idade dos participantes da amostra total, nota-se que 63,33% (n=57) tem entre 30 a 49 anos. Comparando-se G1 e G2, constatou-se que a amostra G1 apresenta idades superiores que o G2. O maior número de pacientes no G1 elevou a idade modal da amostra total para a faixa etária entre 40-49, em que também se encontra a maioria dos participantes com diagnóstico de HIV/AIDS. Quanto à escolaridade, houve predomínio de participantes entre o ensino fundamental incompleto e médio completo, sendo que o G1 apresentou menor escolaridade, tendo 62% (n=31) de indivíduos até o ensino fundamental completo. Já para o G2, 55% (n=22) cursaram o ensino médio (incompleto ou completo).

### Material

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo D)
- Folha de rosto do Questionário de Relacionamento Central (CRQ 6.0)
- Folha de Rosto da Escala de Avaliação de Sintomas (EAS-40)

### Instrumentos

- Questionário de Relacionamento Central – CRQ 6.0 - (Barber & cols., 1998). Trata-se de um questionário de auto-relato, derivado do *Tema Central de Relacionamento Conflituoso* (CCRT), que visa identificar os padrões de relacionamento central. Avalia três componentes: o Desejo pessoal (D), Resposta do Outro (RO) e Resposta do Eu (RE). São itens com valores negativos no componente D: 6, 7, 8, 10, 14, 21, 24, 25, 33, 35, 38 e 40; de RO

são: 3, 4, 6, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20 e 21; e de RE são: 4, 5, 6, 7, 10, 12, 13, 15, 16, 17, 19, 21, 23, 26, 29, 30, 31, 32, 36 e 37. A versão do CRQ utilizada foi adaptada para o português do Brasil por Rocha (2007), e modificada, em testes pilotos realizados pelo grupo de pesquisa, com a finalidade de verificar a compreensão e eventuais dificuldades que indivíduos com baixa escolaridade poderiam apresentar. Como resultado deste estudo piloto, foram substituídas algumas palavras de itens que apresentaram algum tipo de dificuldade para a compreensão dos participantes (Sanchez & cols., 2008). Conta com 101 itens, sendo 40 relativos a D, 23 a RO e 38 de RE. Está dividida em 12 sub-escalas para desejo (ser fechado, ser distante, ser dominador, ser hostil, ser independente, ser amado, ser reconhecido, ser seguro, ser atraente, ser submisso, ser suportivo e ser confiável); oito sub-escalas para RO (é distante, é dominador, é hostil, é independente, é amoroso, é atraente, é submisso e é descontrolado); e 13 sub-escalas para RE (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) (Barber, 1997). As demais características do teste, assim como as evidências de qualidades psicométricas já foram apresentadas na introdução.

- Escala de Avaliação de Sintomas – 40 – EAS - 40 (Laloni, 2001). Escala adaptada do *Checklist de Sintomas-90-Revisado* (SCL-90-R, Derogatis, 1977 citado por Laloni, 2001), 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 quatro dimensões: 1 – psicoticismo: “um contínuo 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: “compreendendo sintomas comuns aos transtornos somáticos e somatoformes” (p.119); e 4 – ansiedade: “um conjunto de sintomas desde a ansiedade generalizada até a 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 Likert com três níveis: 0 (nenhum), 1 (pouco) e 2 (muito). Em pesquisa realizada para validação do instrumento com população de hospital geral, com perfil sócio-demográfico semelhante à da presente pesquisa, a EAS-40 apresentou boa consistência interna para as nove dimensões ( $\alpha$  de 0,73 a 0,88), precisão de teste-reteste ( $r$  entre 0,40 e 0,82) e validade de constructo, tendo resultado em quatro fatores, sendo psicoticismo, obsessividade-compulsividade, somatização e ansiedade (Laloni, 2001). Em estudo realizado por Yoshida e Silva (2007), com o objetivo de estudar as qualidades psicométricas da escala junto a estudantes universitários, apresentou estabilidade temporal ( $r$  entre 0,80 e 0,93), e os universitários apresentaram médias inferiores se comparados com os pacientes do estudo de Laloni (2001). Estes resultados foram interpretados como evidência da capacidade de discriminação do instrumento entre população clínica e não-clínica (Yoshida & Silva, 2007). Outros estudos foram realizados, com diferentes populações, utilizando a EAS – 40. Em pesquisa realizada por Pregnotatto (2005) com pacientes com Insuficiência Renal Crônica foi obtida pontuação média de 0,63. Pesquisa realizada com pessoas obesas grau III antes e depois da cirurgia bariátrica apresentou como resultados média de 0,48 para pacientes pré-cirúrgicos e 0,31 para pós-cirúrgicos (Oliveira & Yoshida,

2009). Com a população de estudantes universitários trabalhadores, em pesquisa realizada por Tombolato (2005), a pontuação média foi de 0,48 e com estudantes não trabalhadores foi encontrada média de 0,42. Em estudo recente realizado por Yoshida (2008), obteve-se o ponto de corte para população clínica, relacionado as quatro dimensões, correspondente ao escore 1.

- Questionário sócio- demográfico (Anexo A) – questionário elaborado para a pesquisa com questões referentes às variáveis como sexo, faixa etária, estado civil, grau de escolaridade, presença de filhos, condição laboral, religião e tempo de diagnóstico.

### Procedimento

Para a realização da pesquisa foram realizadas algumas etapas. Inicialmente houve a obtenção da autorização junto ao responsável pelo ambulatório de Moléstias Infecto-contagiosas (MI) do Hospital geral, para a realização da coleta de dados neste serviço (Anexo B). A pesquisa foi submetida a aprovação pelo “Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Puc-Campinas” (Anexo C ). Após a aprovação, iniciou-se a etapa de coleta de dados. O paciente, após a consulta médica, era encaminhado pelo médico para conversar com a pesquisadora. Neste momento, era informado sobre a pesquisa e consultado sobre o interesse em participar. E, caso concordasse, era convidado, de forma individual, a ir até uma sala reservada para este fim, onde era solicitado que assinasse o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Anexo D), que era previamente lido em voz alta pela pesquisadora. Uma cópia do Termo de Consentimento foi oferecida ao participante. Posteriormente foi iniciada a aplicação dos instrumentos de avaliação (CRQ 6.0 e EAS – 40), de forma alternada para cada participante, de modo a evitar algum viés devido à ordem de aplicação.

A aplicação foi assistida, isto é, a cada item de cada instrumento foi lido, sem sugestão de nenhuma alternativa de resposta. No caso dos participantes que não entenderam algum item, ele foi novamente lido, tantas vezes quantas necessárias. Para o levantamento das variáveis sócio-demográficas foi utilizado um questionário elaborado para a pesquisa.

Para a coleta de dados do Grupo 2, os mesmos procedimentos foram utilizados, sendo que para participar deste grupo, foram convidados acompanhantes de pacientes de outras enfermarias, sem patologia crônica. A coleta de dados também foi feita individualmente.

## Resultados e Discussão

### Caracterização da amostra

Conforme referido, a amostra foi composta por 90 participantes, sendo 50 pacientes com diagnóstico de HIV (G1) e 40 acompanhantes de pacientes de outras enfermarias (G2). O G1 tinha proporcionalmente mais homens quando comparado ao G2 ( $\chi^2= 4,50$ ; GL=1  $p=0,034$ ), sendo que o percentual de homens do G1 (60%) coincidia com o de homens contaminados pelo vírus do HIV no Brasil (66,3%) (UNAIDS/WHO, 2007). Em relação à idade dos participantes, o G1 era também mais velho ( $\chi^2=17,95$ ; GL=3;  $p<0,001$ ). Segundo relatório da UNAIDS/ WHO (2007), a maioria das pessoas contaminadas pelo vírus estão na faixa etária de 25 a 49 anos, mas tem sido percebido um aumento de pessoas com mais de 50 anos com HIV, dado que pode ser observado na distribuição da amostra com pacientes desta pesquisa. Por fim, obteve-se diferença significativa ( $p=0,037$ ) no grau de escolaridade entre as amostra, sendo que o G2 apresentou maior nível de escolaridade que o G1. Este dado vem de encontro com relato de Fry e cols (2007), que aponta que a epidemia, atualmente, afeta as camadas mais desfavorecidas da população.

Não houve diferença significativa entre o G1 e o G2 quanto ao estado civil ( $\chi^2=5,51$ ; GL=2;  $P=0,064$ ), atividade laboral atual (se trabalha ou não) ( $\chi^2=0,05$ ; GL=1;  $P=0,817$ ) e quanto a religião ( $\chi^2=1,10$ ; GL=2;  $P=0,576$ ).

## Consistência Interna

Além da consistência interna do CRQ 6.0 considerou-se relevante também estimar a consistência interna do EAS-40, para cada uma das amostras. Para tanto, foram estimados Coeficientes Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ), lembrando que na literatura internacional, valores de alfa superiores a 0,70 são interpretados como indicadores de consistência interna aceitável (Barber & cols., 1998).

A Tabela 2 apresenta os  $\alpha$  dos três componentes do CRQ 6.0 (D, RO e RE) e dos quatro fatores da EAS-40 (Psicoticismo, Obsessividade-Compulsividade, Somatização e Ansiedade), para a amostra total (n=90), para o G1 (n=50) e o G2 (n=40). Além disso, apresenta o item com menor consistência dentro do componente/ fator e o valor do alfa caso o item seja retirado.

**Tabela 2.** Coeficiente alfa de Cronbach ( $\alpha$ ), itens com menos consistência, correlação do item com o total e coeficiente do CR 6.0 após a retirada do item e EAS-40 para amostra total, Grupo Caso e Grupo Não Caso.

<i>Escala / Amostra / Domínio ***</i>	<i>Nº de Itens</i>	<i>A</i>	<i>Itens com menor consistência</i>	<i>Correlação com o Total**</i>	<i>Coeficiente* (após retirada dos itens)</i>
<b>CRQ (Total / n=90)</b>					
Desejo (D)	40	<b>0,838</b>	D7	-0,220	<b>0,848</b>
Respostas do Outro (RO)	23	<b>0,838</b>	RO10	-0,254	<b>0,856</b>
Respostas do Eu (RE)	38	<b>0,848</b>	RE26	-0,059	<b>0,854</b>
<b>CRQ (G2 / n=40)</b>					
Desejo (D)	40	<b>0,858</b>	D7	-0,371	<b>0,870</b>
Respostas do Outro (RO)	23	<b>0,867</b>	RO10	-0,272	<b>0,883</b>
Respostas do Eu (RE)	38	<b>0,878</b>	RE19	-0,154	<b>0,885</b>

<b>CRQ (G1 / n=50)</b>					
Desejo (D)	40	<b>0,833</b>	D31	-0,286	<b>0,845</b>
Respostas do Outro (RO)	23	<b>0,814</b>	RO10	-0,250	<b>0,834</b>
Respostas do Eu (RE)	38	<b>0,807</b>	RE26	-0,256	<b>0,820</b>
<b>EAS (Total / n=90)</b>					
Psicoticismo	10	<b>0,782</b>	---	---	---
Obsessividade-Compulsividade	10	<b>0,802</b>	---	---	---
Somatização	10	<b>0,793</b>	---	---	---
Ansiedade	10	<b>0,754</b>	---	---	---
<b>EAS (G2 / n=40)</b>					
Psicoticismo	10	<b>0,700</b>	EAS4	0,055	<b>0,727</b>
Obsessividade-Compulsividade	10	0,661	EAS30	0,003	0,697
Somatização	10	<b>0,783</b>	---	---	---
Ansiedade	10	0,425	EAS29	-0,098	0,491
<b>EAS (G1 / n=50)</b>					
Psicoticismo	10	<b>0,791</b>	---	---	---
Obsessividade-Compulsividade	10	<b>0,847</b>	---	---	---
Somatização	10	<b>0,778</b>	---	---	---
Ansiedade	10	<b>0,792</b>	---	---	---

\* 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 com tom negativo para o cálculo dos escores e alfas (*reversed items*): 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.

Os  $\alpha$  foram altos para os três componentes do CRQ 6.0, nas três amostras (total, G1 e G2) ( $>0,70$ ) e ficariam ainda mais altos com a retirada dos itens D7 (“Eu desejo ser dependente do meu parceiro”), D31 (“Eu desejo fazer as coisas do meu jeito”), RO 10 (“Meu parceiro toma suas próprias decisões”), RE 19 (“eu evito entrar em conflito com meu parceiro”) e RE 26 (“Eu evito problemas com meu parceiro”). Os itens que apresentaram menor consistência dentro dos componentes são aqueles que apresentaram palavras ou idéias

como “dependente” ou “evitar”, que podem ocasionar dificuldades em indivíduos com baixo nível educacional.

Os  $\alpha$  obtidos nos estudos de Barber e cols. (1998), em amostra total composta por pacientes e estudantes universitários, em estudo de Weinryb e cols (2000) com pacientes, universitário suecos e universitários americanos e os resultados obtidos na presente pesquisa encontram-se apresentados na Tabela 3.

**Tabela 3.** Comparação do Coeficiente Alfa de Cronbach entre os Estudos realizados com o CRQ.

<i>Barber e Cols.(1998)*</i> <i>Estudo</i>	<i>Weinryb e Cols. (2000)*</i>			<i>Presente</i>	
	Amostra Total (Univ. e Pacientes)	Pctes	Univ.suecos	Univ.norte-meric.	G1
N=411 N=40	N=30	N=91	N=98	N=50	
(D) 0,90 0,85	0,85	0,84	0,89	0,83	
(RO) 0,88 0,86	0,91	0,88	0,88	0,81	
(RE) 0,89 0,87	0,82	0,89	0,87	0,80	

\*Foram utilizados o valores medianos do Coeficiente Alfa de Cronbach destes estudos para a comparação com a presente pesquisa.

Na comparação entre os índices de fidedignidade encontrados nas pesquisas realizadas com o CRQ 6.0 os resultados são semelhantes, sugerindo que a versão do CRQ 6.0 em português mantém índices semelhantes de confiabilidade já observados nas pesquisas com a versão original em inglês.

Relacionada à EAS-40, o instrumento apresentou boa consistência interna (Tabela 2) para a amostra total, com alfas variando de 0,75 a 0,80. Para a amostra do G1 obteve-se resultados ligeiramente superiores, com alfas

variando de 0,77 a 0,84. Para a amostra total e para o G1 não foi identificado item com menor consistência que, caso retirado, aumentasse o valor de  $\alpha$ . Para o G2, as consistências internas dos componentes da EAS-40 foram menores, sendo que apenas dois fatores (F1 e F3) apresentaram alfas considerados aceitáveis, de 0,70 a 0,78 respectivamente, porém os componentes F2 e F4 apresentam alfas inferiores, mesmo ao ser retirado o item de menor consistência, o alfa não atingiria o limite considerado bom.

Em estudo realizado por Laloni (2001), obteve-se alfas variando de 0,73 a 0,88, apresentando pouca variação com os resultados do G1 do presente estudo. Dessa forma, conclui-se que a EAS-40 apresenta boa fidedignidade para os pacientes HIV positivos (clínicos).

### **Validade convergente**

No estudo da validade convergente utilizou-se o Coeficiente de Correlação por Postos de *Spearman*, uma vez que não se tem informações sobre a distribuição das variáveis na população e as variáveis atingem apenas nível ordinal. A Tabela 4 apresenta os coeficientes de Correlação por Postos de Spearman entre os componentes do CRQ 6.0 e a EAS-40, da amostra total e cada um dos grupos amostrais.

**Tabela 4 .** Correlações por Postos de *Spearman* entre os Escores do CRQ – 6.0 e EAS – 40.

	Total (n=90)			G2 (n=40)			G1 (n=50)		
	D	RO	RE	D	RO	RE	D	RO	RE
CRQ -6.0 / EAS-40									
Psicoticismo	0,37*	0,37*	0,53*	0,13	0,51*	0,57*	0,54*	0,24	0,45*
Obs- Comp	0,30*	0,24*	0,35*	-0,03	0,16	0,31*	0,47*	0,28*	0,36*
Somatização	0,19	0,14	0,23*	-0,16	0,12	0,21	0,38*	0,12	0,15
Ansiedade	0,20	0,07	0,28*	0,04	0,13	0,25	0,26	-0,04	0,22
Total	0,29*	0,23*	0,41*	-0,04	0,25	0,37*	0,49*	0,16	0,36*

\*p<0,05

Nota-se que para a amostra total houve um maior número de correlações significantes, provavelmente devido ao maior número de indivíduos da amostra (Tabela 4). Foram encontradas correlações significantes entre o componente D do CRQ 6.0 e psicoticismo, obsessividade-compulsividade, e escore total da EAS-40. O mesmo ocorrendo com o RO, e os fatores psicoticismo, obsessividade-compulsividade e escore total. E entre RE e todos os fatores da EAS-40. No G1, maior grau de conflito no D está relacionado com sintomas mais intensos de psicoticismo, obsessividade-compulsividade e somatização. Além do D, houve correlações entre outros componentes do CRQ 6.0 e os fatores da EAS-40, ilustrando que essa população apresentou conflitos nos componentes, que vieram acompanhados de sintomatologia. Vale ressaltar que em estudo internacional (Barber & cols, 1998), obteve-se correlação positiva entre sintomas psiquiátricos (SCL-90-R) e algumas subescalas de RE, dado semelhante ao encontrado na presente pesquisa. Para o G2 foram obtidas correlações menores, o que vem de encontro com o esperado.

Os resultados apontam portanto para a validade convergente do CRQ 6.0 e corroboram os de resultados de Castanha e cols. (2006) que revelaram associações entre conflitos nas relações interpessoais, mais especificamente, a

ruptura das relações sociais, e o aparecimento de sintomas depressivos em pacientes HIV positivos. Resultados semelhantes, com associações positivas entre a intensidade dos conflitos relacionais e a presença de sintomas psicopatológicos também foram referidos por Arrivillaga e cols. (2006), Castanha e cols (2006) e Simbayi e cols (2007).

### Validade discriminante

Utilizou-se o teste U de Mann-Whitney, um teste não paramétrico, para a comparação entre os dois grupos, devido a ausência de dados que indicassem se as variáveis tinham distribuição normal na população.

A Tabela 5 apresenta os resultados referentes ao CRQ 6.0 comparados entre os dois grupos (G1 e G2).

**Tabela 5** - Comparação dos escores dos componentes do CRQ 6.0 entre G1 e G2 (teste de Mann-Whitney)

G2							
Variável	N	Média	D.P.	Mín.	Mdn	Máx.	
D	40	2,22	0,58	1,52	2,07	4,55	
RO	40	2,88	1,04	1,13	2,65	2,83	
RE	40	2,71	0,75	1,16	<u>2,78</u>	4,16	
G1							
Variável	N	Média	D.P.	Mín.	Mdn	Máx.	Valor-P*
D	50	2,4	0,75	1,38	2,28	4,5	P=0,340
RO	50	3,15	1	1,48	2,93	5,43	P=0,207
RE	50	3,09	0,74	1,87	<u>3,09</u>	5,11	<b>P=0,032</b>

Observa-se que não houve diferença significativa em relação aos componentes D e RO quando comparados os dois grupo (G1 e G2), ou seja,

pacientes portadores do vírus do HIV/ Aids não apresentaram maiores conflitos em seus desejos e em relação às respostas (real ou fantasiada) do outro frente aos seus desejos quando comparados a pessoas da comunidade.

Houve diferença significativa apenas entre os resultados do RE do CRQ 6.0 (Tabela 5), sugerindo que portadores de HIV/AIDS , nos piores momentos de seus relacionamentos, apresentam maiores conflitos relacionados às respostas que dão frente à não satisfação (real ou fantasiada) de seus desejos pelos outros, quando comparados com indivíduos que não apresentam a doença. Estes resultados parecem portanto sugerir que eles reagem fortemente à frustração de suas necessidades e desejos, provavelmente como um reação ao estigma social e preconceito por eles vivenciados (Law & cols., 2007; Santos, Junior & Lopes, 2007; Simbayi & cols., 2007). Trata-se de uma forma pouco ou pouquíssimo adaptativa (Simon, 1997) de lidar com as frustrações de seus desejos e necessidades no relacionamento com o parceiro amoroso. O que provavelmente agrava a intensidade do conflito, conforme já identificado por Santos e Cols. (2005), Seidl, Zannon e Tróccoli (2005), e Souza, Shimma e Nogueira-Martins (2006), em pesquisas voltadas para a avaliação do relacionamento interpessoal desta população.

Como as amostras variavam em relação ao sexo dos participantes, comparou-se os escores dos participantes tomando como base esta variável (Tabela 6).

**Tabela 6.** Comparação dos escores dos componentes do CRQ 6.0 de acordo com o sexo por grupo (G2 e G1) (teste de Mann-Whitney).

G2								
Sexo	Variável	N	Média	D.P.	Mín.	Mdn	Máx.	Valor-P*
Feminino	D	25	2,23	0,63	1,53	2,15	4,55	P=0,823
	RO	25	2,78	1,04	1,13	2,61	4,65	
	RE	25	2,62	0,69	1,58	2,34	3,95	
Masculino	D	15	2,22	0,51	1,68	1,97	3,25	P=0,335
	RO	15	3,05	1,04	1,78	2,83	4,83	
	RE	15	2,86	0,84	1,16	2,89	4,16	
G1								
Sexo	Variável	N	Média	D.P.	Mín.	Mdn	Máx.	Valor-P*
Feminino	D	20	2,75	0,87	1,38	<b>2,43</b>	4,50	<b>P=0,014</b>
	RO	20	3,30	1,15	1,48	3,02	5,43	
	RE	20	3,31	0,88	1,87	3,14	5,11	
Masculino	D	30	2,16	0,55	1,40	<b>2,03</b>	3,70	P=0,191
	RO	30	3,06	0,89	1,65	2,87	5,04	
	RE	30	2,95	0,61	1,92	2,99	4,13	

\* Valor-P referente ao teste de Mann-Whitney para comparação dos valores entre sexo

Houve diferença significativa apenas no componente D do G1, sugerindo que mulheres com HIV/AIDS apresentam maiores conflitos relacionados aos desejos que têm em relação ao parceiro amoroso, do que homens com HIV (Tabela 6). Vale ressaltar estudos realizados nos quais foi identificada a presença de medo de contaminar o outro (parceiro durante as relações sexuais) e o sentimento de culpa e conflitos, principalmente presente nas mulheres, relacionada ao desejo de ser mãe e a possível contaminação do bebê, durante a gestação (Dalapria & Neto, 2004; Carvalho & Piccinini, 2006; Reis & Gir, 2005; Santos, Junior & Lopes, 2007). Ainda, a doença e o uso de medicamentos vem acompanhada de mudanças na imagem corporal, podendo

gerar mais conflitos nas mulheres (Arrivillaga & cols., 2006). Além disso, presença de maiores conflitos pode ser entendida uma vez que o surgimento da doença vem acompanhada de dificuldades sociais, como discriminação e preconceito (Moraes e Moura, 2004; Santos, Junior & Lopes, 2007; Simbayi & cols, 2007).

A Tabela 7 apresenta a comparação entre o escore do CRQ 6.0 e tempo de diagnóstico para o HIV. Foi utilizado o teste estatístico não paramétrico de Kruskal-Wallis, uma vez que os dados não seguem uma distribuição normal, e a análise realizada consistia na comparação entre mais de dois grupos (4 grupos de dados).

**Tabela 7** – Comparação dos escores, por componente do CRQ 6.0 por tempo de diagnóstico (G1) (teste de Kruskal-Wallis)

Tempo de diagnóstico								
<=1 ano								
	Variável	N	Média	D.P.	Min	Mdn	Max	
	D	7	2,39	0,84	1,38	2,35	3,70	
	RO	7	3,11	1,19	1,48	3,26	4,78	
	RE	7	2,94	0,70	1,87	2,79	3,87	
De 1 a 5 anos								
	Variável	N	Média	D.P.	Min	Mdn	Max	
	D	15	2,30	0,86	1,50	1,90	4,50	
	RO	15	2,97	0,91	1,74	2,74	5,09	
	RE	15	3,06	0,78	2,05	2,95	4,47	
De 5 a 10 anos								
	Variável	N	Média	D.P.	Min	Mdn	Max	
	D	20	2,44	0,75	1,40	2,26	4,20	
	RO	20	3,38	1,06	1,65	3,11	5,43	
	RE	20	3,33	0,75	2,26	3,36	5,11	
> de 10 anos								
	Variável	N	Média	D.P.	Min	Mdn	Max	Valor-P*
	D	8	2,48	0,49	1,85	2,45	3,55	P=0,691
	RO	8	2,99	0,89	1,78	2,80	4,39	P=0,612
	RE	8	2,69	0,59	1,92	2,70	3,50	P=0,188

\* Valor-P referente ao teste de Kruskal-Wallis para comparação das variáveis entre tempo de diagnóstico.

Os resultados sugerem que a intensidade do conflito nos três componentes do CRQ 6.0 não é influenciada pelo tempo de conhecimento do diagnóstico (Tabela 7).

Relacionado aos sintomas psicopatológicos, a Tabela 8 apresenta os resultados comparando-se os dois grupos (G1 e G2).

**Tabela 8** - Comparação dos escores dos fatores da EAS-40 entre G1 e G2 (teste de Mann-Whitney)

G2							
Variável	N	Média	D.P.	Mín.	Mdn	Máx.	
F1	40	0,34	0,33	0	0,25	1,50	
F2	40	0,54	0,35	0	0,45	1,40	
F3	40	0,35	0,38	0	0,20	1,70	
F4	40	0,23	0,20	0	0,15	0,60	
Total	40	0,36	0,25	0,05	0,30	1,03	
G1							
Variável	N	Média	D.P.	Mín.	Mdn	Máx.	Valor-P*
F1	50	0,56	0,46	0	0,5	1,8	<b>P=0,019</b>
F2	50	0,68	0,51	0	0,5	1,9	P=0,237
F3	50	0,59	0,44	0	0,55	1,6	<b>P=0,004</b>
F4	50	0,42	0,42	0	0,3	1,5	P=0,059
Total	50	0,56	0,39	0,05	0,41	1,6	<b>P=0,011</b>

Conforme a Tabela 8 obteve-se a diferença significativa nos escores do F1 (psicoticismo) e F3 (somatização), além da EAS total, para o G1 e o G2. Esses dados permitem afirmar que o escore total da EAS-40 tende a ser mais elevado entre pacientes com HIV positivo quando comparado a pessoas sem este diagnóstico. O mesmo vale para o índice de psicoticismo e sintomas comuns aos transtornos somáticos e somatoformes quando comparados com o GNC. Estes dados corroboram os de outras pesquisas, tais como por exemplo a realizada por Carvalho e Galvão (2008), que ressalta a presença de sentimentos como medo da morte, abandono, solidão, tristeza e vergonha no discurso desses pacientes; e pesquisa realizada por Santos e cols (2005) que objetivou avaliar as mudanças corporais ocorridas nesta população.

Ainda relativo a sintomas psicopatológicos apresentados pelas amostras, a Tabela 9 apresenta os dados relativos à média e desvio-padrão

para o G1 e o G2, e os resultados obtidos em outras pesquisas utilizando o mesmo instrumento.

Tabela 9. Comparação entre escore médio, desvio-padrão dos diferentes Estudos com a EAS-40, utilizando divisão entre sexo.

Pesquisas	Laloni (2001)				Pregnoatto (2005)			
	Pctes Clínicos (N=200)				Pctes Insuficiência Renal (N=48)			
Sexo (F/M)	F		M		F		M	
	(n=137)		(n=63)		(n=19)		(n=29)	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Fator 1	1,15	0,83	1,20	0,82	0,51	0,45	0,41	0,36
Fator 2	1,59	0,96	1,51	0,96	0,74	0,38	0,70	0,44
Fator 3	1,62	0,99	1,34	0,91	0,81	0,46	0,75	0,47
Fator	1,53	1	1,41	0,99	0,67	0,55	0,52	0,42

Pesquisas	Yoshida e Silva (2007)				Presente Estudo			
	Universitários (N=11)				G1 (N=50)		G2 (N=40)	
Sexo (F/M)	F		M		F		M	
	(n=99)		(n=14)		(n=24)		(n=37)	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Fator 1	0,59	0,42	0,56	0,34	0,58	0,46	0,48	0,45
Fator 2	0,76	0,40	0,77	0,40	0,81	0,55	0,60	0,47
Fator 3	0,55	0,42	0,53	0,50	0,82	0,47	0,44	0,35
Fator 4	0,49	0,41	0,34	0,37	0,48	0,45	0,38	0,39

Em estudo realizado por Yoshida (2008), com o objetivo de avaliar o processo de mudança em pacientes clínicos, foi estabelecido o ponto de corte igual a 1 como limite para funcionalidade da população para os quatro fatores da EAS-40. De acordo com a Tabela 9, nota-se que ambos os grupos do presente estudo (G1 e G2) não atingiram o ponto de corte estabelecido, tendo escores médios inferiores a 1, sugerindo que nenhuma amostra apresentava sintomatologia suficiente para ser considerada disfuncional no que diz respeito às dimensões avaliadas: psicoticismo, ansiedade, obsessividade-compulsividade e somatização.

Diferentemente dos dados apresentados em outros estudos relacionada à sintomatologia de indivíduos infectados pelo HIV (Arrivillaga e cols, 2006; Castanha e col, 2006; Lima e cols, 2007; Simbayi e cols, 2007), o G1 não apresentou escores altos para os quatro fatores da EAS-40. Este dado pode ser explicado uma vez que esses pacientes são portadores do vírus há algum tempo, podendo estar adaptados às mudanças na vida causadas pela doença. Além disso, a maioria dos pacientes é casada, tendo maior suporte social / afetivo, o que auxilia no enfrentamento da doença e tratamento, conforme referido em pesquisas realizadas por Santos e cols. (2005) e Seidl, Zannon e Tróccoli (2005). Vale ainda ressaltar que os pacientes do presente estudo são acompanhados a cada dois meses no ambulatório, o que, eventualmente, pode colaborar para menores índices de sintomas psicopatológicos.

Já relacionada ao G2 acreditava-se que, por serem indivíduos que não apresentam diagnóstico de doença crônica, não apresentariam escores elevados para sintomatologia. Conforme Tabela 9, em pesquisa realizada por Laloni (2001), com pacientes internados na enfermaria do mesmo hospital, obteve-se médias de escores superiores para quatro fatores, se comparados

ao G1 do presente estudo. Este dado pode ser entendido uma vez que a internação é um momento que o paciente está mais fragilizado, distante de pessoas e lugares que lhe são familiares, causando o aumento da sintomatologia.

Já em estudo realizado por Pregnotatto (2005), com pacientes insuficientes renais crônicos, obteve-se escores semelhantes aos G1 do presente estudo, com poucas diferenças entre as médias. Encontrou-se resultados semelhantes porque, provavelmente, ambas são populações que convivem com doenças crônicas, que trazem conseqüências semelhantes para a vida do indivíduo.

Ao se comparar os resultados obtidos no estudo presente estudo com os de Yoshida e Silva (2007), com estudantes universitários, vale ressaltar que os estudantes obtiveram médias superiores que o G2 desta pesquisa, tendo médias de modo geral, mais próximas das obtidas pelo G1.

Relacionada à diferença entre os escores da EAS-40 para o G1 e o G2, quanto ao sexo, a comparação é apresentada na Tabela 10.

**Tabela 10** – Comparação do escore da EAS-40 entre sexo, por grupo (G2 e G1) (teste de Mann-Whitney)

Grupo (G2)								
Sexo	Variável	N	Média	D.P.	Mín.	Mdn	Máx.	Valor-P*
Feminino								
	F1	25	0,36	0,39	0	0,20	1,50	P=0,921
	F2	25	0,58	0,38	0	0,50	1,40	P=0,346
	F3	25	0,37	0,41	0	0,30	1,70	P=0,756
	F4	25	0,28	0,21	0	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	0,30	0,70	
	F2	15	0,45	0,26	0,10	0,40	1	
	F3	15	0,31	0,32	0	0,20	0,90	
	F4	15	0,15	0,18	0	0,10	0,60	
	Total	15	0,30	0,19	0,05	0,23	0,73	
Grupo (G1)								
Sexo	Variável	N	Média	D.P.	Mín.	Mdn	Máx.	Valor-P*
Feminino								
	F1	20	0,68	0,46	0	0,65	1,40	P=0,099
	F2	20	0,81	0,55	0	0,75	1,90	P=0,200
	F3	20	0,82	0,47	0,10	<u>0,80</u>	1,60	<b>P=0,006</b>
	F4	20	0,48	0,45	0	0,30	1,50	P=0,419
	Total	20	0,69	0,43	0,08	<u>0,63</u>	1,60	<b>P=0,045</b>
Masculino								
	F1	30	0,48	0,45	0	0,40	1,80	
	F2	30	0,60	0,47	0	0,50	1,80	
	F3	30	0,44	0,35	0	<u>0,40</u>	1,10	
	F4	30	0,38	0,39	0	0,30	1,30	
	Total	30	0,48	0,35	0,05	<u>0,39</u>	1,40	

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

Observa-se que as mulheres do G1 apresentaram nível geral de sintomas psicopatológicos superior ao dos homens e, especialmente, o

relacionado à somatização (Tabela 10). No G2, conforme o esperado, não houve diferenças quanto aos níveis de sintomatologia psicopatológica em função do sexo. Considerando que outra pesquisa apontou maiores índices de sintomas psicopatológicos em mulheres com HIV Simbayi e cols (2007), é possível interpretar os resultados como mais uma evidência de validade discriminante da EAS-40.

A Tabela 11 apresenta a comparação dos escores dos fatores da EAS-40, de acordo com o tempo de diagnóstico da doença para o G1

**Tabela 11** - Comparação dos escores, por fatores da EAS-40 por tempo de diagnóstico (G1) (teste de Kruskal-Wallis)

---

Tempo de diagnóstico

<=1 ano

Variável	N	Média	D.P.	Min	Mdn	Max
F1	7	0,51	0,61	0	0,50	1,80
F2	7	0,46	0,49	0	0,40	1,50
F3	7	0,63	0,47	0,10	0,50	1,20
F4	7	0,39	0,38	0	0,30	1,20
Total	7	0,50	0,42	0,10	0,40	1,40

De 1 a 5 anos

Variável	N	Média	D.P.	Min	Mdn	Max
F1	15	0,43	0,39	0	0,40	1,30
F2	15	0,53	0,47	0	0,50	1,30
F3	15	0,44	0,36	0	0,40	1,10
F4	15	0,43	0,34	0	0,40	1,20
Total	15	0,46	0,31	0	0,50	1,03

De 5 a 10 anos

Variável	N	Média	D.P.	Min	Mdn	Max
F1	20	0,63	0,46	0	0,50	1,60
F2	20	0,80	0,46	0,10	0,70	1,80
F3	20	0,58	0,44	0	0,55	1,50
F4	20	0,40	0,46	0	0,20	1,50
Total	20	0,60	0,40	0	0,41	1,48

---

**Continuação Tabela 11**

&gt; de 10 anos

Variável	N	Média	D.P.	Min	Mdn	Max	Valor-P*
F1	8	0,68	0,49	0,10	0,70	1,40	P=0,453
F2	8	0,90	0,61	0,20	0,80	1,90	P=0,136
F3	8	0,86	0,48	0,30	0,75	1,60	P=0,219
F4	8	0,48	0,52	0	0,25	1,50	P=0,848
Total	8	0,73	0,49	0,28	0,66	1,60	P=0,473

\* Valor-P referente ao teste de Kruskal-Wallis para comparação das variáveis entre tempo de diagnóstico.

Relativo ao tempo de diagnóstico, não houve diferença significativa no escore dos sintomas psicopatológicos avaliados, sendo que indivíduos com conhecimento do diagnóstico há menos de um ano, apresentaram sintomas semelhantes a indivíduos com mais de 10 anos de diagnóstico. Esse dado pode ser entendido porque, mesmo sendo uma doença sem cura, atualmente foram desenvolvidos diversos medicamentos para o HIV, possibilitando o aumento da qualidade de vida e diminuição da mortalidade dos pacientes (Ministério da Saúde, 2007), diminuindo assim a manifestação de sintomas psicopatológicos durante o período de tratamento.

Diante do exposto, observa-se que tanto a EAS-40 quanto o CRQ 6.0 apresentaram evidências de validade discriminante, sendo capazes de diferenciar população com diagnóstico clínico (HIV positivos) e indivíduos que não apresentam este diagnóstico e indivíduos do gênero masculino e feminino.

## CONCLUSÕES

O presente estudo teve como objetivo de avaliar as qualidades psicométricas da versão em português do CRQ 6.0 junto a pacientes HIV positivos, em tratamento ambulatorial. Quanto aos resultados, pode-se dizer que apresentou boa consistência interna, semelhantes aos dados encontrados em outras pesquisas internacionais (Barber & cols.,1998, Weinryb & cols.,2000). Apresentou também evidências de validade convergente e discriminantes, sendo capaz de diferenciar entre população clínica e não clínica.

Como limites deste estudo é preciso ressaltar que se trata de uma pesquisa com uma amostra reduzida, tornando-se importante outras pesquisas com diferentes populações para a generalização dos resultados. Seriam necessárias também outras análises de diferença entre resultados, considerando as características socio-demográficas, como idade e escolaridade, para uma melhor compreensão dos resultados obtidos. Além disso, seria necessário avaliar a população HIV positivos levando-se em consideração outras características, como a sorologia do parceiro romântico do entrevistado, possibilitando a avaliação de outros conflitos originados nesta condição.

## Referências

Arrivillaga, M., Correa, D., Varela, M., Holguin, L., & Tovar, J. (2006). Variables Psicológicas em mujeres diagnosticadas con VIH/Sida: Un Estudio correlacional. *Universitas Psychologica Bogotá (Colombia)*, 5 (3), 659-667.

Barber, J.P. (1997). *Central Relationship Questionnaire – 6.0*. (manuscrito)

Barber, J. P., Foltz, C. & Weinryb, R. M. (1998). The central relationship questionnaire: initial report. *Journal of Counseling Psychology*, 45, 131-142.

Berg, C. J., Michelson, S. E., & Safren, S. A. (2007). Behavioral Aspects of HIV Care: Adherence, Depression, Substance Use, and HIV-Transmission Behaviors. *Infectious Disease Clinics of North America*, 21, 181-200.

Bond, S. B., & Bond, M. (2004). Attachment Styles and Violence Within Couples. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192 (12), 857-863.

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, São Paulo, Brasil.

Carrico, A. W., Johnson, M. O., Morin, S. F., Remien, R. H., Charlebois, E. D., Steward, W. T., & Chesney, M. A. (2007). Correlates of suicidal ideation among HIV-positive persons. *AIDS*, 21 (9), 1199-1203.

Carvalho, C. M. L. & Galvão, M. T. G. (2008). Enfrentamento da Aids entre mulheres infectadas em Fortaleza-CE. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 42 (1), 90-97.

Carvalho, F.T., & Piccinini, C. A. (2006). Maternidade em situação de infecção pelo HIV: um estudo sobre os sentimentos de gestantes. *Interação em Psicologia*, 10 (2), 345- 355.

Castanha, A. R., Coutinho, M. P. L., Saldanha, A. A. W., & Ribeiro, C. G. (2006). Repercussões psicossociais da depressão no contexto da Aids. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 26 (1), 70-81.

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

Dalapria, T. R. & Neto, F. R. G. X. (2004). Práticas sexuais e escolhas reprodutivas de casais sorodiferentes para o HIV. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 16 (4), 19-26.

Díaz, N. V., & Toro-Alfonso, J. (2007). Similar Epidemics with Different Meanings: Understanding AIDS Stigma from an International Perspective. *Interamerican Journal of Psychology*, 41 (1), 1-6.

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.

Ferreira, V. M. B. (2004). Depressão. In R. Bonifácio. *Manual de Assistência Psiquiátrica em HIV/AIDS*, 3ª.ed, (pp. 23-25) Brasília – DF: Ministério da Saúde

Fry, P. H., Monteiro, S., Maio, M. C., Bastos, F. I., & Santos, R. V. (2007). AIDS tem cor ou raça? Interpretação dos dados e formulação de políticas de saúde no Brasil. *Cadernos Saúde Pública*, 23 (3), 497-523.

Greenberg, J. R., & Mitchell, S. A. (1994). *Relações objetais na teoria psicanalítica* (E. de O. Diehl, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1983)

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](http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde_busca/index.php).

Law, C. L., King, E., Zitek, E., & Hebl, M. R. (2007). Methods for understanding the stigma of AIDS in the United States: a review and future directions. *Revista Interamericana de Psicologia*, 41 (1), 75-86.

Lhullier, C. A., Nunes, M. L. T., Duarte, C. E. (1999). Treinamento para o Método do Tema Central de Conflito de Relacionamento (CCRT) – Instrumentos de avaliação. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 1 (1), 139-146.

Lima, V. D., Geller, J., Bangsberg, D. R., Patterson, T. L., Daniel, M., Kerr, T., Montaner, J. S. G., & Hogg, R. S.(2007). The effect of adherence on the association between depressive symptoms and mortality among HIV-infected individuals first initiating HAART. *AIDS*, 21, 1175-1183.

Lomar, A. V., & Diament, D. (2005). Tratamento Anti-retroviral. In R. Veronesi (org). *Tratado de Infectologia*, 3ª ed, (pp. 235-242) Editora Atheneu.

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.

Marques, A. V., & Masur, H. (2005). História Natural da Infecção pelo HIV. In R. Veronesi (org). *Tratado de Infectologia*, 3ª ed, (pp. 143-147) Editora Atheneu.

Marins, J. R. P. (2004). Conhecendo a Aids. In R. Bonifácio. *Manual de Assistência Psiquiátrica em HIV/AIDS*, 3ª.ed, (pp. 07-16) Brasília – DF: Ministério da Saúde

McCarthy, K. S., Gibbons, M. B. C, & Barber, J.P. (2008). The Relation of Rigidity Across Relationships with Symptoms and Functioning: An investigation with the Revised Central Relationship Questionnaire. *Journal of Counseling Psychology*, 55 (3) 346-358.

Ministério da Saúde (2007). *Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV e Aids*. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde (2007a). *Guia de Vigilância Epidemiológica*. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde.

Morais, M. F. L., & Moura, K. L. M. (2004). Ansiedade. In R. Bonifácio. *Manual de Assistência Psiquiátrica em HIV/AIDS*, 3ª.ed, (pp. 17-22) Brasília – DF: Ministério da Saúde

Oliveira, A. C. P. (2004). Afecções Neurológicas. In R. Bonifácio. *Manual de Assistência Psiquiátrica em HIV/AIDS*, 3ª.ed, (pp. 27-31) Brasília – DF: Ministério da Saúde

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) .

Paiva, V., Latorre, M. R., Gravato, N., & Lacerda, R. (2002). Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/ AIDS em São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, 18 (6), 1609-1620.

Pregolatto, 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](http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde_busca/index.php).

Reis, R. K., & Gir, E. (2005). Dificuldades enfrentadas pelos parceiros sorodiscordantes ao HIV na manutenção do sexo seguro. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13 (1), 32-37.

Riggs, S. A., Vosvick, M., & Stallings, S. (2007). Attachment style, stigma and psychological distress among HIV+ adults. *Journal of Health Psychology*, 12(6), 922-936.

Rocha, G.M.A. (2004). O Método do Tema Central de Relacionamento Conflituoso – CCRT. In E.M.P Yoshida; M.L.E. Eneas (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).

Sanches, F. M., Risso, G. , Massei, A. C. , Silva, F. R. C. S., Santos, A., Rocha, G. M. A., Carvalho, L., & Yoshida, E. M. P. (2008). The Central Relationship

Questionnaire (CRQ): Reliability and validity of a Brazilian Portuguese version. In: 39th International Meeting, Barcelona. *Book of Abstracts*. Barcelona : Romargraf S. A., p. 291-292.

Santos, C. P., Felipe, Y. X., Braga, P. E., Ramos, D., Lima, R. O., & Segurado, A. C. (2005). Self-perception of body changes in person living with HIV/AIDS: prevalence and associated factors. *AIDS*, 19 (suppl. 4), 14-21.

Santos, E. C. M., Junior, I. F., & Lopes, F. (2007). Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/ Aids em São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 41 (supl.2), 64-71.

Seidl, E. M. F., Zannon, C. M. L. C., & Tróccoli, B. T. (2005). Pessoas Vivendo com HIV/AIDS: Enfrentamento, Suporte Social e Qualidade de Vida. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18 (2), 188-195.

Simbayi, L. C., Kalichman, S., Strebel, A., Cloete, A., Henda, N., & Mqeketo, A. (2007). Internalized stigma, discrimination, and depression among men and women living with HIV/AIDS in Cape Town, South Africa. *Social Science & Medicine*, 64, 1823-1831.

Simon, R. (1997). Proposta de redefinição da EDAO (Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada). *Boletim de Psicologia*, XLVII (107), 85-94.

Souza, T. R. C., Shimma, E., & Nogueira-Martins, M. C. F. (2006). Os lutos da Aids: da desorganização à reconstrução de uma nova vida. *Jornal Brasileiro de Aids*, 7 (2), 63-74.

Stanojević, T. S. (2004). Adult Attachment and Prediction of Close Relationship. *Philosophy, Sociology and Psychology*, 3 (1), 67 – 81.

Tombalato, 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. Disponível em: [http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde\\_busca/index.php](http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde_busca/index.php).

Tostes, M. A., & Oliveira, A. C. P. (2004). Distúrbios Cognitivos e Demência associados ao HIV. In R. Bonifácio. *Manual de Assistência Psiquiátrica em HIV/AIDS*, 3ª.ed, (pp. 33-35), Brasília – DF: Ministério da Saúde

UNAIDS/ WHO (2007). *Aids Epidemic Update December 2007*. UNAIDS: Geneva.

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, 201-212.

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. (2004). *Mudança em psicoterapias breves: características de personalidade, conflito interpessoal e estratégia terapêutica*. Projeto de Pesquisa, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. (manuscrito)

Yoshida, E. M. P. (2008). *Significância clínica de mudança em processo de psicoterapia psicodinâmica breve*. Manuscrito submetido a publicação.

Yoshida, E. M. P., & Silva, F. R. C. S. (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.

## Anexos

## Anexo A

### Questionário sócio- demográfico

Data: ...../...../.....

Iniciais:

Idade:

Gênero         masculino                       feminino     outro.....

Estado civil:

casado         solteiro                       amasiado                       viúvo

outro: .....

Escolaridade

analfabeto                       educação básica                       ensino fundamental  
incompleto

ensino fundamental completo     ensino médio incompleto                       ensino  
médio completo

superior incompleto                       ensino superior completo

Condição Laboral

Trabalha    Não     SIM  função:.....

Estuda        Não     SIM  Curso:.....

Tempo de tratamento:.....

Toma medicação     Sim                       Não

Sintomático  Sim                       Não

Tempo de diagnóstico:.....

Número de internações: .....

**Anexo B**

Campinas, 11 de dezembro de 2007

Ao

Comitê de Ética com Seres Humanos

Pontifícia Universidade Católica de Campinas

Prezados Senhores,

Declaro concordar que a aluna, *Ariane Cristina Massei*, regularmente matriculada no Programa de Pós Graduação em Psicologia (RA 07504350), entre em contato com os pacientes da unidade sob minha responsabilidade, a fim de convidá-los a participar voluntariamente da pesquisa, “Propriedades psicométricas do *Central Relationship Questionnaire* (CRQ) em portadores de HIV/AIDs”.

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

Ariane Cristina Massei  
Aluna do mestrado

## Anexo C



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

Campinas, 14 de abril de 2008

Protocolo 246/08

Prezada Senhora Ariane Cristina Massei,

C/C: Pós Graduação da Psicologia

**Parecer Projeto: PROJETO APROVADO**

**I – Identificação:**

**Título do projeto:** Propriedades Psicométricas do Central Relationship Questionnaire em Portadores de HIV/AIDS

**Pesquisador responsável:** Ariane Cristina Massei

**Orientadora:** Elisa Medici Pizão Yoshida

**Instituição onde se realizará:** Hospital e Maternidade Celso Pierrô 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 Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV / AIDS).

**III – Sumário:**

O projeto visa utilizar dois instrumentos: a versão em português do *Central Relationship Questionnaire* (CRQ) e a Escala de Avaliação de Sintomas – 40 (EAS – 40). A amostra será composta de dois grupos de 60 pacientes cada, sendo que a coleta de dados ocorrerá individualmente, nos ambulatórios e enfermarias do Hospital.

**IV – Parecer do CEP:**

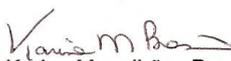
Dessa forma, e considerando a Resolução no. 196/96 item VII.13.b, que *define as atribuições dos CEPs e classifica os pareceres emitidos aos projetos de pesquisa envolvendo seres humanos*, e, ainda que a documentação apresentada atende ao solicitado, emitiu-se o parecer para o presente projeto: **Aprovado**.

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.

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

**Anexo D****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 da Aluna Ariane Cristina Massei, 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 três testes, sendo que dois são sobre relacionamentos e o outro sobre sintomas psicopatológicos.

Todos os dados que você fornecer serão tratados com a máxima confidencialidade pela pesquisadora. Em nenhum momento seu nome será vinculado às suas respostas. Todos os dados serão apresentados em termos de grupos. Se você tiver interesse, poderá solicitar à pesquisadora que seja marcado um horário para conversar sobre os resultados dos seus testes.

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: \_\_\_\_\_

ALUNA: Ariane Cristina Massei

COMITÊ DE ÉTICA DA PUC-CAMPINAS –Telefone:334367

