

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ANA CAROLINA GUIDORIZZI ZANETTI

Adaptação cultural e validação para a língua portuguesa do  
*Family Questionnaire* (FQ) para avaliação do ambiente  
familiar de pacientes com esquizofrenia

RIBEIRÃO PRETO  
2010

ANA CAROLINA GUIDORIZZI ZANETTI

Adaptação cultural e validação para a língua portuguesa do  
*Family Questionnaire* (FQ) para avaliação do ambiente  
familiar de pacientes com esquizofrenia

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de  
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,  
para obtenção do título Doutor em Ciências,  
Programa Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de Pesquisa: Enfermagem Psiquiátrica: o  
doente, a doença e as práticas terapêuticas

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sueli Aparecida Frari  
Galera

RIBEIRÃO PRETO  
2010

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES TRABALHOS, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

### FICHA CATALOGRÁFICA

Zanetti, Ana Carolina Guidorizzi.

Adaptação cultural e validação para a língua portuguesa do *Family Questionnaire* (FQ) para avaliação do ambiente familiar de pacientes com esquizofrenia. / Ana Carolina Guidorizzi Zanetti; orientadora: Sueli Aparecida Frari Galera. - Ribeirão Preto, 2010.

129p. : il. ; 30cm

Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Linha de pesquisa: Enfermagem Psiquiátrica: o doente, a doença e as práticas terapêuticas.

1. Família 2. Esquizofrenia 3. Estudos de Validação I. Galera, Sueli Aparecida Frari. II. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. III. Título

## FOLHA DE APROVAÇÃO

ZANETTI, Ana Carolina Guidorizzi

Adaptação cultural e validação para a língua portuguesa do *Family Questionnaire* (FQ) para avaliação do ambiente familiar de pacientes com esquizofrenia

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título Doutor em Ciências, Programa Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Banca Examinadora

Prof. Dr.: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr.: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr.: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr.: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr.: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## DEDICATÓRIA

*À minha tia Maria Lúcia, com muito carinho, por sua atenção, motivação, amizade e presença em todos os momentos importantes da minha vida.*

*À minha família maravilhosa, sempre presente, pela compreensão, paciência e apoio em todos os momentos, especialmente, meus pais, José Mauro e Mara, meus irmãos Gabriel e Felipe, meus avós, meus tios e meus primos.*

*Ao meu noivo Eduardo Caetano, com muito amor e admiração, por sua compreensão, inteligência, carinho e paciência ao longo de todo trabalho.*

# AGRADECIMENTOS

*À Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Sueli, que nos anos de convivência, muito me ensina, com seu amplo conhecimento, carinho, paciência, amizade e orientação.*

*À Miyeko, pela dedicação, lições de vida, conhecimento, incentivo e amizade em todas as etapas.*

*À Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Rosana Dantas, pelo conhecimento, dedicação e apoio durante o processo do desenvolvimento desse trabalho.*

*Aos familiares e pacientes participantes, que sempre se mostraram disponíveis e me receberam com muito carinho e atenção.*

*Ao Instituto de Ensino Brasil – Alemanha e as tradutoras, pela disponibilidade e auxílio em etapas importantes no desenvolvimento desse trabalho.*

*À equipe do Núcleo de Saúde Mental, pelo profissionalismo, amizade e auxílio no desenvolvimento desse trabalho.*

*Ao Dr<sup>º</sup> João, pela orientação e compreensão.*

*Às equipes do Ambulatório de Reabilitação Psicossocial, do Grupo de Pacientes em Uso de Antipsicóticos Atípicos e do Serviço Ambulatorial de Clínica Psiquiátrica todos pertencentes ao Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, pela compreensão e auxílio no desenvolvimento desse trabalho.*

*Às colegas de sala Luísa, Kelly e Maria Verônica, por me atenderem nos momentos mais difíceis com muito respeito e carinho.*

*A todos os amigos, especialmente, André Filipe e Raquel, Edilaine e Matheus, Leninha e Willy, Aninha e Luciano, Maria Elena, Bianca, Laís, Marina, Leonardo, que sempre me apoiaram, auxiliaram e incentivaram em todos os momentos.*

*Aos docentes e funcionários do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas, pela disponibilidade e compreensão.*

*À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Silvia Cassiani, pela oportunidade de inserção na pesquisa.*

## RESUMO

ZANETTI A.C.G. **Adaptação cultural e validação para língua portuguesa do *Family Questionnaire* para avaliação do ambiente familiar de pacientes com esquizofrenia.** 2010. 129f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2010.

Os principais estudos sobre o ambiente familiar de pacientes com esquizofrenia são aqueles relacionados ao conceito de Emoção Expressa (EE), que trata da qualidade de interação social entre os membros da família. Existem poucos estudos que investigam o ambiente familiar do paciente com esquizofrenia no Brasil e nenhum instrumento de fácil aplicação para avaliar esse conceito. Trata-se de um estudo metodológico com o objetivo de adaptar e validar o *Family Questionnaire* (FQ) para língua portuguesa. O FQ contém 20 itens distribuídos em dois domínios, 10 itens para comentários críticos (CC) e 10 itens para super envolvimento emocional (SEE), com respostas de um (1) muito raramente a quatro (4) sempre, com um intervalo possível para o total da medida de cada domínio de 10 a 40, no qual maiores valores para os dois domínios refletem maior EE. O processo de adaptação cultural seguiu os passos preconizados pela literatura: tradução do FQ para língua portuguesa; obtenção do consenso das versões em português; avaliação pelo comitê de especialistas; *Back-translation*; obtenção do consenso das versões em alemão e comparação com versão original em alemão; avaliação semântica dos itens e pré-teste. Participaram do estudo 100 familiares de pacientes com esquizofrenia. Os dados foram coletados por meio de entrevistas, no período de janeiro a março de 2010, em quatro serviços secundários de saúde mental do interior do Estado de São Paulo. Para a análise de validade de constructo do FQ utilizou-se testes de correlação de Pearson entre as medidas dos domínios do FQ e de um constructo correlato (senso de coerência); análise do componente principal e teste para comparação de grupos distintos. A confiabilidade foi avaliada pela consistência interna (alfa de Cronbach) e a reprodutibilidade através do teste-reteste. O nível de significância adotado foi de 0,05. Os resultados apontaram que os participantes eram, predominantemente, do sexo feminino (78%), com idade média de 52,6 anos, com primeiro grau incompleto (52%), casados (57%), mães (41%) e com tempo médio de convivência com o paciente de 26,7 anos. Entre os pacientes, 66% eram do sexo masculino com idade média de 40,5 anos, a maioria com 1º grau incompleto (60%) e com tempo médio de doença igual há 15,8 anos. Os testes de hipóteses confirmaram a validade de constructo convergente entre as medidas do senso de coerência, e os domínios do FQ e, parcialmente, a diferença nas medidas dos domínios do FQ e as características dos familiares. A análise de componentes principais confirmou a mesma dimensionalidade da versão original na versão adaptada para o português. Em relação à confiabilidade, obtivemos valores adequados de  $\alpha$  de Cronbach para os domínios CC (0,861) e SEE (0,655) da versão adaptada do FQ. A reprodutibilidade avaliada pelo teste-reteste em 30 participantes apontou fortes correlações entre os itens dos domínios CC ( $r=0,689$ ;  $p<0,001$ ) e SEE ( $r=0,769$ ;  $p<0,001$ ) do FQ. Conclui-se que a versão adaptada para o português do FQ mostrou-se válida e confiável na amostra estudada.

**Descritores:** família; esquizofrenia; estudos de validação



## ABSTRACT

ZANETTI A.C.G. **Cultural Adaptation and validation for Portuguese of Family Questionnaire to evaluate the family environment of schizophrenic patients.** 2010. 129f. Doctoral Dissertation– University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, 2010.

The main studies about family environment of schizophrenic patients are those related to the concept of Expressed Emotion (EE), based on the quality of social interaction among family members. Few studies have investigated the family environment of schizophrenic patients in Brazil. There isn't an easy instrument to apply to evaluate this concept. This methodological study aimed to adapt and validate the Family Questionnaire (FQ) for the Portuguese language. The FQ contains 20 items distributed in two domains; 10 items for critical comments (CC) and 10 items for emotional overinvolvement (EOI). The items responses are obtained from a 4 point scale with extreme values varying from one (1) - very rarely - to four (4) - always. The possible interval for the total measure varies from 10 to 40, in which the higher values for both areas reflect higher EE. The process of cultural adaptation followed the steps recommended in the literature: translation of the FQ for Portuguese; obtaining consensus of the Portuguese versions; evaluation by expert committee, back-translation; obtaining consensus of versions in German and compared with the original version in German; semantic evaluation of the items and pre-test. Study participants were 100 relatives of schizophrenic patients. Data were collected through interviews in four secondary mental health services at São Paulo state during the period from January to March 2010. The validation of the FQ construct was evaluated through Pearson correlation tests between the measures of the instrument domain and a correlate construct (sense of coherence), principal component analysis and testing to compare different groups. Reliability was evaluated by internal consistency of its items (Cronbach's alpha) and reproducibility by test-retest. The level of significance adopted was of 0.05. The results showed that the majority of the participants were female (78%), average age of 52.6 years old, basic level of school (52%), married (57%), mothers (41%) and average time living with the patient of 26.7 years. Among the patients, 66% were male, average age of 40.5 years old, incomplete basic education (60%) and average time of illness of 15.8 years. Hypothesis tests confirmed the convergent construct validity between the measures of sense of coherence and the domains' of FQ, and, in part, the difference in measurements of FQ domains' and the characteristics of the families. The analysis of main components confirmed the same dimensionality from the original version in the version adapted for Portuguese. Regarding the reliability, we obtained an adequate Cronbach's alpha value for the fields CC (0.861) and EOI (0.655) of the FQ adapted version. Reproducibility evaluated by test-retest with 30 participants indicated strong correlations between items of the CC domains ( $r = 0.689$ ,  $p < 0.001$ ) and EOI ( $r = 0.769$ ,  $p < 0.001$ ) of the FQ. Therefore, we conclude the FQ Portuguese adapted version is valid and reliable for the sample studied.

**Key words:** family; schizophrenia; validity studies

## RESUMEN

ZANETTI, A.C.G. **Adaptación cultural e validación para el idioma portugués del Family Questionnaire para evaluación del entorno familiar de pacientes con esquizofrenia.** 2010. 129f. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, 2010.

Los principales estudios sobre el entorno familiar de los pacientes con esquizofrenia son relacionados con el concepto de Emoción Expresada (EE), que aborda la calidad de la interacción social entre los miembros de la familia. Pocos estudios han investigado el entorno familiar de los pacientes con esquizofrenia en Brasil y no hay un instrumento fácil de aplicar para evaluar este concepto. Se trata de un estudio metodológico con el objetivo de adaptar y validar el Family Questionnaire (FQ) para el idioma portugués. El FQ contiene 20 ítems divididos en dos dominios, siendo 10 ítems de comentarios críticos (CC) y 10 ítems para la super implicación emocional (SEE), con respuestas de un (1) - muy rara vez - a cuatro (4) - siempre. El intervalo posible para el total de cada dominio es de 10 a 40, en el cual los valores más altos reflejan mayor EE. El proceso de adaptación cultural siguió los pasos recomendados en la literatura: traducción del FQ para el portugués; obtención del consentimiento de las versiones en portugués, evaluación por un comité de expertos, traducción inversa, obtención del consenso de las versiones en alemán y comparación con la versión original en alemán, evaluación semántica de los ítems y pre-teste. Los participantes del estudio fueron 100 familiares de pacientes con esquizofrenia. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas durante el período de enero a marzo de 2010, en cuatro servicios secundarios de salud mental en el estado de São Paulo, Brazil. Para la validación de constructo del FQ se utilizó correlación de Pearson entre las medidas de los dominios del cuestionario y de un constructo correlato (senso de coherencia), análisis de los componentes principales y pruebas para comparar los diferentes grupos. La confiabilidad fue evaluada por la consistencia interna (alfa de Cronbach) y la reproducibilidad por prueba-reprueba. El nivel de confiabilidad adoptado fue 0,05. Los resultados indicaron que los participantes eran predominantemente mujeres (78%), edad media de 52.6 años, con educación básica (52%), casada (57%), madres (41%) y con una media de 26,7 años que viven con el paciente. Entre los pacientes, 66% eran varones con edad media 40.5 años, la mayoría con educación básica incompleta (60%) y una media de duración de la enfermedad igual a 15.8 años. Las pruebas de hipótesis confirmaron la validez de constructo convergente entre las medidas de sentido de coherencia y los dominios del FQ y, parcialmente, la diferencia en las medidas de los dominios del FQ y las características de la familia. El análisis de los componentes principales confirmó la misma dimensionalidad de la versión original en la versión adaptada para el portugués. Con respecto a la confiabilidad, se obtuvieron los valores adecuados de alfa de Cronbach para los dominios CC (0.861) y ESS (0.655) de la versión adaptada de la FQ. La reproducibilidad evaluada por prueba-reprueba en 30 participantes señaló fuertes correlaciones entre los ítems de los dominios CC ( $r = 0.689$ ,  $p < 0,001$ ) y ESS ( $r = 0.769$ ,  $p < 0.001$ ) del FQ. Se concluye que la versión adaptada para el Portugués del FQ resultó válida y confiable para la muestra estudiada.

**Descriptorios:** familia; esquizofrenia; estudios de validación

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1 -</b>	Domínios do instrumento <i>Family Questionnaire (FQ)</i> segundo seus itens.....	33
<b>Quadro 2 -</b>	Itens do FQ – Versão em Português Consenso 1 e suas modificações após avaliação da reunião com o Comitê de Especialistas (FQ – VPC2). Ribeirão Preto – SP, 2009.....	59
<b>Quadro 3 -</b>	Obtenção do FQ-VPC3 após reunião da pesquisadora principal com os tradutores estrangeiros e comparação com o FQ - VPC2 e FQ-VP3. Ribeirão Preto – SP, 2009.....	60
<b>Quadro 4 -</b>	Análise semântica dos itens do instrumento FQ-VPC3 .Ribeirão Preto - SP, 2009.....	62

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1 -</b>	Processo de adaptação cultural do Family Questionnaire (FQ).....	44
<b>Figura 2 -</b>	<i>Boxplots</i> das médias do domínio CC do FQ para os dois grupos, segundo a necessidade de leitura do instrumento pela pesquisadora.....	66
<b>Figura 3 -</b>	<i>Boxplots</i> das médias do domínio SEE do FQ para os dois grupos, segundo a necessidade de leitura do instrumento pela pesquisadora.....	67

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1 -</b>	Distribuição das respostas dos 30 familiares de pacientes com esquizofrenia participantes do pré-teste segundo os itens de resposta, raramente, muito raramente, quase sempre e sempre, para cada uma das questões (n=30). Ribeirão Preto, 2009.....	63
<b>Tabela 2 -</b>	Caracterização dos familiares de pacientes com esquizofrenia segundo as variáveis sociodemográficas (n=100). Ribeirão Preto, 2010.....	64
<b>Tabela 3 -</b>	Tabela 3. Caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes que participaram da validação do estudo (n=100). Ribeirão Preto, 2010.....	65
<b>Tabela 4 -</b>	Análise descritiva do total do domínio CC do FQ e de seus itens. Ribeirão Preto, 2010.....	68
<b>Tabela 5 -</b>	Análise descritiva do total do domínio SEE do FQ e de seus itens. Ribeirão Preto, 2010.....	69
<b>Tabela 6 -</b>	Distribuição das frequências de respostas aos 20 itens do FQ, obtidas entre os 100 familiares de pacientes com esquizofrenia. Ribeirão Preto, 2010.....	70
<b>Tabela 7 -</b>	Matrix de rotação Varimax dos componentes da versão adaptada do FQ. Ribeirão Preto, 2010.....	71
<b>Tabela 8 -</b>	Correlações entre as medidas do senso de coerência e os domínios do FQ (CC e SEE) e respectivos valores de probabilidades ( <i>p</i> ) associadas ao teste de correlação produto-momento de Pearson. Ribeirão Preto, 2010.....	72
<b>Tabela 9 -</b>	Resultado do teste de comparação das médias dos valores dos domínios do FQ (CC e SEE), segundo o sexo do familiar. Ribeirão Preto, 2010.....	73
<b>Tabela 10.-</b>	Médias dos valores total dos domínios do FQ (CC e SEE), segundo vínculo com o paciente. Ribeirão Preto, 2010.....	74
<b>Tabela 11 -</b>	Resultado do teste de correlação de Pearson entre as medidas dos domínios e as variáveis: idade do familiar, tempo de convivência e tempo de doença e as medidas dos domínios CC e SEE do FQ. Ribeirão Preto, 2010.....	74
<b>Tabela 12 -</b>	Coeficiente de correlação item-total, valor do alfa do total de itens do domínio CC e os valores de alfa quando um dos itens for excluído. Ribeirão Preto, 2010.....	76

<b>Tabela 13 -</b>	Coefficiente de correlação item-total, valor do alfa do total de itens do domínio SEE e os valores de alfa quando um dos itens for excluído. Ribeirão Preto, 2010.....	77
<b>Tabela 14 -</b>	Estatística descritiva dos domínios CC e SEE, e na primeira e na segunda avaliação (n=30). Ribeirão Preto, 2010.....	78

## SUMÁRIO

<b>1 Introdução.....</b>	<b>17</b>
1.1 Revisão dos instrumentos de avaliação da Emoção Expressa.....	25
<b>2 Referencial Teórico-Metodológico.....</b>	<b>29</b>
2.1 Apresentação do Instrumento: Family Questionnaire-FQ.....	30
2.2 Etapas propostas para o processo de adaptação cultural .....	34
2.3 Avaliação das propriedades de medida do instrumento .....	37
<b>3 Objetivos.....</b>	<b>40</b>
3.1 Geral .....	41
3.2 Específicos.....	41
<b>4 Método.....</b>	<b>42</b>
4.1 Permissão do autor principal para a adaptação cultural e uso do instrumento .....	43
4.2 Processo de adaptação cultural do FQ no Brasil .....	43
4.2.1 Tradução do instrumento para a língua portuguesa.....	45
4.2.2 Obtenção do primeiro consenso das versões FQ - Versão em Português 1 (FQ-VP1) e FQ - Versão em Português 2 (FQ-VP2). .....	45
4.2.3 Avaliação pelo Comitê de especialistas.....	46
4.2.4 <i>Back-translation</i> da FQ-VPC2. ....	46
4.2.5 Obtenção do consenso das versões FQ-VA1 e FQ-VA2 e comparação com a original <i>Family Questionnaire-FQ</i> .....	47
4.2.6 Avaliação semântica dos itens do FQ-VPC3 emitidos pelos familiares .....	48
4.2.7 Pré-teste da versão em português: FQ - Versão em Português Consenso Final (FQ-VPCF).....	49
4.3 Procedimento de coleta de dados.....	50
4.3.1 Local do estudo.....	50
4.3.1.1 Apresentação dos locais de coleta de dados .....	50
4.3.2 População do estudo .....	51
4.3.3 Instrumentos de coleta de dados .....	52
4.3.3.1 Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky – QSCA. ....	52
4.3.4 Recrutamento dos sujeitos e coleta de dados .....	53
4.4 Análise das propriedades psicométricas da versão FQ-VPF adaptada para o português do instrumento <i>Family Questionnaire (FQ)</i> .....	54
4.4.1 Análise de validade.....	54

4.4.1.1	Validade de Constructo .....	54
4.4.1.1.1	Análise dos Componentes Principais .....	54
4.4.1.1.2	Validade de constructo convergente.....	54
4.4.1.1.3	Comparação entre grupos distintos .....	55
4.4.2	Análise de confiabilidade .....	55
4.4.2.1	Consistência interna dos itens.....	55
4.4.2.2	Reprodutibilidade .....	56
4.5	Processamento e análise dos dados .....	56
4.6	Aspectos éticos .....	57
<b>5</b>	<b>Resultados .....</b>	<b>58</b>
5.1	Resultados da adaptação cultural do <i>Family Questionnaire</i> (FQ).....	59
5.1.1	Avaliação pelo Comitê de especialistas.....	59
5.1.2	Obtenção do consenso das versões em alemão e comparação com a original .....	60
5.1.3	Análise semântica dos itens.....	61
5.1.4	Pré-teste da versão em português: FQ-Versão em Português Consenso Final.....	62
5.2	Caracterização dos familiares de pacientes com esquizofrenia segundo as variáveis sociodemográficas. ....	64
5.3	Resultados da análise descritiva da versão adaptada do FQ.....	65
5.4	Resultados da análise de validade de constructo do FQ.....	70
5.4.1	Resultados da Análise dos Componentes Principais .....	70
5.4.2	Resultados da validade de constructo convergente .....	72
5.4.3	Resultados da comparação entre grupos distintos .....	73
5.5	Resultados da análise de confiabilidade do FQ.....	75
5.5.1	Resultados da consistência interna dos itens .....	75
5.5.2	Resultados da reprodutibilidade do FQ .....	77
<b>6</b>	<b>Discussão .....</b>	<b>79</b>
<b>7</b>	<b>Conclusões .....</b>	<b>90</b>
	<b>Referências.....</b>	<b>92</b>
	<b>Apêndices .....</b>	<b>102</b>
	<b>Anexos.....</b>	<b>112</b>



## *1 Introdução*

Dentre as desordens psiquiátricas poucas têm um efeito tão profundo nos indivíduos e seus familiares como a esquizofrenia (CONN, 2001; SAUNDERS, 1997; ZANETTI; GALERA, 2007). Esse transtorno de evolução crônica é considerado um dos principais problemas de saúde pública, o que exige elevados investimentos relacionados aos insumos e recursos humanos por parte do sistema de saúde para o tratamento das pessoas acometidas. Além disso, por tratar-se de uma doença que exige cuidados diários permanentes, como o uso contínuo de medicamentos, acompanhamento frequente aos serviços de saúde, causa grande sobrecarga e sofrimento para o próprio doente e sua família (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), 2003).

Em geral, a esquizofrenia afeta 1% da população adulta, principalmente na faixa etária entre 15 a 35 anos. Apesar de sua incidência ser relativamente baixa (sete a quatorze casos novos por ano em cada 100 mil habitantes), sua prevalência é alta na população. Essa doença atinge em média 24 milhões de pessoas no mundo. No Brasil, atinge em torno de 1,8 milhão de pessoas. É uma doença que possui tratamento, com melhor prognóstico quando é realizado em estágios iniciais. O tratamento deve ser fornecido a nível comunitário conjuntamente com a participação ativa da família e da comunidade. Porém 50% das pessoas com esquizofrenia não recebem tratamento apropriado, sendo que 90% delas vivem em países em desenvolvimento (FALKAI et al., 2006; MARI; LEITÃO, 2000; BELISSIMO, 2005).

A esquizofrenia compromete a vida do paciente, tornando-o frágil diante de situações estressantes do cotidiano, o que aumenta o risco para o suicídio (SHIRAKAWA, 2000). É caracterizada pela desorganização de diversos processos mentais, afeta a zona central do eu, altera toda estrutura vivencial, desencadeia déficits biopsicossociais e prejudica a qualidade de vida do paciente e das pessoas que vivem no seu entorno (BALLONE, 2002; DURÃO, 2004).

A etiologia da esquizofrenia é ainda pouco conhecida. Reconhece-se que há uma predisposição genética e que fatores circunstanciais podem contribuir para o estabelecimento da doença. Alguns desses fatores têm relação até com o período anterior ao nascimento, complicações durante o parto, desnutrição e danos cerebrais. O paciente com esquizofrenia apresenta uma ampla sintomatologia ligada a distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção, e por afetos inapropriados ou embotados, porém a sua expressão varia de indivíduo para indivíduo (BELISSIMO, 2005; OMS, 1993).

As consequências emocionais, sociais e financeiras vivenciadas pelo paciente com esquizofrenia têm efeitos significativos sobre suas famílias. A família vive uma situação de estresse que culmina com a desorganização de todo o grupo (TESCHINKY, 2000). As

relações familiares são afetadas instalando-se um estado de tensão que pode perdurar por um longo período de tempo (SAUNDERS; BYRNE, 2002).

Por outro lado, o ambiente familiar pode contribuir negativamente na evolução da doença provocando recaídas, isto é, exacerbação dos sintomas da doença que implica em internação ou novo contato com os serviços de saúde para além do acordado previamente (ARTHUR, 2002). Estudos que investigaram pacientes que apresentavam recaídas frequentes verificaram que o principal fator que provocava as recaídas era o ambiente familiar (SCAZUFCA, 2008; LEFF; BROWN, 1977).

Os principais estudos sobre o ambiente familiar são aqueles relacionados ao conceito de Emoção Expressa- EE (ARTHUR, 2002). Emoção expressa é uma medida qualitativa do número de emoção tipicamente exposta no ambiente familiar, no dia a dia, pela família ou cuidadores. Esse conceito refere-se à qualidade da interação social entre os membros de uma família, ou seja, aos sentimentos que os familiares expressam em relação ao paciente psiquiátrico, e não a todos os seus sentimentos (WILLETTS; LEFF, 1997; CHAMBLESS, 1998).

Os primeiros estudos que investigaram este conceito estavam relacionados à qualidade da interação entre os pacientes psiquiátricos e seus familiares próximos e aos fatores referentes às recaídas psiquiátricas de pacientes com esquizofrenia, após a alta hospitalar (BROWN, 1959; BROWN; CARSTAIRS; TOPPING, 1958; SCAZUFCA, 1998).

Um estudo investigou o ambiente familiar de pacientes com esquizofrenia do sexo masculino, que residiam com os pais, cônjuges ou sozinhos, no período de dois anos, após a internação psiquiátrica. Os resultados mostraram que os pacientes que moravam com os pais ou cônjuges tiveram uma pior evolução em relação à reagudização dos sintomas e necessidade de reinternação hospitalar do que aqueles que residiam sozinhos. Esse estudo mostrou que a evolução da doença pode estar relacionada às atitudes dos familiares em relação aos pacientes (BROWN; CARSTAIRS; TOPPING, 1958).

Outro estudo, também, investigou o ambiente familiar de pacientes do sexo masculino, no período de duas semanas após a alta hospitalar. Os resultados revelaram que os pacientes que retornaram ao ambiente familiar e que neste, havia um elevado envolvimento emocional entre os seus familiares, eram mais propensos a sofrerem recaídas psiquiátricas, com piora significativa dos sintomas agudos (BROWN et al., 1962).

A partir desses dois estudos foram estabelecidas as diferenças entre alto e baixo envolvimento emocional da família, a partir das relações emocionais observadas entre

pacientes e familiares, bem como, a elaboração de um instrumento de medida contendo quatro pontos para mensurar o grau de envolvimento da família (BROWN et al., 1962).

A utilização deste instrumento possibilitou a obtenção de informações fidedignas dos relatos dos familiares sobre o relacionamento com o paciente com esquizofrenia no domicílio, bem como, se as atitudes expressas pelos pacientes acerca dos familiares eram representativas de uma relação duradoura. Apesar das limitações das medidas utilizadas nesse instrumento foi possível obter a análise de associação entre ambientes de alto envolvimento emocional e recaída psiquiátrica (BROWN et al., 1962).

A partir desse estudo, foi desenvolvido outro instrumento denominado Entrevista Familiar de Camberwell – EFC. Esse instrumento possibilita a análise das diferentes formas de emoções entre os pacientes e seus familiares (BROWN; RUTTER, 1966).

Um estudo investigou os componentes do envolvimento emocional dos familiares utilizando a EFC. Os resultados mostraram que os relatos dos familiares evidenciaram o comportamento do paciente e os sentimentos em relação a ele. Esse estudo apontou que os componentes do envolvimento emocional podem influenciar o curso da doença (BROWN; BIRLEY; WING, 1972).

A partir deste estudo o termo envolvimento emocional foi substituído pelo conceito emoção expressa – EE, e três dimensões deste conceito foram desenvolvidos (BROWN; BIRLEY; WING, 1972).

Atualmente a EE é utilizada como um constructo que inclui as seguintes dimensões: comentários críticos-CC (avaliação negativa da conduta do paciente); hostilidade (avaliação negativa do paciente como pessoa) e o superenvolvimento emocional-SEE (sentimentos ou atitudes, por parte dos familiares, de desesperança, autossacrifício, superproteção acerca do paciente). A família pode ser classificada com elevada EE, quando pelo menos um de seus membros apresenta uma ou mais dessas dimensões (BROWN; BIRLEY; WING, 1972; VAUGHN; LEFF, 1976).

As dimensões comentários críticos e hostilidade podem sobrepor-se, ou seja, comentários hostis podem ser codificados como críticos. Porém, os comentários críticos estão relacionados às afirmações e tom de voz indicando que o membro da família não gosta de uma coisa específica no comportamento do paciente com esquizofrenia. Já a hostilidade trata-se de uma crítica global não ligada apenas a um comportamento único. A dimensão superenvolvimento emocional é mais comum nos pais, especialmente nas mães, do que nos outros familiares. Essa dimensão reflete diversos padrões de comportamento, como por exemplo, quando um familiar refere um sacrifício excessivo; uma preocupação excessiva com

o estado de saúde; ou um comportamento extremamente superprotetor em relação ao paciente (CHAMBLESS, 1998).

Após 40 anos de pesquisas utilizando o constructo EE, os estudos mostraram que os pacientes com transtornos mentais graves que residem com os familiares com elevada EE têm um pior prognóstico da doença quando comparados àqueles que moram com os familiares classificados com baixa EE (BUTZLAFF; HOOLEY, 1998; KAVANAGH, 1992; WEISMAN et al., 2006).

Cabe ressaltar que, na maioria dos estudos, os comentários críticos, a hostilidade e o superenvolvimento emocional estão associados a uma piora no curso da doença, em contrapartida aos primeiros estudos que mostram os comentários críticos como fortes preditores de recaídas (BROWN; RUTTER, 1966; BROWN; BIRLEY; WING, 1972; WEISMAN et al., 2006).

Para melhor compreensão do significado de elevados níveis de emoção expressa e recaídas, os pesquisadores estão utilizando para o desenvolvimento de suas investigações o modelo de vulnerabilidade ao estresse. Esse modelo tem como pressuposto que as pessoas com esquizofrenia (com potencial aumentado de vulnerabilidade ao estresse) que recebem alta hospitalar e vão morar com familiares com elevados níveis de estresse, podem apresentar exacerbação dos sintomas da doença e ou recaídas (WEISMAN et al., 2006).

Alguns autores referem que a EE é uma parte transacional do processo, sendo que os comportamentos dos pacientes influenciam nas atitudes de EE. Outros evidenciam que elevados níveis de EE podem desencadear aumentos reais de estresse nos pacientes (WEISMAN et al., 2000; VALONE; GOLDSTEIN; NORTON, 1984).

Os familiares e os cuidadores que apresentam níveis elevados de EE, geralmente, se expressam de forma verbal negativa com os pacientes, desencadeando aumento do estresse e colocando-os em situações de vulnerabilidade à psicose e outras doenças (MCNAB; HASLAM; BURNETT, 2007).

Em um estudo de metanálise foram identificados 27 artigos relacionados à EE e recaídas psiquiátricas com pacientes com esquizofrenia. Os resultados desses estudos confirmaram a EE como um bom preditor de recaídas em esquizofrenia, principalmente, nos pacientes na fase mais crônica da doença (BUTZLAFF; HOOLEY, 1998).

Outro estudo foi realizado com o objetivo de determinar a relação entre EE e recaídas de 69 pacientes jovens com esquizofrenia, em períodos de remissão da doença. Os resultados apontaram que, no período de 6 a 12 meses de remissão da doença, não houve associação entre as taxas de recaídas e EE. Porém, essa associação foi significativa entre 9 e 18 meses de

remissão da doença, além disso, para os pacientes nesse período que residiam com os pais, a EE foi considerada o melhor preditor de recaídas, face aos comentários críticos dos pais e o superenvolvimento emocional das mães. Por outro lado, não houve associação significativa entre adesão aos medicamentos e frequência de contato com parentes com elevada emoção expressa (KING; DIXON, 1999).

Os estudos sobre EE, em sua maioria, foram desenvolvidos em países de língua inglesa. A partir da década de 90 observa-se um crescente interesse em verificar se o conceito é aplicável em outras culturas. Desta forma, é possível testar a generalidade do conceito e verificar como ele se comporta em outros cenários em que as condições sociais e os relacionamentos familiares sejam diferentes (BARRELET et al., 1990; MALLA et al., 1991; BERTRANDO et al., 1992; MARTINS; LEMOS; BEBBINGTON, 1992; MAVREAS et al., 1992; FRIEDMAN; GOLDSTEIN, 1994; MINO et al., 1995; DAVIS; GOLDSTEIN; NUECHTERLEIN, 1996; LENIOR; DINGEMANS; LINSZEN, 1997; ARTHUR, 2002; BACHMANN et al., 2002).

Um estudo com pacientes com esquizofrenia ou transtornos esquizoafetivos em várias nações e etnias mostrou que os níveis elevados de EE têm valor preditivo para um pior prognóstico da doença (WEISMAN et al., 2006). Um estudo conduzido na China mostrou a validade do constructo EE nesse país. Esse estudo apontou como diferença cultural, o nível de tolerância dos familiares com o paciente com esquizofrenia, e que a percepção do paciente e o modo de lidar dos familiares com diferentes níveis de EE diferem culturalmente (CHENG, 2002).

Outro estudo foi realizado com o objetivo de avaliar a percepção de 42 pacientes com diagnóstico de esquizofrenia acerca dos comentários críticos de seus familiares. Para acessar os dados acerca dos comentários críticos dos familiares foi utilizada a EFC. Os familiares que tinham como característica cultural a raça branca e origem latina foram os que expressaram maior número de comentários críticos, durante a aplicação da EFC, e também, os percebidos como os mais críticos pelos pacientes. Entre os familiares da raça negra, entretanto, não foram encontradas associações significativas entre as críticas expressas pelos familiares e a percepção dos pacientes acerca delas. Os resultados desse estudo sugerem que os valores culturais e étnicos provavelmente influenciam no modo em que as críticas dos familiares são percebidas e vivenciadas pelos pacientes (WEISMAN et al., 2006).

Outro estudo norte americano, também conduzido com familiares de pacientes com esquizofrenia da raça negra, aponta que os comportamentos que são tipicamente rotulados como críticos e intrusivos na verdade parecem servir como um fator protetor de recaída para

esta população, ao contrário do que é esperado na literatura geral sobre EE (ROSENFARB; BELLACK; AZIZ, 2004).

Nessa direção recomenda-se a continuidade da aplicação das dimensões da EE em outros contextos culturais, a fim de conhecer os dados normativos da população, para posteriormente realizar estudos de associação entre emoção expressa e recaídas de doenças. No entanto, já existem evidências que a evolução da esquizofrenia é melhor em países em desenvolvimento, sendo essa atribuída à baixa emoção expressa nesses países (BHUGRA; MCKENZIE, 2003).

Estudos recentes apontam cada vez mais a necessidade de desenvolvimento de investigações que avaliem a EE em diferentes contextos. Dentre esses contextos cabe ressaltar a importância de avaliar a influência da EE sobre os familiares e não só sobre os pacientes (YANG et al., 2004; NOMURA et al., 2005; KOPELOWICZ et al., 2006).

Um estudo realizado recentemente avaliou a EE de familiares de pacientes com esquizofrenia, e o estado de saúde dos familiares e pacientes. Para avaliar a EE foi utilizado a EFC e para o estado de saúde, o instrumento denominado Health Status Inventory – RAND-36, que tem por finalidade avaliar o estado de saúde de acordo com os domínios: saúde física, saúde mental – depressão e ansiedade e idéia referente à saúde global (BREITBORDE; LOPEZ; KOPELOWICZ, 2010).

Este estudo teve o objetivo de demonstrar como os índices de EE influenciam o estado de saúde tanto dos familiares quanto dos pacientes com esquizofrenia. A amostra foi constituída por 60 pacientes e 60 familiares, que foram avaliados em um período de aproximadamente 13 meses. A EFC e o RAND-36 foram aplicados no início e na etapa final do estudo. Os resultados mostraram que o estado de saúde relacionado à saúde física dos familiares e dos pacientes foi baixo no início do estudo, e permaneceu assim durante todo o estudo. A saúde física dos familiares foi menor do que a dos pacientes. Os resultados relacionados à saúde mental e global sofreram alterações. A EE não foi preditiva para a piora do estado de saúde dos familiares e pacientes (BREITBORDE; LOPEZ; KOPELOWICZ, 2010).

Após o seguimento, nos familiares que apresentaram elevado índice de superenvolvimento emocional verificou-se uma piora da qualidade de vida relacionada à saúde mental. Os comentários críticos não foram associados a nenhuma piora ou melhora. Não houve correlação significativa entre EE global e índice de saúde global dos pacientes durante o seguimento. Apesar das repercussões na saúde dos familiares, esse estudo não mostrou correlação entre EE e saúde dos pacientes. Isso pode representar um fator negativo

para quem possui um familiar com doença crônica. O superenvolvimento emocional pode ser de certa forma positivo para os pacientes, mas negativo para a saúde mental dos familiares. Isso geralmente acontece com familiares que possuem maior cumplicidade com o pacientes. É importante considerar que esse estudo apresenta limitações quanto ao tamanho da amostra, e que os pacientes eram clinicamente estáveis e crônicos. Portanto, os resultados podem não representar os pacientes com diagnóstico precoce da doença. O índice de desistência dos familiares pode constituir um viés ao selecionar famílias provavelmente mais estáveis (BREITBORDE; LOPEZ; KOPELOWICZ, 2010).

Outro estudo realizado avaliou os benefícios e malefícios da EE, também, para os familiares, pois estes podem adoecer e ter prejuízos importantes em seu funcionamento global (BREITBORDE et al., 2009).

Um estudo evidenciou a importância dos níveis de EE em cuidadores profissionais não-familiares de pacientes com esquizofrenia. Os resultados apontaram que o nível de EE influencia negativamente a atitude do paciente em relação à adesão ao tratamento medicamentoso. Não foram encontradas associações do nível de EE em relação à participação no tratamento, medida de qualidade de vida e satisfação do paciente com o cuidador e recaídas psiquiátricas. Apesar de não ter relação com a qualidade de vida, altos níveis de EE podem alterar o funcionamento global e o autocuidado do paciente. Quando o paciente entra em crise existe tendência do aumento da EE tanto nos familiares quanto nos profissionais cuidadores não-familiares. Entretanto, os familiares apresentaram altos níveis de superenvolvimento emocional quando comparados aos cuidadores (SOLOMON; STACEY, 2010).

No Brasil, o único instrumento traduzido e validado para avaliar EE em português é a versão abreviada da Entrevista Familiar de Camberwell – EFC (MONTAGNA, 1981). Porém, este instrumento é pouco utilizado devido às limitações referentes ao tempo gasto e necessidade de treinamento específico para a sua aplicação.

A finalidade deste estudo foi buscar um instrumento útil e de fácil aplicação para avaliar o ambiente familiar de pacientes com esquizofrenia. Dessa forma, o instrumento de avaliação do ambiente familiar pode fornecer subsídios importantes para estudos comparativos em diferentes contextos culturais, para as equipes de saúde mental e gestores no planejamento da atenção integral em saúde mental. Também contribuir para a produção de conhecimento, disponibilizando um instrumento validado no contexto brasileiro que possibilite o desenvolvimento de estudos que explorem o ambiente familiar dos pacientes com esquizofrenia, os quais sobrecarregam os serviços de saúde mental no Brasil.



O estudo do ambiente familiar permite evidenciar que os fatores sociais estão relacionados ao curso da esquizofrenia. Além disso, têm uma influência significativa no desenvolvimento das intervenções familiares para esquizofrenia (LÓPEZ et al., 2004).

### **1.1 Revisão dos instrumentos de avaliação da Emoção Expressa**

A Entrevista Familiar de Camberwell - EFC foi o primeiro instrumento utilizado para avaliar a EE e é ainda considerado o padrão ouro. Porém, pelas limitações apresentadas em relação ao tempo e treinamento para aplicação, houve necessidade de desenvolvimento de outros instrumentos para avaliar a EE (HUMBEECK et al., 2002).

Atualmente, existem várias entrevistas e questionários para avaliar a EE no ambiente familiar. Dentre as entrevistas destaca-se a Entrevista Familiar de Camberwell (EFC), Five Minute Speech Sample (FMSS), Patient Interview for Assessing Patients Perceptions (PPI).

Quanto aos questionários temos: Level of Expressed Emotion Scale (LEE), Influential Relationship's Questionnaire (IRQ), Perceived Criticism Scale (PCS), Family Emotional Involvement and Criticism Scale (FEICS), Patient Rejection Scale (PRS), Questionnaire Assessment of Expressed Emotion (QAEE), Adjective Checklist (AC) e Family Attitude Scale (FAS), The Family Environment Scale (FES), Perceived Criticism Rating (PC), Parental Bonding Instrument (PBI), Family Atmosphere Questionnaire (FEF) e Family Questionnaire (FQ). Esses questionários são utilizados para avaliar a EE na perspectiva dos pacientes, e dos familiares individualmente e simultaneamente (HUMBEECK et al., 2002).

Em uma análise global dos instrumentos verifica-se que estudos que comparam alguns questionários com a EFC, mostraram que alguns deles apresentam baixa correlação com as dimensões da EFC, tais como o PBI, ou correlação contraditória, como, por exemplo, o PC e o PBI. Por outro lado, outros questionários como PRS, LEE, FAS apresentam uma maior correlação com a EFC (WIEDEMANN et al., 2002).

Apesar das correlações significativas das escalas da LEE e a dimensão comentários críticos da EFC, esta não apresentou correlação com a dimensão superenvolvimento emocional. Para os outros questionários não houve correlação entre o grau de EE e as dimensões da EFC (KAZARIAN et al., 1990).

Com exceção de um resultado da PBI, nenhum outro questionário, demonstrou elevada correlação com a dimensão superenvolvimento emocional da EFC (PARKER; HAYWARD; JOHNSTON, 1989).

Em síntese, ao analisar os 12 instrumentos (EFC, FMSS, PPI, PRS, AC, QAEE, FAS, LEE, IRQ, PCS, FEICS, FES) para avaliar a EE de acordo com sua consistência interna,

confiabilidade do teste-reteste, validade concorrente com a EFC, e validade preditiva em termos de resultados clínicos, verifica-se que os únicos instrumentos com um claro corte dos escores para classificar familiares com elevada ou baixa EE foram a EFC, a FMSS, a PCS, a QAEE e a LEE. Os instrumentos que apresentaram melhor poder preditivo foram a EFC, a PCS e a LEE. A validade preditiva dos instrumentos FMSS e PRS foi considerada fraca ou desconhecida para os instrumentos AC, FEICS, QAEE, FAS. Esse estudo mostrou que o melhor instrumento para avaliar a EE ainda é a EFC. Enfim, os instrumentos disponíveis na literatura não possibilitam a avaliação acurada das dimensões relacionadas aos comentários críticos e superenvolvimento emocional da EFC (HUMBEECK et al., 2002).

No entanto, para este estudo interessa-nos avaliar os questionários propostos para avaliar a EE na perspectiva dos familiares.

O primeiro refere-se ao Patient Rejection Scale (PRS). Esse instrumento foi embasado na EFC e está disponível em duas versões: PRS e PRS-1. O PRS é uma versão abreviada, contendo 11 itens que possibilita coletar as informações acerca das críticas e rejeição dos familiares em relação ao paciente com esquizofrenia e o PRS-1 é a versão longa e contém 24 itens referentes aos aspectos relacionados ao amor, à aceitação e as frustrações. Nas duas versões do PRS, não é possível mensurar o superenvolvimento emocional. O corte de pontos para análise dos atributos não está disponibilizado. Em relação ao poder preditivo, apenas a PRS foi aplicada em uma amostra de pacientes com esquizofrenia, apresentando uma relação significativa com as reinternações hospitalares, 18 meses após a alta. As duas versões são administradas e codificadas facilmente e têm boa consistência interna, mas apenas a PRS oferece informações sobre estabilidade temporal. A validação concorrente ainda deve precisar passar por um processo de avaliação (KREISMAN; SIMMENS; JOY, 1979; KREISMAN et al., 1988; HUMBEECK et al., 2002).

O segundo refere-se ao Questionnaire Assessment of Expressed Emotion. Esse instrumento contém 99 itens e duas dimensões: críticas/hostilidade e superenvolvimento emocional. A construção dos itens foi fundamentada na análise de conteúdo das respostas da EFC e nos quatro correlatos de Vaughn and Leff (1981). Durante a aplicação desse instrumento os familiares devem indicar a frequência que conduzem um comportamento específico acerca do paciente. Esse questionário tem um corte de pontos claro e as duas dimensões têm alta consistência interna. A validade concorrente com a EFC corresponde a 76% de distinção entre elevada e baixa EE. A dimensão de comentários críticos possibilita classificar corretamente 88% dos familiares comparada à escala de críticas da EFC. Também, 67% dos familiares classificados com elevado superenvolvimento emocional também tiveram

uma elevada pontuação na EFC. No entanto, os seus resultados ainda necessitam ser replicados. A validade preditiva ainda não foi avaliada. É possível que esse instrumento seja uma boa alternativa para substituir a EFC, porém é necessário investigar mais informações a respeito de suas propriedades psicométricas (DOCHERTY; SERPER; HARVEY, 1990; HUMBEECK et al., 2002).

O terceiro, denominado Adjective Checklist, trata-se de um instrumento contendo 20 adjetivos, 10 com valores positivos e 10 com valores negativos envolvendo os componentes de EE relacionados aos comentários críticos e superenvolvimento emocional. Esses adjetivos são apresentados em ordem alfabética aos familiares, que devem ser respondidos em dois momentos. No primeiro, os familiares devem escolher o adjetivo que melhor represente seus comportamentos acerca dos pacientes e no segundo, o comportamento dos pacientes acerca deles. Embora os 20 adjetivos ofereçam uma ideia boa da relação entre os pacientes e seus familiares esse questionário não apresenta corte de pontos para elevada ou baixa EE. A consistência interna do questionário é considerada boa. A validação concorrente foi investigada em relação à EFC e a FMSS. Existe uma correlação significativa entre os subgrupos da EFC e os resultados do AC em relação aos adjetivos negativos, o que não ocorre com os adjetivos positivos. Já a correlação com a FMSS foi mais significativa para os adjetivos negativos e positivos. A validade preditiva, ainda, não está clara (FRIEDMANN; GOLDSTEIN, 1993, 1994; HUMBEECK et al., 2002).

O último refere-se ao Family Attitude Scale. Esse instrumento foi construído com base nos questionários já existentes, na literatura sobre EE e experiências de profissionais. Contém 30 itens que possibilitam obter informações acerca dos comentários críticos e hostilidade dos familiares. Os itens relacionados ao superenvolvimento emocional não foram incluídos. A consistência interna é alta, mas não oferece informações sobre o corte de pontos e estabilidade temporal. Esse instrumento foi comparado com a EFC e indicou boa correlação com os itens de comentários críticos e hostilidade. A validade concorrente foi avaliada com o instrumento denominado State- Trait Personality Inventory e apresentou correlação significativa. Não existem dados sobre a validade preditiva. É uma boa opção para avaliação dos níveis de comentários críticos e hostilidade dos familiares, porém não estão claros seus cortes de pontos para elevada ou baixa EE (KAVANAGH et al., 1997; HUMBEECK et al., 2002).

No entanto, esses instrumentos apresentam, majoritariamente, limitações para aplicação quanto às propriedades psicométricas.

Ao considerar a EE como um conceito valioso para avaliar o ambiente familiar de pacientes com esquizofrenia Wiedemann et al. (2002) desenvolveram o Family Questionnaire

(FQ) com o objetivo de promover uma medida breve, de fácil administração, com um tempo menor que a EFC ou o FMSS. Ressalta-se que o FQ tem a mesma equivalência da FMSS em termos de validade e pode ser utilizada para repetidas aplicações. Além disso, tem a vantagem de dispensar um treinamento para sua aplicação. O FQ é um questionário dividido em duas subescalas. Uma referente à dimensão comentários críticos e outra ao superenvolvimento emocional da EFC.

A construção e validação do FQ por Wiedemann et al. (2002) mostrou que esse questionário tem 74% de concordância com as dimensões da EFC. Esse questionário apresenta 78% de correlação positiva com a subescala de comentários críticos da EFC e 71% de correlação positiva com a de superenvolvimento emocional da EFC.

O FQ é um questionário utilizado para avaliar a EE de modo fácil, auto-aplicável, tem boa consistência interna dos itens de seus domínios e uma forte correlação com a EFC. No entanto ainda precisa ser validado para avaliar a predição de recaídas psiquiátricas.

Portanto, temos como objeto de investigação realizar a adaptação cultural e validação do FQ para avaliar a EE em familiares de pacientes com esquizofrenia no Brasil.

## *2 Referencial Teórico-Methodológico*

## 2.1 Apresentação do Instrumento: Family Questionnaire-FQ

O FQ foi desenvolvido na Alemanha, por Georg Wiedemann e colaboradores (2002) com a finalidade de avaliar a EE de familiares de pacientes com esquizofrenia de forma breve e de fácil aplicação. Para sua construção, os autores desenvolveram duas versões do instrumento. A primeira com 130 itens e a final com 20 itens (WIEDEMANN et al.; 2002).

Para o desenvolvimento da primeira versão do *Family Questionnaire-FQ*, os autores convidaram profissionais experientes a fim de estabelecer uma lista de afirmações feitas pelos familiares sobre o seu familiar, paciente com esquizofrenia, e sobre o seu estilo de comportamento frente a esse familiar. Nesse sentido, as afirmações foram derivadas de conceitos relatados de EE ou foram inspirados em questionários já existentes, como, por exemplo, o PRS (WIEDEMANN et al.; 2002).

O modelo teórico sobre EE foi fundamentado e desenvolvido por Vaughn and Leff (1981, 1985), de acordo com as análises de conteúdo qualitativas de entrevistas utilizando a EFC e a construção de quatro atitudes características ou estilos de resposta dos familiares relacionadas ao nível de incômodo, resposta emocional, atitudes acerca da doença, nível de tolerância e expectativas. O modelo de Vaughn e Leff (1981, 1985) foi eleito por considerar as relações entre elevada EE e estratégias de enfrentamento inadequadas (FALLOON; BOYD; MCGILL, 1984; GOLDSTEIN et al., 1989).

Desse modo, de acordo com as análises descritivas e as investigações empíricas das dimensões de EE, os itens foram generalizados para as seguintes áreas: incômodo, resposta emocional, atribuições da doença, e habilidades de enfrentamento. Os itens relacionados às atitudes e áreas de comportamento registrados na EFC também foram incluídos para o domínio comentários críticos -- CC: demonstrações de desagrado e para o superenvolvimento emocional -- SEE: autossacrifício excessivo. Para a realização da correspondência máxima com as categorias da EFC, um número de itens refletindo os critérios de avaliação da EFC foi generalizado para as áreas de comentários críticos e superenvolvimento emocional.

Para minimizar respostas imprecisas resultantes da tendência ao “desejo social”, os itens foram formulados de maneira que eles pudessem refletir o conceito de respostas negativas, não como uma falha do familiar, mas em termos de atribuição externa como uma medida corretiva necessária ou resultado de um estresse excessivo. Um item da PRS foi escolhido por atender a esse critério, o qual foi incluído no domínio relacionado ao SEE. Para evitar respostas estereotipadas, apenas quatro opções de respostas foram consideradas: nunca/muito raramente, raramente, frequentemente e muito frequentemente, sem valor médio.

O conjunto de itens foi submetido a uma equipe de especialistas em EE, incluindo profissionais que foram treinados como avaliadores da EFC por Vaughn ou da FMSS por Magaña, ou ambos. Esses especialistas eram psicólogos clínicos experientes e psiquiatras que tinham familiaridade com pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, seus familiares e a literatura de EE. Também, esses profissionais tinham vários anos de experiência no trabalho clínico em departamentos de psiquiatria ativa com participação em trabalhos com familiares de pacientes com esquizofrenia.

Os itens do *Family Questionnaire-FQ* foram avaliados de acordo com a facilidade de entendimento e aceitação dos familiares. Assim, a versão preliminar da FQ, contendo 130 itens foi aplicada em uma amostra de familiares.

A seleção dos familiares para participar da aplicação da FQ preencheu aos seguintes critérios: serem familiares de pacientes internados com diagnóstico de esquizofrenia, que moravam na mesma casa do paciente ou passavam pelo menos dez horas por semana com eles, anteriormente, à internação hospitalar.

A primeira amostra foi constituída por 76 familiares de 49 pacientes, e a segunda 79 familiares de 50 pacientes. A aplicação do FQ na primeira amostra teve como objetivos a análise e a redução dos itens da primeira versão do instrumento, e na segunda, os testes para a sua validação.

Cabe destacar, que a EE dos familiares foi avaliada pela EFC após a hospitalização do paciente. Os modelos de comportamento relevantes e os eventos de vida do paciente foram analisados durante os três meses que precederam sua internação, os sentimentos e atitudes dos familiares dos pacientes em relação a esses modelos e eventos de vida, também, foram observados.

Para o desenvolvimento da versão final do FQ com 20 itens, os dados foram processados e analisados utilizando-se o SPSS versão 6.1.3. Dos 130 itens utilizados na primeira amostra apenas 30 itens foram selecionados, pois apresentaram elevada correlação com os domínios CC e SEE da EFC. Essa versão abreviada foi utilizada com os familiares selecionados na segunda amostra para avaliação de sua validade e confiabilidade.

Para avaliação da validade de constructo do FQ, a análise fatorial foi conduzida utilizando as respostas emitidas pelos familiares da primeira e da segunda amostra, para o conjunto de 30 itens, uma vez que o número de participantes do primeiro estudo era inferior ao considerado adequado para realização desse teste estatístico. O fator de extração foi utilizado para análise dos componentes principais e o *scree test* foi utilizado para determinar qual o fator que seria extraído. Tanto a rotação ortogonal quanto a oblíqua foram utilizadas

para verificar a probabilidade de fortes inter-relações entre os componentes resultantes. Adiciona-se a isso, que a solução do fator ótimo foi separadamente testada em cada amostra para avaliar a sua estabilidade.

O instrumento FQ, também, foi correlacionado aos resultados obtidos da aplicação da EFC, entrevista considerada padrão ouro na avaliação de EE de familiares de pacientes com esquizofrenia, para analisar a validade de constructo convergente da versão original do instrumento.

Ao final, a soma dos pontos finais do FQ foi calculada. A confiabilidade (consistência interna) foi avaliada pelo alfa de Cronbach, tanto nas amostras combinadas quanto nas duas amostras separadamente. O teste de reprodutibilidade foi conduzido de acordo com o teste-reteste, com intervalo de aplicação das medidas de duas semanas.

Na aplicação do FQ na primeira amostra de familiares, o corte dos pontos que definiu baixa ou elevada EE foi determinado de acordo com a melhor concordância com as taxas encontradas no EFC. Esse corte de pontos, também, foi aplicado na segunda amostra de familiares. As diferenças significativas entre os grupos foram determinadas para análise da variância. A homogeneidade da variância foi verificada utilizando o teste de LEVENE.

De acordo com os resultados encontrados, destaca-se que o *Family Questionnaire – (FQ)* é um questionário para avaliar a EE de familiares de pacientes com esquizofrenia, na forma breve e autoaplicável. É de fácil aplicação, leva poucos minutos para ser respondido, e tem uma boa aceitação pelos familiares (WIEDEMANN et al., 2002).

O FQ contém 20 itens, divididos em dois domínios: Comentários Críticos (10 itens – 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20) e Superenvolvimento Emocional (10 itens – 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19), conforme Quadro 1.



Quadro1. Domínios do instrumento *Family Questionnaire* (FQ) segundo seus itens.

<b>Domínio CC</b>
2. Ich muß sie/ ihn immer wieder bitten, Dinge zu tun
4. Sie/ Er bringt mich in eine gereizte Stimmung
6. Ich muß mich mit Kritik an ihr/ ihm zurückhalten
8. Es fällt mir schwer, mich mit ihr/ ihm zu einigen
10. Sie/ Er zeigt keine Dankbarkeit für das, was ich für sie/ ihn tue
12. Sie/ Er kann mir auf die Nerven gehen
14. Manche Dinge tut sie/ er nur aus Trotz
16. Wenn sie/ er dauernd etwas von mir will, regt mich das auf
18. Ich muß sie/ ihn dazu auffordern, sich anders zu verhalten
20. Ich muß mich über sie/ ihn ärgern
<b>Domínio SEE</b>
1. Ich achte wegen ihr/ ihm nicht genug auf mich selbst
3. Ich mache mir Gedanken, was aus ihr/ ihm werden soll
5. Ich grübele über die Ursachen der Erkrankung nach
7. Ich konnte wegen ihr/ ihm nicht schlafen
9. Wenn mich etwas an ihr/ ihm stört, dann behalte ich es für mich
11. Für sie/ ihn stelle ich meine Bedürfnisse hintan
13. Ich mache mir große Sorgen um sie/ ihn
15. Ich habe gedacht, daß ich selber krank werde
17. Sie/ Er spielt eine bedeutende Rolle in meinem Leben
19. Ich habe wichtige Dinge aufgegeben, um ihr/ ihm zu helfen

Os itens dos dois domínios, CC e SEE, do FQ refletem diferentes situações que os familiares utilizam para enfrentar os seus problemas no cotidiano. No preenchimento do questionário, os familiares devem indicar com que frequência eles lidam com os pacientes com esquizofrenia em determinadas situações as respostas variam de nunca ou muito raramente, raramente, frequentemente e muito frequentemente, com intervalo possível de um a quatro, para cada item. Os familiares devem ser orientados para preencher apenas uma resposta para cada item. Quanto maior os escores maior número de comentários críticos e maior superenvolvimento emocional dos familiares são obtidos.

Os familiares são classificados com alta emoção expressa quando os valores obtidos alcançam 23 ou mais pontos no domínio comentários críticos, ou 27 ou mais no domínio

superenvolvimento emocional, com intervalo possível para cada domínio de 10 a 40 pontos. A validação do FQ mostrou que os dois domínios, CC e SEE apresentaram níveis altos de consistência interna com Alfa de Cronbach entre 0,8 e 0,92 (WIEDEMANN et al., 2002).

## **2.2 Etapas propostas para o processo de adaptação cultural**

Devido ao aumento do número de pesquisas multinacionais e em diferentes culturas, a necessidade de adaptar as medidas relacionadas ao estado de saúde para uso em outros idiomas, diferentes do original, cresceu consideravelmente (BEATON et al., 2000).

Os países ocidentais desenvolvidos foram os pioneiros na elaboração da maioria dos instrumentos de avaliação utilizados em pesquisa e na clínica psiquiátrica. Os instrumentos, com raras exceções foram desenvolvidos de acordo com os conceitos, os formatos, as normas e as expectativas prevalentes nos países de sua origem. Para que os instrumentos de avaliação sejam utilizados em contextos socioculturais distintos, é necessário identificar se o mesmo tem significado para populações etnoculturais diferentes (JORGE, 2008).

Considera-se que a cultura é uma rede de significados construída pelo próprio sujeito, compartilhada pelo grupo social, e que serve de orientação para a conduta dos seus membros. Ela está relacionada com as estruturas de significados estabelecidas socialmente (ANJOS, 2005). Todas as culturas possuem formas elaboradas tanto para transferir um indivíduo de uma categoria social para outra, quanto para confiná-lo. Para compreender as reações das pessoas à doença, é necessário compreender o tipo de cultura em que foram educadas ou assimilaram, por convivência (HELMAN, 1994).

Portanto, os instrumentos de avaliação construídos em outra cultura necessitam de um processo de tradução e adaptação abrangentes, objetivando uma equivalência cultural para a sua aplicação (JORGE, 2008).

O termo adaptação cultural é utilizado por englobar um processo com enfoque na linguagem (tradução) e na adequação cultural durante a preparação de um instrumento para uso em outro cenário (BEATON et al., 2000).

A adaptação cultural tem a vantagem de evitar a construção de um questionário o qual se trata de um processo longo e estritamente controlado. Adicionado a isso, um instrumento já validado tem muitas facilidades para o desenvolvimento de estudos internacionais e a comparação de grupos culturais diferentes dentro de um país (JORGE, 1998). Além disso, para os instrumentos construídos em outras línguas deve-se considerar a importância do idioma, em relação às expressões coloquiais e idiomáticas (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Pesquisas sobre adaptação cultural são historicamente focadas na identificação e quantificação das diferenças culturais e envolve a comparação de culturas. O processo de tradução envolve duas etapas: linguística e psicométrica. A primeira etapa compreende a tradução dos conceitos (atributos) mensurados pela versão original de um instrumento para conceitos equivalentes em outras línguas. A segunda consiste no teste psicométrico do instrumento. Essa etapa é fundamental, pois a equivalência das características mensuradas pode ser demonstrada apenas por meio de análises das suas propriedades de medidas e a consistência com o instrumento original. Algumas falhas podem acontecer durante a adaptação cultural de um instrumento. Nessa direção, três tipos de falhas são considerados em uma pesquisa de adaptação cultural: falha no método, no item e no constructo. A primeira pode estar associada às condições físicas durante a administração. A segunda refere-se à tradução inadequada ou inapropriada do item formulado, incluindo tradução inapropriada da escala de resposta, e a terceira ocorre quando a medida do constructo não é idêntica entre os grupos culturais (FAYERS; HAYS, 2005).

A escolha adequada da metodologia utilizada para adaptar culturalmente um instrumento de medida permite a inclusão de variáveis específicas próprias da cultura. Também, permite a utilização de linguagem simples, clara e de fácil acesso à população (BANDEIRA; CALZAVARA; VARELA, 2005).

Reconhece-se que não há consenso acerca da melhor metodologia para realizar a tradução e adaptação de um instrumento. Nesse sentido algumas etapas a serem seguidas contemplando os passos essenciais estão descritos a seguir:

A primeira etapa da adaptação cultural de um instrumento refere-se à tradução inicial do instrumento, a qual é realizada de forma independente, por dois tradutores diferentes e nativos da língua-alvo que conheçam os objetivos do estudo e os conceitos envolvidos (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; GUILLEMIN, 1995; BEATON et al., 2000).

Na segunda, os tradutores são informados acerca dos objetivos da pesquisa e os conceitos contidos no instrumento. As duas traduções devem ser comparadas e, na presença de discrepâncias, modificadas, com o objetivo de obter uma versão de consenso das traduções do instrumento. O instrumento traduzido deve ter o mesmo significado de cada um dos itens do instrumento original, bem como, a preservação da sua originalidade (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; GUILLEMIN, 1995; BEATON et al., 2000).

A terceira consiste na retrotradução – “back-translation”. Nessa etapa a versão do instrumento obtida na etapa anterior será traduzida novamente para a língua de origem, de forma a garantir o conteúdo da versão original. Os tradutores devem ser no mínimo dois,

bilíngues, natos ou fluentes da língua original do instrumento, de preferência leigos no assunto. Recomenda-se realizar no mínimo duas retrotraduções. Em seguida, a versão original e as versões traduzidas necessitam ser comparadas para que erros de tradução e interpretações equivocadas sejam corrigidos (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; GUILLEMIN, 1995; BEATON et al., 2000).

Na quarta, um comitê de juízes deve ser composto pelos pesquisadores, indivíduos bilíngues, especialistas nos conceitos a serem explorados e que sejam representativos do grupo em questão, com o objetivo de realizar as mudanças necessárias no instrumento, para garantir a equivalência cultural quanto à semântica, cultura, idioma e conceito (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; GUILLEMIN, 1995; BEATON et al., 2000).

A equivalência semântica tem como objetivo avaliar o significado das palavras de cada item do instrumento, a fim de preservar o seu significado e a formulação dos termos. A equivalência cultural permite verificar se os itens do instrumento refletem experiências próprias de cada cultura. A equivalência idiomática, por outro lado, avalia as expressões coloquiais ou idiomáticas de difícil tradução. A equivalência conceitual avalia os termos que capturam conceitos ou significados de ambas as culturas. Nessa etapa, a versão original deverá ser apresentada e disponibilizada para todos os membros do comitê de especialistas (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; GUILLEMIN, 1995; BEATON et al., 2000).

A quinta etapa, o pré-teste, consiste na aplicação da versão pré-final do instrumento em 30 a 40 indivíduos da população-alvo da pesquisa, com o objetivo de avaliar a compreensão, a pertinência, aprovação e relevância cultural pelos participantes. Cada participante deve responder o instrumento e, em seguida, responder sobre sua impressão a respeito de cada um dos itens. Esse procedimento visa garantir a adaptação, a equivalência e sua aplicabilidade na população para qual foi proposto, bem como, esclarecer e refinar a redação dos itens e verificar o tempo de aplicação do instrumento (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; GUILLEMIN, 1995; BEATON et al., 2000).

A última etapa, ponderação dos escores, deve considerar a adaptação dos escores ao contexto cultural, pode englobar a submissão de todos os relatórios e etapas percorridas por especialistas, ou seja, profissionais da área da saúde, pacientes ou pessoas leigas, ou realizar análise estatística obtida por uma amostra de participantes, ou ainda, considerar adequado os escores do instrumento original (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; GUILLEMIN, 1995; BEATON et al., 2000).

De acordo com estudos nacionais sobre adaptação cultural de instrumentos, constatamos que muitos autores utilizaram essas etapas em suas pesquisas (CICCONELLI, 1997; KIMURA,

1999; FONSECA et al., 2005). Porém buscando aprimorar o processo metodológico, alguns autores propõem a modificação ou inclusão de algumas etapas para realização da adaptação cultural de instrumentos.

Dentre as modificações propostas destacamos a realização de uma síntese das traduções obtidas na tradução inicial do instrumento e avaliação pelo comitê de juízes anteriormente à retrotradução, para que os erros ou dificuldade de compreensão possam ser identificados de forma a garantir o objetivo da retrotradução (FERRER et al., 1996). Nessa vertente, pesquisadores brasileiros ainda acrescentam a essa proposta a inclusão da análise ou validação semântica, a qual é considerada um ingrediente essencial em todo o processo. Sua finalidade é identificar a compreensão dos entrevistados acerca dos itens ou se eles modificariam alguns deles. O seu objetivo é verificar se os itens são inteligíveis para o estrato mais baixo da população alvo e evitar deselegância para o estrato mais sofisticado. Para sua realização é necessário a seleção de um grupo composto por até quatro indivíduos a fim de verificar o entendimento de cada item (ECHEVARRIA-GUANILO, 2005; FERREIRA, 2006; DANTAS, 2007; PELEGRINO, 2009).

### 2.3 Avaliação das propriedades de medida do instrumento

Após a adaptação cultural do instrumento as suas propriedades de medida devem ser avaliadas. Para que as propriedades de medida do instrumento sejam fidedignas, ele precisa ser avaliado em relação à sua validade e confiabilidade (BOWLING, 1994).

Os testes psicométricos são componentes essenciais para avaliar ou atingir a equivalência transcultural dos instrumentos (FAYERS; HAYS, 2005).

A **validade** é a capacidade de um instrumento em medir aquilo que ele se propõe a medir, ou seja, o construto para o qual foi desenvolvido (AARONSON et al., 2002; FAYERS; MACHIN, 2007). A validade de um instrumento pode ser analisada de acordo com sua validade de face ou aparente, de conteúdo, de critério e de constructo (BOWLING, 2005).

A **validade de face** ou aparente está relacionada ao modo como outras pessoas percebem a medida do instrumento, trata-se da avaliação, por conhecedores do tema em questão, se o conceito medido é o pretendido pelo pesquisador. É uma forma de validade de conteúdo (FAYER; MACHIN, 2007).

A **validade de conteúdo** ocupa-se com o rigor do método em que o instrumento foi construído e o objetivo da medida para o que foi proposto, ou seja, se o instrumento alcança o mesmo grau de medida em todos os seus itens (FAYER; MACHIN, 2007; BOWLING, 2005).

A **validade de critério** está relacionada ao grau em que o instrumento produz resultados semelhantes a outros instrumentos já existentes e válidos para avaliar o mesmo construto. Ela considera se a escala tem associação empírica com um critério externo, assim como, com outros instrumentos. Pode ser classificada em concorrente, de acordo com outras variáveis válidas e confiáveis, ou seja, quando a medida produzida pelo instrumento é semelhante à de outro já existente e administrado em um mesmo momento, ou preditiva, se a medida identificada prediz algum evento futuro (FAYER; MACHIN, 2007; BOWLING, 2005).

Já a **validade de constructo** avalia se o instrumento mede realmente seu constructo de interesse, examina a relação teórica entre os itens e as hipóteses do instrumento. É a mais complexa, pois está relacionada à habilidade do instrumento em confirmar hipóteses estabelecidas. Alguns métodos são propostos para confirmação da validade de constructo, entre eles estão a validade convergente e validade discriminante ou divergente. Outras formas de validade de constructo também são descritas, a análise fatorial e validade entre grupos conhecidos (FAYER; MACHIN, 2007; PASQUALI, 2001; WALTZ; STRICKLAND; LENZ, 2005).

A **validade de constructo convergente** refere-se à alta correlação entre as medidas de instrumentos que avaliam constructos afins, ou seja, constructos relacionados (PASQUALI, 2001).

A **validade de constructo discriminante** ou divergente analisa se duas medidas que teoricamente avaliam constructos diferentes apresentam baixa correlação linear (PASQUALI, 2001).

Para que a validade de constructo convergente e divergente seja avaliada é recomendado estabelecer anteriormente hipóteses sobre a relação entre as variáveis estudadas e as medidas de comparação (BOWLING, 2005).

A **validade entre grupos conhecidos** trata-se de uma forma de validade discriminante e tem como objetivo avaliar se o instrumento testado é capaz de discriminar as diferenças entre os grupos, baseando-se na suposição de que grupos de indivíduos são entendidos como diferentes em relação ao constructo medido (SCIENTIFIC ADVISORY COMMITTEE OF THE MEDICAL OUTCOMES, 2002).

A **análise dos componentes principais** é outro teste para avaliar a validade de constructo de um instrumento a partir da análise das dimensões ou componentes do instrumento adaptado, identificando a estrutura de correlações entre os diferentes itens do instrumento. É realizada de acordo com procedimentos matemáticos que identificam

agrupamentos de variáveis a partir da análise das intercorrelações entre elas e cada agrupamento, denominado fator ou componente (WALTZ; STRICKLAND; LENZ, 2005).

Para interpretação dos itens do instrumento é necessário a utilização de procedimentos de rotação dos fatores. Os métodos de rotação permitem obter fatores com maior potencial de interpretação, sendo o mais conhecido o método VARIMAX. Esse método pertence a uma classe de métodos de rotação denominada rotações ortogonais, cuja característica básica é gerar fatores não correlacionados entre si (ARTES; BARROSO, 2008).

A **confiabilidade** refere-se à capacidade de um instrumento medir com precisão, consistência e estabilidade ao longo do tempo o atributo que se pretende medir. A principal definição do teste de confiabilidade é o grau pelo qual um instrumento é livre de erro aleatório (PASQUALI, 2001).

Para avaliar a confiabilidade de um instrumento é necessário verificar sua consistência interna -- se as questões do instrumento correlacionam ou são complementares entre si, utilizando o coeficiente Alfa de Cronbach; a estabilidade utilizando o teste-reteste -- grau em que o instrumento produz escores estáveis através do tempo; e a equivalência -- porcentagem de concordância entre observadores (AARONSON et al., 2002; POLIT; HUNGLER, 1999).

O Alfa de Cronbach é utilizado para verificar se o instrumento como um todo mede apenas o atributo proposto. Ele reflete o grau de co-variância entre os itens do instrumento. Os valores do Alfa de Cronbach variam de 0 a 1 de acordo com a proposição de que as correlações entre os itens são positivas. Os valores considerados altos são aqueles superiores a 0,5 (BOWLING, 2005).

A **reprodutibilidade** é a capacidade do instrumento de produzir resultados iguais, quando ele é aplicado em momentos distintos não muito distantes (teste-reteste) ou quando, no mesmo momento é aplicado por observadores diferentes à mesma amostra (interobservador) (FAYER; MACHIN, 2007). Para **teste-reteste** os resultados obtidos das duas aplicações são comparados, mediante uma correlação (BOWLING, 1994).

### *3 Objetivos*



### 3.1 Geral

- Realizar a adaptação cultural e a validação do *Family Questionnaire* (FQ), proposto por Wiedemann, Rayki, Feinstein e Hahlweg (2002) para a língua portuguesa.
- Testar as propriedades psicométricas da versão adaptada em uma amostra de familiares de pacientes com esquizofrenia no Brasil.

### 3.2 Específicos

- Avaliar a validade de constructo da versão adaptada do FQ por meio de análise do componente principal;
- Avaliar a validade de constructo convergente da versão adaptada do FQ associando seus resultados com os obtidos pelo Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky;
- Avaliar a validade de constructo da versão adaptada do FQ, comparando os resultados obtidos entre grupos distintos;
- Avaliar a confiabilidade da versão adaptada do FQ por meio da consistência interna dos itens dos seus domínios;
- Avaliar a reprodutibilidade da versão adaptada do FQ por meio do teste-reteste.

## *4 Método*

Trata-se de um estudo metodológico cujo enfoque foi realizar a adaptação e validação de um instrumento para avaliar a emoção expressa de familiares de pacientes com esquizofrenia no contexto brasileiro. O estudo metodológico não abrange todas as etapas do processo de pesquisa. O interesse do pesquisador consiste em identificar um constructo intangível e torná-lo tangível como uma ferramenta de papel e lápis ou protocolo de investigação. Para este estudo são incluídos basicamente testes de confiabilidade e validade da ferramenta, além de outras etapas quando necessário (LO-BIONDO; HABER, 2001).

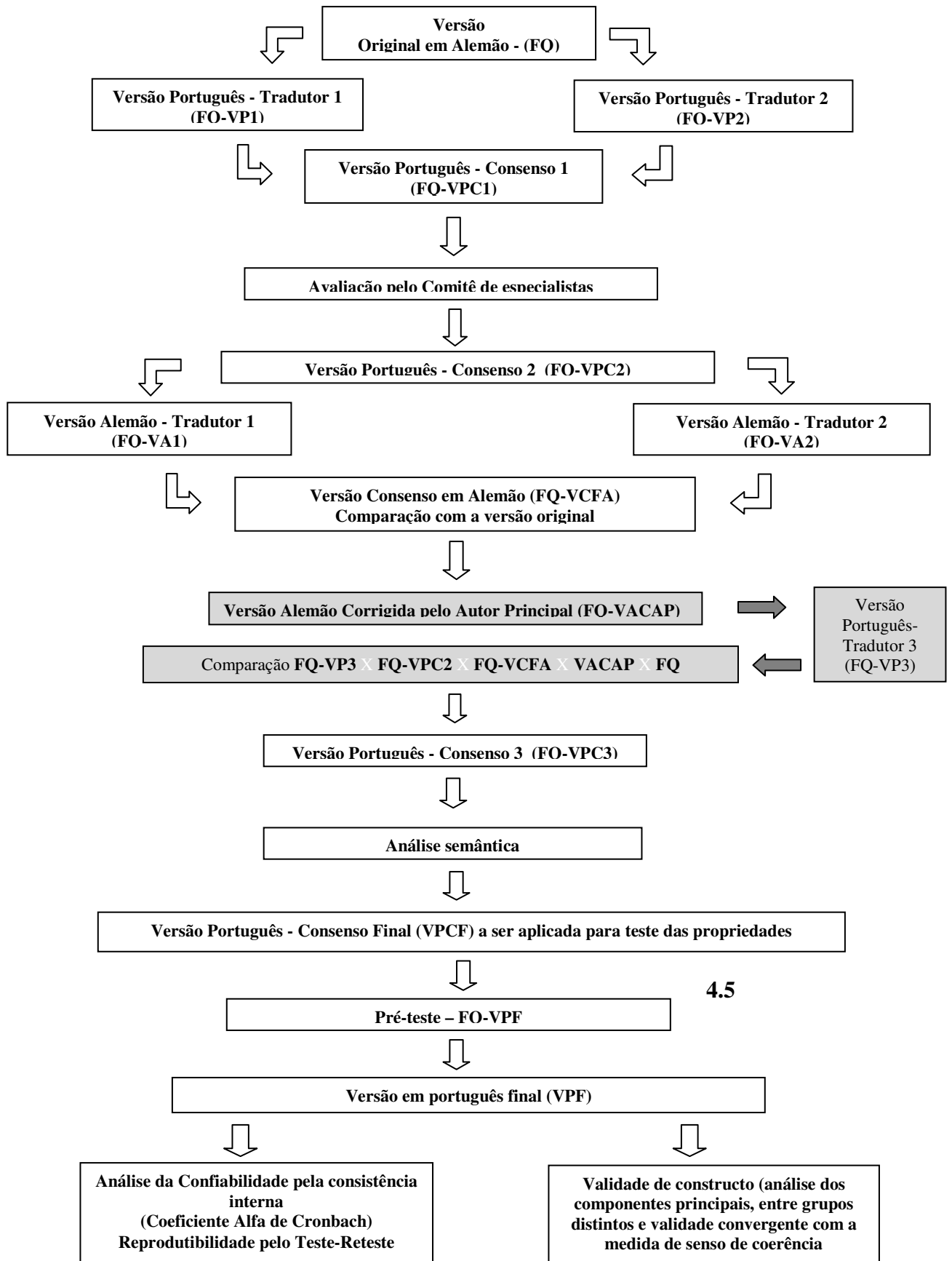
#### **4.1 Permissão do autor principal para a adaptação cultural e uso do instrumento**

A permissão formal para a adaptação cultural do *Family Questionnaire-FQ* foi concedida por meio de correio eletrônico, pelo autor principal, Georg Wiedemann (ANEXO A) que mantém os direitos autorais do instrumento. Após a permissão de uso o autor também enviou a versão original do FQ, na língua alemã (ANEXO B) e a versão do FQ publicada na língua inglesa (ANEXO C).

#### **4.2 Processo de adaptação cultural do FQ no Brasil**

Para a adaptação cultural do FQ foram seguidas as etapas propostas por Ferrer e colaboradores (1996) e já utilizadas em outros estudos brasileiros: tradução do instrumento para língua portuguesa; obtenção do primeiro consenso das versões em português; avaliação pelo comitê de especialistas; *Back-translation*; obtenção do consenso das versões em alemão e comparação com a original; avaliação semântica dos itens; pré-teste da versão em português (ECHEVARRIA-GUANILO, 2005; FERREIRA, 2006; DANTAS, 2007; PELEGRINO, 2009).

Para melhor visualização, as etapas percorridas para o processo de adaptação e validação cultural do *Family Questionnaire-FQ*, são apresentadas na Figura 1:



**Figura 1.** Processo de adaptação cultural do “Family Questionnaire – FQ”

#### 4.2.1 Tradução do instrumento para a língua portuguesa

Para essa etapa, foram selecionados dois tradutores, bilíngues, ou seja, com amplo domínio da língua alemã e da portuguesa, e nativos do Brasil.

Primeiramente a **versão original do FQ**, na língua alemã, foi encaminhada para duas tradutoras, psicólogas, conhecedoras de termos técnicos próprios da área da saúde, sendo uma delas professora da língua alemã em uma escola de idiomas da cidade. Após esclarecimentos da natureza e objetivo do estudo, pela pesquisadora, foi solicitado às tradutoras que a versão do instrumento para a língua portuguesa fosse realizada de forma independente, preservando a equivalência semântica de todos os itens do instrumento original. Como resultado desta etapa obteve-se as duas versões do instrumento original em português: **FQ - Versão em Português 1 (FQ-VP1)** (ANEXO D) e **FQ - Versão em Português 2 (FQ-VP2)** (ANEXO E).

#### 4.2.2 Obtenção do primeiro consenso das versões FQ - Versão em Português 1 (FQ-VP1) e FQ - Versão em Português 2 (FQ-VP2).

Para a obtenção do consenso entre as duas tradutoras e as pesquisadoras--pesquisadora principal e orientadora, foi realizada uma reunião, em uma sala previamente agendada, na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - EERP-USP, em 03 de outubro de 2008.

Nessa reunião, conduzida pelas pesquisadoras, foram esclarecidos às tradutoras o objetivo da atividade, ou seja, analisar as diferenças ocorridas no processo de tradução do instrumento. Para tanto, foram oferecidas as cópias das versões do **FQ-VP1** e do **FQ-VP2** e da versão original para as tradutoras. Após a leitura do instrumento pelas tradutoras foram realizadas as discussões em conjunto com as pesquisadoras para a obtenção do consenso sobre a tradução. As correções e justificativas foram anotadas pelo pesquisador principal. As frases de melhor expressão foram selecionadas. Algumas palavras foram acrescentadas, retiradas ou substituídas como: “repetidamente” por “várias vezes”, “motivo” por “causa”, “incomoda” por “irrita”, dar nos nervos” por “nervoso”. Ao final da reunião obteve-se a versão consensual do FQ na língua portuguesa **FQ - Versão em Português Consenso 1(FQ-VPC1)** (APÊNDICE A).

### 4.2.3 Avaliação pelo Comitê de especialistas

Nesta etapa, o instrumento **FQ-VPC1** foi submetido a um Comitê de especialistas, composto pelas pesquisadoras e oito profissionais, sendo uma psicóloga docente e uma enfermeira da EERP-USP, ambas especialistas e pesquisadoras na metodologia adotada no presente estudo, três médicos psiquiatras com vasta experiência no atendimento de familiares de pacientes com transtorno mental, uma psicóloga e uma auxiliar de enfermagem com experiência no trabalho com familiares de pacientes com esquizofrenia e uma tradutora bilíngue. Esses especialistas foram convidados considerando a experiência no atendimento de familiares de pacientes com esquizofrenia, conhecimento em pesquisas metodológicas para o desenvolvimento de validação de instrumentos e domínio da língua portuguesa.

Após consulta da disponibilidade de dia e horário dos especialistas, a reunião com o comitê de especialistas foi, também, realizada na EERP-USP em 23 de outubro de 2008. No início da reunião as pesquisadoras esclareceram aos especialistas os objetivos e a natureza do estudo, ou seja, avaliar as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual dos itens do **FQ-VPC1**.

Para tanto, foram distribuídas cópias do **FQ-VPC1** para cada um dos membros do comitê. Em seguida, uma das pesquisadoras leu pausadamente, primeiramente as instruções para o preenchimento do instrumento e depois cada item do instrumento, com pausas para discussão e análise dos participantes. Algumas discrepâncias foram levantadas em relação a frases que poderiam sugerir alguns itens de resposta como: "sempre" e "algumas vezes" e optamos por retirá-las. Com essa reunião obteve-se a segunda versão em português consensual do FQ (**FQ-VPC2**) (APÊNDICE B).

### 4.2.4 *Back-translation* da **FQ-VPC2**.

A etapa, *back-translation* consiste em traduzir de volta, ou seja, traduzir a **FQ-VPC2** para o idioma de origem, língua alemã.

Para o desenvolvimento desta etapa foram selecionados dois tradutores, bilíngues, natos e fluentes na língua alemã, com domínio da língua portuguesa e cultura brasileira. O primeiro tradutor é um professor de línguas e de origem alemã e o segundo, também, professora de línguas, de origem alemã e com graduação em Enfermagem, ambos residentes na cidade de Ribeirão Preto-SP.

Após contato inicial para esclarecimentos da atividade a ser realizada, a pesquisadora solicitou aos tradutores que realizassem a versão para a língua alemã da **FQ-VPC2**, em duas versões de forma independente. Cabe informar que os tradutores não tiveram contato com o

instrumento original, nem informações acerca dos objetivos e dos conceitos do FQ. Ao final desta etapa foram obtidas as duas versões em alemão, denominadas **FQ – Versão em Alemão 1 (FQ-VA1)** (ANEXO F) e a **FQ – Versão em Alemão 2 (FQ-VA2)** (ANEXO G).

#### **4.2.5 Obtenção do consenso das versões FQ-VA1 e FQ-VA2 e comparação com a original *Family Questionnaire-FQ***

Essa etapa teve como objetivo consolidar todas as versões e componentes do instrumento, incluindo a versão original, as instruções, o sistema de pontuação e as versões traduzidas. Para a obtenção do consenso entre os dois tradutores e a pesquisadora principal do estudo foi realizada uma reunião, no dia 26 de novembro de 2008, na EERP-USP.

Inicialmente foram explicados aos tradutores os objetivos dessa etapa. Após os esclarecimentos necessários foram entregues as cópias das versões traduzidas dos **FQ-VA1** e **FQ-VA2** e a **versão original** em alemão para comparação de possíveis diferenças semânticas. A pesquisadora principal procedeu à leitura pausada das instruções de preenchimento do instrumento e cada item do instrumento para discussão e consenso entre os tradutores. As modificações realizadas foram anotadas pela pesquisadora principal.

Como resultado foi obtida uma nova versão do instrumento em alemão: **FQ - Versão Consenso Final em Alemão (FQ-VCFA)** (APÊNDICE C).

A versão **FQ – VCFA** foi comparada com a versão original do FQ, com o objetivo de identificar as semelhanças e diferenças entre os instrumentos (original e adaptado). Essa versão foi enviada por correio eletrônico ao autor do instrumento original para avaliação de possíveis diferenças (ANEXO H). Após a análise do FQ-VCFA pelo autor algumas modificações foram feitas. Desse modo, obteve-se o **FQ – Versão em Alemão Corrigida pelo Autor Principal (FQ-VACAP)** (ANEXO I).

De posse do **FQ-VACAP**, foi realizada, ainda, outra reunião entre as pesquisadoras e um dos membros do comitê de especialistas, com amplo conhecimento na metodologia para validação de instrumentos, para a tomada de decisão quanto ao processo a ser adotado após as correções do autor principal com vistas à adaptação cultural do instrumento.

Nesta reunião optou-se por realizar a tradução para o português da versão que sofreu alterações em função das sugestões emanadas do autor principal, como também, submeter o **FQ-VACAP** a um tradutor bilíngue, estrangeiro, já participante do estudo, a fim de garantir que a versão em português construída anteriormente (**FQ-VPC2**) apresentasse equivalência semântica com a versão corrigida pelo autor principal.

Após essa etapa, uma nova versão do **FQ-Versão em Português 3 (FQ-VP3)** (ANEXO J) foi obtida na língua portuguesa.

A próxima etapa consistiu em realizar outra reunião com a finalidade de analisar as mudanças necessárias no instrumento para a construção de um novo consenso em português. Nessa reunião, realizada em 06 de março de 2009, participaram os dois tradutores estrangeiros responsáveis pelo **FQ-VCFA** e **FQ-VP3** e a pesquisadora principal. Primeiramente, a pesquisadora entregou as cópias do **FQ-VP3**, **FQ-VPC2**, **FQ-VCFA**, **FQ-VACAP** e a **versão original** do instrumento em alemão para os tradutores.

Em seguida realizou a leitura pausadamente das instruções de preenchimento do instrumento e de cada item do instrumento, solicitando aos tradutores que as possibilidades de mudança fossem avaliadas e amplamente discutidas, elegendo-se a opção mais apropriada e que mantivesse o mesmo significado da versão original. As modificações foram registradas pela pesquisadora principal. Os tradutores estrangeiros concluíram, em conjunto com a pesquisadora principal, que as modificações sugeridas pelo autor principal estavam relacionadas às diferenças linguísticas entre o alemão e o português, ou seja, na língua portuguesa utiliza-se de vários significados para uma mesma palavra, o que não ocorre na língua alemã. Portanto, as correções sugeridas pelo autor original não modificavam o sentido dos itens, não sendo necessário realizar novamente todos os passos da adaptação cultural do instrumento.

Portanto, as versões apresentadas foram comparadas e obteve-se ao final o consenso da versão **FQ-Versão em Português Consenso 3 (FQ-VPC3)** (APÊNDICE D).

#### **4.2.6 Avaliação semântica dos itens do FQ-VPC3 emitidos pelos familiares**

Para o desenvolvimento dessa etapa foram selecionados três familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia com registro no prontuário do paciente e que faziam seguimento em um serviço ambulatorial de Ribeirão Preto-SP.

O primeiro familiar selecionado foi uma mãe, dona de casa, com quatro anos de estudo. O segundo, era a filha, dona de casa, oito anos de estudo, e o terceiro, também, filho, pai com quatro anos de estudo.

Todos os familiares mantinham contato diário com os pacientes com esquizofrenia, são brasileiros e com condições cognitivas que permitissem sua participação no estudo. Nenhum dos familiares tinha diagnóstico psiquiátrico.

Todos os familiares foram informados sobre os objetivos do estudo e o motivo de sua participação. Após a concordância em participar do estudo, os objetivos dessa etapa de



validação do instrumento foram esclarecidas, ou seja, avaliação da clareza e entendimento do instrumento, bem como, apresentar sugestões de mudanças que facilitassem o seu entendimento.

Essa etapa foi realizada em 20 de março de 2009, individualmente, em sala privativa, em um Serviço Ambulatorial de Ribeirão Preto-SP. As instruções e os itens dos instrumentos foram lidos pausadamente, pela pesquisadora, sempre perguntando ao familiar se estava compreendendo cada item. Os familiares verbalizaram dificuldade quanto ao primeiro item de resposta por conter duas variáveis: nunca e raramente, por isso, a palavra nunca foi retirada. Além disso, os termos frequentemente e muito frequentemente, de acordo com os familiares participantes, podem causar confusão, relacionada ao grau de entendimento, pois não são palavras muito utilizadas em seu cotidiano, nessa vertente foram substituídos pelos termos quase sempre e sempre. O resultado final dessa etapa foi a construção do **FQ-Versão em Português Consenso Final (FQ-VPCF)** (APÊNDICE E).

#### **4.2.7 Pré-teste da versão em português: FQ - Versão em Português Consenso Final (FQ-VPCF)**

(APÊNDICE F)

Para o pré-teste a **FQ-VPCF** foi aplicada, individualmente, a uma amostra de 30 pessoas pertencentes à população-alvo, ou seja, familiares de pacientes com esquizofrenia que preencheram os critérios de seleção desse estudo. O período para a aplicação do pré-teste foi de duas semanas, o local selecionado foi o Núcleo de Saúde Mental do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - NSM/CSE/FMRP-USP. O convite para participação foi realizado no momento da pré ou pós consulta de enfermagem ao familiar que acompanhava o paciente com esquizofrenia na consulta médica no serviço em questão.

Para sua aplicação foi realizada uma leitura conjunta com a pesquisadora das instruções de preenchimento e de cada item do instrumento. Após o preenchimento, cada participante foi questionado quanto à compreensibilidade do instrumento e dificuldade para o seu preenchimento. Os participantes apresentaram boa aceitação do instrumento e não houve queixas em relação à compreensibilidade dos itens. É importante destacar que não houve alterações na **FQ – VPCF** após o término do pré-teste.

Portanto, o instrumento **FQ – VPCF** foi renomeado **FQ-Versão em Português final (FQ-VPF)** (APÊNDICE F).

### **4.3 Procedimento de coleta de dados**

#### **4.3.1 Local do estudo**

O estudo foi realizado no Núcleo de Saúde Mental do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - NSM/CSE/FMRP-USP, no Ambulatório de Reabilitação Psicossocial – AREP do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – HC/FMRP-USP, no Grupo de Pacientes em Uso de Antipsicóticos Atípicos-GRUMA do HC/FMRP-USP e na Unidade de Esquizofrenia e outros Transtornos Delirantes-APQE do Serviço Ambulatorial de Clínica Psiquiátrica do HC/FMRP-USP.

##### **4.3.1.1 Apresentação dos locais de coleta de dados**

O Núcleo de Saúde Mental-NSM está vinculado à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP, através de Centro de Saúde Escola-CSE, e tem a tripla função de assistência, ensino e pesquisa. Isto o situa como instituição produtora de conhecimento, formadora de pessoal qualificado e inserido no Sistema Único de Saúde-SUS.

O NSM caracteriza-se como um ambulatório de especialidades, que oferece assistência para pessoas com patologias psiquiátricas e ou psicológicas exceto urgências psiquiátricas e fármaco-dependência. O atendimento aos pacientes é das 8:00 às 17:00 horas, com intervalo de uma hora para almoço. A estrutura física compreende três salas de consultório para o atendimento individual de adultos, uma sala para grupos e reuniões, uma sala de recepção e espera, uma sala de enfermagem, uma copa para os funcionários e dois banheiros.

Destina-se às pessoas que residem na área de abrangência do Distrito Sanitário do CSE, que corresponde a aproximadamente 160 mil habitantes. Existem aproximadamente 1500 pacientes adultos matriculados neste serviço. Destina-se, também, aos estagiários e residentes dos cursos correlacionados à saúde mental, a saber, psiquiatria, psicologia e enfermagem psiquiátrica. Além disso, docentes e pesquisadores das diversas áreas da saúde também têm o NSM como campo de pesquisas.

A equipe de atendimento é composta por quatro médicos psiquiatras, uma auxiliar de enfermagem, um agente administrativo, uma psicóloga, uma funcionária de serviços gerais, alunos e residentes.

O AREP está localizado no 3º andar do HCFMRP-USP, na unidade C e oferece atendimento voltado à reabilitação psicossocial de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia.

O GRUMA funciona desde 1999 no 3º andar do HCFMRP-USP, também localizado na unidade C. Esse serviço surgiu da necessidade de formalizar o atendimento ao grupo de pacientes em uso de clozapina e aos seus familiares. Os pacientes ali atendidos são aqueles com diagnóstico de esquizofrenia que obtiveram melhor controle de sua doença com o uso dos antipsicóticos atípicos.

A Unidade Ambulatorial de Esquizofrenia e outros transtornos delirantes oferece atendimento a pacientes com diagnósticos de esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo e outros transtornos delirantes. Nesta unidade são atendidos cerca de 8 a 10 pacientes por período, às quartas-feiras, no período da tarde. O retorno à consulta ambulatorial, para a maioria dos pacientes, é mensal, podendo haver variações de acordo com a necessidade de cada caso. O atendimento é realizado por residentes do primeiro e segundo ano de psiquiatria. Os residentes ficam por dois meses em estágio neste ambulatório. Os residentes são supervisionados por um médico contratado pelo hospital.

O campo de estudo foi escolhido por conter uma população representativa do contingente de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, não internados em instituições de assistência, porém necessita de atenção e/ou acompanhamento psiquiátrico, inclusive no que se refere ao controle de medicamentos.

#### **4.3.2 População do estudo**

A população do estudo foi constituída por familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, confirmado no prontuário dos pacientes, em seguimento nos serviços selecionados para o estudo.

Critérios de seleção: familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos, com todos os níveis de escolaridade ou analfabetos, com nacionalidade brasileira, que convivem no mesmo domicílio do paciente com diagnóstico de esquizofrenia há mais de seis meses, e que concordaram em participar do estudo. O tempo de convivência foi estabelecido pelos autores baseado na experiência com os familiares de pacientes com esquizofrenia.

De acordo com exemplos de pesquisas hipotéticas e reais foi demonstrado que subamostras de 50 e no máximo de 100 sujeitos são suficientes para representar e analisar adequadamente as propriedades psicométricas de medidas de constructos sociais, comparando

com a amostra de dez respondentes por item do questionário, preconizada pela psicometria tradicional, a qual pode ser classificada como acima do necessário para se chegar a uma conclusão desejável. Portanto, uma amostra de até 100 sujeitos é suficiente para verificar as propriedades psicométricas de um instrumento que está sendo testado em outra população (SAPNAS; ZELLER, 2002).

Nessa vertente, para o estudo de validação desse instrumento foram selecionados 100 familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia que atenderam aos critérios de seleção do estudo.

### **4.3.3 Instrumentos de coleta de dados**

Para coleta de dados utilizou-se a versão **FQ-Versão Português Final (FQ-VPF)**, o **Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky** (ANEXO L) e um roteiro estruturado para obtenção dos dados sociodemográficos dos familiares (idade, sexo, escolaridade, estado civil, grau de parentesco, tempo de convivência com o paciente) e dos pacientes (idade, sexo, escolaridade tempo de doença, e número de internações nos últimos dois anos) (APÊNDICE G).

#### **4.3.3.1 Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky – QSCA.**

Esse instrumento foi originalmente desenvolvido por Antonovsky (1987) para medir o senso de coerência. De acordo com o autor o constructo de senso de coerência é uma orientação global, uma maneira de olhar o mundo, uma orientação para a ação mais do que a resposta a uma situação específica, ou seja, uma maneira de lidar com estressores sem a influência da cultura dos indivíduos.

O questionário é composto por três componentes associados ao constructo senso de coerência: compreensão, manejo e significado (ANTONOVSKY, 1987, 1993). Trata-se de um instrumento fechado e sistematizado contendo 29 itens distribuídos segundo os três componentes sendo que: 11 itens referem-se ao componente da compreensão (itens 1, 3, 5, 10, 12, 15, 17, 19, 21, 24 e 26), dez itens relacionam-se ao componente manuseio (itens 2, 6, 9, 13, 18, 20, 23, 25, 27 e 29) e oito ao componente significado (itens 4, 7, 8, 11, 14, 16, 22 e 28). Esse questionário pode ser utilizado na forma de entrevista ou de autoaplicação. As respostas aos itens são obtidas através de uma escala de sete pontos, com os valores extremos variando de um (1) a sete (7), no qual o valor um representa o mais fraco senso de coerência-SC e o sete o mais forte. Esses números são inseridos nos extremos da escala de resposta e sob eles há duas frases âncoras para informar ao respondente como o item deve ser

considerado na sua resposta. Dos 29 itens, 13 são respondidos em uma escala reversa de valores, ou seja, valores maiores indicam menor SC (itens 1, 4, 5, 6, 7, 11, 13, 14, 16, 20, 23, 25 e 27). Quando os valores são somados para se obter o valor total do SC, esses 13 itens precisam ter seus valores revertidos, ou seja, o valor 7 será transformado em um, o seis em dois, o cinco em três e assim sucessivamente. Valores elevados sempre significam forte senso de coerência. O intervalo possível de pontuação varia de 29 a 203 (DANTAS, 2007; ANTONOVSKY, 1987).

O valor total do QSCA foi utilizado como indicado pelo autor para se avaliar o constructo senso de coerência (ANTONOVSKY, 1987).

#### **4.3.4 Recrutamento dos sujeitos e coleta de dados**

Primeiramente, a pesquisadora realizou o recrutamento dos familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia que atenderam aos critérios de seleção propostos no estudo, mediante consulta ao prontuário do paciente nos serviços selecionados.

O convite aos familiares para participação na pesquisa selecionados no NSM foi realizado no momento da pré ou pós-consulta de enfermagem, para aqueles que estavam acompanhando os pacientes com esquizofrenia na consulta médica. Para os pacientes com esquizofrenia que estavam sem o acompanhamento de familiares na consulta médica, o convite foi realizado mediante envio de correspondência via correio ou por telefone. A pesquisadora agendou a entrevista com dia e horário, no serviço ou no domicílio, de acordo com a disponibilidade dos familiares e, se possível, concomitantemente à data de retorno médico do paciente no serviço.

O AREP e APQE não possuem serviço de enfermagem, portanto, o encontro com os familiares foi realizado na sala de espera das consultas médicas. Já no GRUMA, a pesquisadora participou dos grupos, onde apresentou a proposta de pesquisa aos familiares convidando-os à participação.

Os familiares que concordaram em participar da pesquisa foram encaminhados para uma sala, em cada serviço, onde as informações a respeito da natureza e objetivos do estudo fossem dadas em ambiente calmo e tranquilo. Em seguida, para aqueles que concordaram em participar do estudo foram solicitadas as assinaturas dos termos de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE H).

A coleta de dados foi realizada mediante entrevista. Para tanto, a pesquisadora esteve presente junto ao familiar, em ambiente privativo, onde eles puderam emitir suas respostas sem interferência. Primeiramente, os familiares responderam as questões relacionadas às

variáveis sociodemográficas, em seguida a FQ-VPF e, por último o Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky. Para os familiares que apresentaram dificuldade de leitura dos itens, e ou, eram analfabetos, a pesquisadora fez a leitura dos itens. O tempo médio para coleta de dados foi de cinquenta minutos. Ao término da coleta de dados, a pesquisadora se colocava à disposição para os esclarecimentos necessários. O período de coleta de dados foi de janeiro a março de 2010.

#### **4.4 Análise das propriedades psicométricas da versão FQ-VPF adaptada para o português do instrumento *Family Questionnaire (FQ)***

##### **4.4.1 Análise de validade**

###### **4.4.1.1 Validade de Constructo**

A análise da validade de constructo do FQ foi realizada utilizando-se três métodos, ou seja, análise do componente principal, da correlação da medida obtida pelo FQ associando seus resultados aos do Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky (validade convergente) e comparação entre grupos distintos.

###### **4.4.1.1.1 Análise dos Componentes Principais**

Embora o valor do FQ seja uma medida classificada como variável discreta, a análise dos componentes principais foi utilizada pelos autores da versão original para conferir a dimensionalidade do instrumento (WIEDEMANN et al., 2002). Portanto, optou-se por realizá-la para confirmar se a existência dos dois componentes se manteve na versão adaptada.

###### **4.4.1.1.2 Validade de constructo convergente**

Para testar a validade de constructo convergente da versão adaptada do FQ optou-se pela associação da medida do FQ com as do QSCA.

Ao considerar que a medida do senso de coerência indica a capacidade do indivíduo compreender, manejar e dar significado a situações da sua vida (ANTONOSKY, 1987), pode-se hipotetizar que o indivíduo com maior senso de coerência lida melhor com o familiar com esquizofrenia. Essa situação leva o indivíduo a ter uma menor preocupação e não superproteger o familiar doente (componente SEE). Da mesma forma, um maior senso de coerência favorece uma maior compreensão da situação levando a uma taxa menor de

comentários críticos. Diante dessa análise teórica dos constructos as seguintes hipóteses para testar a validade de constructo da versão adaptada do FQ foram formuladas:

1- Há correlação inversa (negativa) entre a medida total dos domínios do FQ (CC e SEE) (negativamente ordenada) e a medida de senso de coerência obtida pelo Questionário de Senso de Coerência de Antonosky (positivamente ordenada).

2 – Há correlações no mínimo de grau moderado entre os domínios do FQ (CC e SEE) e a medida de senso de coerência.

#### **4.4.1.1.3 Comparação entre grupos distintos**

Ao analisar os estudos de construção do instrumento e as considerações teóricas sobre EE, optou-se por avaliar as medidas obtidas pelos domínios (CC e SEE) da versão adaptada do FQ em relação às variáveis: sexo do familiar e do paciente, idade do familiar, tempo de convivência com o paciente com esquizofrenia, tempo de doença e vínculo com o paciente.

Desse modo foram estabelecidas as seguintes hipóteses para análise:

1. Familiares do sexo masculino apresentarão maiores valores no domínio CC enquanto os familiares do sexo feminino apresentarão os maiores valores no domínio SEE.
2. Quanto ao vínculo com o paciente: quanto mais próxima a relação de parentesco maiores serão os valores para os domínios FQ do que os demais familiares.
3. Quanto maior a idade dos familiares maiores os valores dos domínios CC e SEE do FQ (correlações positivas e de moderada magnitude).
4. Quanto maior o tempo de convivência do familiar com a doença maiores serão os valores dos domínios do FQ (correlações positivas e de moderada magnitude)
5. Quanto maior o tempo da doença maiores serão os valores dos domínios do FQ (correlações positivas e de moderada magnitude)

#### **4.4.2 Análise de confiabilidade**

##### **4.4.2.1 Consistência interna dos itens**

A análise da consistência interna dos itens do FQ referente aos dois domínios e do QSCA foi calculada utilizando-se o coeficiente alfa de Cronbach, indicador recomendável, pois reflete o grau de covariância dos itens entre si.

O valores do alfa de Cronbach variam de 0 a 1. Para este estudo foram considerados que valores altos são aqueles superiores a 0,5 (BOWLING, 2005).

#### 4.4.2.2 Reprodutibilidade

Para análise da reprodutibilidade foi utilizada como medida o teste-reteste. Para tanto o FQ foi aplicado em dois momentos: no primeiro encontro, após o paciente aceitar participar do estudo (Medida 1) e duas semanas após o primeiro contato (Medida 2). Para o teste e reteste foi estabelecido uma amostra de 30 sujeitos. De acordo com Beaton et al. (2000) o pré-teste deve ser aplicado entre 30 a 40 pessoas do grupo alvo.

#### 4.5 Processamento e análise dos dados

Os dados obtidos foram digitados em uma planilha no programa Excel 2007. Utilizou-se a técnica de dupla digitação das respostas obtidas na coleta de dados e em seguida transferido para o Programa de software Statistical Package for the Social Science (SPSS) versão 16.0, onde foram processados e analisados eletronicamente.

Para todas as variáveis foram aplicadas análises descritivas. As variáveis categóricas (sexo do familiar e do paciente, escolaridade do familiar e do paciente, situação conjugal do familiar, vínculo com o doente mental) foram analisadas por frequência simples. As variáveis numéricas (idade do familiar e do paciente, tempo de convivência, tempo de doença e número de internações nos últimos dois anos e as medidas dos domínios da FQ) foram analisadas tanto por frequência simples quanto por medidas de tendência central (média e mediana) e dispersão (desvio-padrão).

Para comparar as médias das respostas dos familiares que necessitaram de leitura para o preenchimento do questionário e dos que o preencheram de forma autoaplicável utilizou-se o *t de Student para amostras independentes*.

A validade de constructo da versão adaptada para o português do FQ no que se refere à dimensionalidade do instrumento foi analisada pela análise do componente principal, com rotação Varimax.

Para avaliação da validade de constructo foram aplicados testes de correlação de Pearson entre as medidas dos dois domínios do FQ e a medida do QSCA e também entre as medidas dos dois domínios do FQ e grupos conhecidos: idade dos familiares, o tempo de convivência com o paciente e o tempo de doença. O Teste *t de Student para amostras independentes* também foi utilizado para comparar possíveis diferenças nas médias dos domínios entre os grupos (segundo vínculo do familiar e o sexo). Para análise da consistência interna dos itens, o alfa de Cronbach foi calculado nos dois domínios do FQ. A consistência interna do QSCA também foi calculada. Para avaliar a reprodutibilidade da versão adaptada



foi realizado o teste de correlação de Pearson entre as medidas dos domínios obtidas no teste-reteste.

A classificação proposta por Ajzen e Fishbein (1980) foi considerada para análise dos valores dos coeficientes de correlação entre os grupos distintos, ou seja, valores menores que 0,30 indicam correlações fracas e de pouca aplicabilidade clínica, valores entre 0,30 e 0,50, moderadas e acima de 0,50 fortes. O nível de significância adotado para o estudo foi de 0,05.

#### **4.6 Aspectos éticos**

O estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do CSE/FMRP-USP, e aprovado em 11 de novembro de 2009, Protocolo n° 346/CEP-CSE-FMRP-USP (ANEXO M), e ao Comitê de Ética em Pesquisa do HC/FMRP-USP, em Ribeirão Preto-SP, com aprovação em 07 de dezembro de 2010, Processo HCRP n° 10181/2009 (ANEXO N), de acordo com a resolução CNS 196/96 (BRASIL, 1996).

## *5 Resultados*

## 5.1 Resultados da adaptação cultural do *Family Questionnaire* (FQ)

Os resultados estão apresentados, a seguir, de acordo com as modificações realizadas junto ao comitê de especialistas, durante obtenção do consenso das versões em alemão e comparação com a original, análise semântica e pré-teste do instrumento.

### 5.1.1 Avaliação pelo Comitê de especialistas

Durante avaliação do comitê de especialistas, foi sugerida a retirada das alternativas de resposta para o grau de parentesco das instruções de preenchimento do instrumento, pois já estavam presentes no roteiro estruturado para obtenção dos dados sociodemográficos dos familiares. Apenas os itens que sofreram alterações foram apresentados. É importante destacar que as modificações estabelecidas nos itens ocorreram mediante a concordância de, pelo menos, 80% dos membros do comitê de especialistas. As mudanças correspondentes aos 20 itens são apresentadas, em negrito, no Quadro 2.

**Quadro 2.** Itens do FQ – Versão em Português Consenso 1 e suas modificações após avaliação da reunião com o Comitê de Especialistas (FQ – VPC2). Ribeirão Preto – SP, 2009.

Item	FQ – VPC1	FQ – VPC2
1	Por causa dele(a) não presto atenção <b>o suficiente</b> em mim	Por causa dele(a) <b>eu</b> não presto atenção em mim <b>mesmo(a)</b>
2	Eu tenho que pedir várias vezes que ele(a) faça as coisas	Eu tenho que pedir várias vezes <b>para</b> ele(a) <b>fazer</b> as coisas
3	Eu <b>sempre</b> penso no que poderá acontecer com ele(a)	Eu penso <b>no</b> que poderá acontecer com ele(a)
5	Eu penso muito sobre a causa da doença	Eu penso muito sobre a causa da doença <b>dele(a)</b>
6	Eu tento não criticá-lo(a)	Eu <b>tenho que me esforçar para</b> não criticá-lo(a)
11	Por ele(a) deixo minhas necessidades para trás	Por ele(a) deixo <b>de fazer minhas</b> necessidades
12	<b>Algumas vezes</b> ele(a) me deixa nervoso(a)	Ele(a) me deixa nervoso(a)
13	Eu me preocupo <b>sempre</b> com ele(a)	Eu me preocupo <b>muito</b> com ele(a)
14	<b>Algumas atitudes dele(a) são para</b> me testar, <b>para</b> me desafiar	<b>Ele(a) faz coisas para me testar ou desafiar</b>
15	Eu <b>já pensei</b> que eu mesmo(a) posso ficar doente	Eu <b>penso</b> que eu mesmo(a) posso ficar doente
16	<b>Quando ele(a) me pede coisas toda hora, eu me irrita</b>	<b>Eu me irrita quando ele(a) pede coisas toda hora</b>
19	<b>Para ajudar ele(a) deixo de fazer coisas importantes</b>	<b>Deixo de fazer coisas importantes para ajudá-lo(a)</b>
20	Ele(a) me <b>irrita</b>	Ele(a) me <b>incomoda</b>

### 5.1.2 Obtenção do consenso das versões em alemão e comparação com a original

Nesta etapa, os dois tradutores bilíngues, natos e fluentes na língua alemã e a pesquisadora compararam as versões do FQ-Versão em Português Consenso 2 (VPC2), FQ-Versão em Português 3 (VP3), FQ-Versão Consenso Final em Alemão (VCFA), FQ-Versão em Alemão Corrigida pelo Autor Principal (VACAP) e o instrumento original em alemão para construção do FQ-Versão em Português Consenso 3(VPC3).

Os dois tradutores analisaram atentamente as alterações propostas pelo pesquisador e compararam com as do autor da versão original. As análises foram fundamentadas nas diferenças entre a língua portuguesa e alemã em relação aos termos sugeridos pelo autor principal, principalmente quanto aos aspectos culturais relacionados aos termos. Nesse sentido, o **FQ-VPC3** foi construído sem necessidade de alterar a sequência dos passos da adaptação cultural.

A seguir, são apresentadas as modificações realizadas para obtenção do FQ-VPC3. Nesta etapa foram comparados o FQ-VPC2 e o FQ-VP3. As alterações ocorreram mediante a aprovação de todos os especialistas que analisaram o questionário. Os itens grifados em **negrito** são aqueles que não sofreram modificações no FQ-VPC2 e FQ-VPC3. Os itens grifados em *itálico* sofreram alterações nas três versões e os itens grifados sublinhados são aqueles que não sofreram alterações nas três versões, conforme Quadro 3.

**Quadro 3.** Obtenção do FQ-VPC3 após reunião da pesquisadora principal com os tradutores estrangeiros e comparação com o FQ - VPC2 e FQ-VP3. Ribeirão Preto – SP, 2009

Item	Item FQ-VPC2	Item FQ-VP3	Item FQ-VPC3
1	<i>Por causa dele(a) eu não presto atenção em mim mesmo(a)</i>	<i>Por causa dele(a) eu não presto suficiente atenção em mim</i>	<i>Por causa dele(a) eu não presto atenção suficiente em mim mesmo(a)</i>
2	<b>Eu tenho que pedir várias vezes para ele(a) fazer as coisas</b>	Eu sempre tenho que pedir a ele(a) para fazer as coisas	<b>Eu tenho que pedir várias vezes para ele(a) fazer as coisas</b>
3	<b>Eu penso no que poderá acontecer com ele(a)</b>	Eu penso muito no seu futuro	<b>Eu penso no que poderá acontecer com ele(a)</b>
4	<b>Ele(a) me deixa irritado(a)</b>	Ele(a) me leva a irritações	<b>Ele(a) me deixa irritado(a)</b>
5	<b>Eu penso muito sobre a causa da doença dele(a)</b>	Eu reflito muito sobre a causa de sua doença	<b>Eu penso muito sobre a causa da doença dele(a)</b>
6	<i>Eu tenho que me esforçar para não criticá-lo(a)</i>	<i>Eu preciso me segurar para não o/a criticar</i>	<i>Eu preciso me segurar para não criticá-lo(a)</i>
7	<i>Eu não consigo dormir por causa dele(a)</i>	<i>Eu não pude dormir por causa dele/dela</i>	<i>Eu não consegui dormir por causa dele(a)</i>

- continua -

- continuação -

Item	Item FQ-VPC2	Item FQ-VP3	Item FQ-VPC3
8	<u>É difícil chegar a um acordo com ele(a)</u>	<u>É difícil chegar a um acordo com ele/ela</u>	<u>É difícil chegar a um acordo com ele(a)</u>
9	<b>Quando algo nele(a) me irrita ou me deixa preocupado(a) eu guardo para mim</b>	Quando alguma coisa me irrita no seu comportamento ou me preocupa, eu guardo isso para mim	<b>Quando algo nele(a) me irrita ou me deixa preocupado(a) eu guardo para mim</b>
10	<b>Ele(a) não demonstra gratidão pelo que eu faço por ele(a)</b>	Ele/ela não mostra nenhuma gratidão pelo que eu faço por ele/ela	<b>Ele(a) não demonstra gratidão pelo que eu faço por ele(a)</b>
11	<i>Por ele(a) deixo de fazer minhas necessidades</i>	<i>Por causa dele/dela eu coloco minhas necessidades no segundo plano</i>	<i>Por ele(a) coloco minhas necessidades em segundo plano</i>
12	<i>Ele(a) me deixa nervoso</i>	<i>Ele pode me dar nos nervos</i>	<i>Ele(a) pode me deixar nervoso</i>
13	<u>Eu me preocupo muito com ele(a)</u>	<u>Eu me preocupo muito com ele/ela</u>	<u>Eu me preocupo muito com ele(a)</u>
14	<i>Ele(a) faz coisas para me testar ou desafiar</i>	<i>Algumas coisas ele/ela faz somente por desaforo</i>	<i>Algumas coisas ele(a) faz somente por desaforo</i>
15	<i>Eu penso que eu mesmo(a) posso ficar doente</i>	<i>Eu achei que eu mesmo estou ficando doente</i>	<i>Eu já pensei que eu mesmo(a) posso ficar doente</i>
16	<b>Eu me irrita quando ele(a) pede coisas toda hora</b>	Quando ele/ela toda hora quer uma coisa de mim, eu fico irritado	<b>Eu me irrita quando ele(a) pede coisas toda hora</b>
17	<b>Ele(a) é muito importante na minha vida</b>	Ele/ela exerce um papel importante na minha vida	<b>Ele(a) é muito importante na minha vida</b>
18	<i>Eu preciso pedir a ele(a) que se comporte de outra maneira</i>	<i>Eu preciso o/a intimidar a mudar o seu comportamento</i>	<i>Eu preciso exigir a ele(a) que se comporte de outra maneira</i>
19	<b>Deixo de fazer coisas importantes para ajudá-lo(a)</b>	Eu renunciei a muita coisas para ajudar a ele/ela	<b>Deixo de fazer coisas importantes para ajudá-lo(a)</b>
20	<i>Ele(a) me incomoda</i>	<i>Eu tenho que me aborrecer com ele/ela</i>	<i>Ele(a) me aborrece</i>

Portanto o resultado final desta etapa foi a construção do **FQ - Versão em Português Consenso 3 (FQ-VPC3)**.

### 5.1.3 Análise semântica dos itens

A análise semântica do instrumento **FQ-VPC3** em familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia mostrou que os três familiares verbalizaram dificuldade quanto ao primeiro item de resposta por conter duas variáveis: **nunca** e **raramente**, por isso, a palavra **nunca** foi retirada. Além disso, também sugeriram a substituição dos termos frequentemente e muito frequentemente por quase sempre e sempre, respectivamente.

Para os participantes, a maioria dos itens mostrou-se de fácil compreensão, porém foram sugeridas alterações para os itens 5, 7, 12 e 15, grifadas em negrito no Quadro 4.

**Quadro 4.** Análise semântica dos itens do instrumento FQ-VPC3 Ribeirão Preto - SP, 2009.

Item	FQ - VPC3	FQ - VPCF
	Antes da análise semântica	Após análise semântica
5	Eu penso muito sobre <b>a causa da</b> doença dele(a)	Eu penso muito sobre <b>o que causou a</b> doença dele(a)
7	Eu não <b>consegui</b> dormir por causa dele(a)	Eu não <b>consigo</b> dormir por causa dele(a)
12	Ele(a) <b>pode</b> me deixar nervoso(a)	Ele(a) me deixa nervoso
15	Eu <b>já pensei</b> que eu mesmo(a) posso ficar doente	Eu <b>penso</b> que eu mesmo(a) posso ficar doente

Após as alterações dos itens do instrumento **FQ-VPC3**, os familiares de pacientes com esquizofrenia apontaram que não houve outras dificuldades em relação à compreensão dos itens do instrumento. Portanto, o resultado dessa etapa foi a construção da **FQ-Versão em Português Consenso Final (FQ-VPCF)**, a qual foi submetida ao pré-teste após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do CSE/FMRP-USP em 11 de novembro de 2009.

#### 5.1.4 Pré-teste da versão em português: FQ-Versão em Português Consenso Final

O pré-teste foi realizado com 30 familiares de pacientes com esquizofrenia, a maioria era do sexo feminino (70%), com idade média de 52,5 (DP=16,45) anos, com primeiro grau incompleto (50%), casado/amasiado(a) (53,3%), irmãos (a) (33,3%) e com tempo de convivência com o paciente maior ou igual a 20 anos (90%).

Cabe destacar que, apesar do baixo nível de escolaridade os participantes responderam os itens do instrumento com facilidade. Para aqueles que apresentaram alguma dificuldade, o pesquisador realizou a leitura dos itens.

Quanto ao sexo dos pacientes com esquizofrenia, houve a mesma proporção do sexo feminino e sexo masculino, a média da idade foi de 47,4 (DP= 10,9) anos e tinham o primeiro grau incompleto (76,7%). Eles já tinham entre 4 e 6 internações anteriores (46,7%) e de 20 a 29 anos de convivência com a doença (40%) .

A distribuição das respostas dos 30 familiares de pacientes com esquizofrenia, participantes do pré-teste, segundo os itens de resposta, raramente, muito raramente, quase sempre e sempre, para cada uma das questões, está descrita na Tabela 3.

**Tabela 1** - Distribuição das respostas dos 30 familiares de pacientes com esquizofrenia participantes do pré-teste segundo os itens de resposta, raramente, muito raramente, quase sempre e sempre, para cada uma das questões (n=30). Ribeirão Preto, 2009.

Itens	1		2		3		4	
	Muito raramente n°	%	Raramente n°	%	Quase sempre n°	%	Sempre n°	%
01	10	33,3	11	36,7	6	20,0	3	10,0
02	8	26,7	7	23,3	10	33,3	5	16,7
03	1	3,3	4	13,3	8	26,7	17	56,7
04	6	20,0	9	30,0	7	23,3	8	26,7
05	2	6,7	6	20,0	8	26,7	14	46,7
06	8	26,7	5	16,7	10	33,3	7	23,3
07	13	43,3	12	40,0	2	6,7	3	10,0
08	10	33,3	8	26,7	8	26,7	4	13,3
09	5	16,7	10	33,3	12	40,0	3	10,0
10	11	36,7	10	33,3	6	20,0	3	10,0
11	5	16,7	12	40,0	5	16,7	8	26,7
12	5	16,7	11	36,7	5	16,7	9	30,0
13	-	-	5	16,7	7	23,3	18	60,0
14	11	36,7	6	20,0	8	26,7	5	16,7
15	6	20,0	6	20,0	4	13,3	14	46,7
16	15	50,0	7	23,3	4	13,3	4	13,3
17	-	-	-	-	3	10,0	27	90,0
18	8	26,7	8	26,7	6	20,0	8	26,7
19	10	33,3	8	26,7	9	30,0	3	10,0
20	11	36,7	3	10,0	12	40,0	4	13,3

Em relação aos itens do instrumento, os pares referem-se ao domínio Comentários Críticos. Observa-se que, para a maioria dos itens desse domínio, não houve diferença na distribuição das respostas. Destaca-se que somente o item 16 apresentou 50% de frequência de resposta dos familiares para a opção **muito raramente**.

Os itens ímpares relacionam-se ao domínio Superenvolvimento Emocional. Constatou-se que os itens 3 (56,7%) e 13 (60%) obtiveram frequência de respostas superiores a 50%, para a resposta **sempre**. Já o item 17 obteve uma frequência de 90% também para a resposta **sempre**.

Verifica-se que há uma distribuição equilibrada das respostas em todos os itens. Na realização do pré-teste todos os itens foram respondidos, ou seja, não ocorreu perda de dados, confirmando a pertinência dos itens para os familiares de pacientes com esquizofrenia que responderam ao instrumento.

Após a finalização das etapas acima mencionadas e aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa e pelos responsáveis pelos serviços envolvidos nesta pesquisa, o instrumento foi aplicado em uma amostra de 100 familiares de pacientes com esquizofrenia.

### 5.2 Caracterização dos familiares de pacientes com esquizofrenia segundo as variáveis sociodemográficas.

Dos familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, atendidos nos serviços selecionados, participaram do estudo 100 indivíduos que atenderam aos critérios de seleção.

Em relação às características sociodemográficas dos familiares, observou-se predominância de familiares do sexo feminino (78%), com idade média de 52,6 anos (DP=14,1), com primeiro grau incompleto (52%), casados (57%), mães (41%) e com tempo médio de convivência com o paciente de 26,7 anos (DP=14,1), conforme Tabela 2.

**Tabela 2** - Caracterização dos familiares de pacientes com esquizofrenia segundo as variáveis sociodemográficas (n=100). Ribeirão Preto, 2010.

	nº(%)	Média (DP)	Mediana	Intervalo
<b>Sexo</b>				
Feminino	78 (78)			
Masculino	22 (22)			
<b>Idade (anos)</b>		52,6 (14,1)	54	18 – 78
<b>Escolaridade</b>				
Sem escolaridade	6 (6)			
1º grau incompleto	52 (52)			
1º grau completo	11 (11)			
2º grau incompleto	5 (5)			
2º grau completo	18 (18)			
3º grau incompleto	3 (3)			
3º grau completo	5 (5)			
<b>Situação conjugal</b>				
Casado(a)/união consensual	57 (57)			
Nunca se casou/amasiou	18 (18)			
Viúvo (a)	15 (15)			
Separado (a)	7 (7)			
Divorciado (a)	3 (3)			

- continua -



- continuação -

<b>Vínculo com o doente mental</b>			
Mãe	41 (41)		
Irmão (a)	20 (20)		
Esposo (a)	12 (12)		
Filho (a)	11 (11)		
Outro	10 (10)		
Pai	6 (6)		
<b>Tempo de convivência com o</b>	26,7 (14,1)	26	1 – 63

Dos pacientes com esquizofrenia, 66% eram homens, a idade média foi de 40,5 anos (DP=13,7) e 60% não haviam completado o 1º grau. O tempo médio de doença foi de 15,8 anos (DP=11,7) e, nos últimos 2 anos, o número de internações variou de zero a 8 vezes (mediana=0,0), conforme Tabela 5.

**Tabela 3** - Caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes que participaram da validação do estudo (n=100). Ribeirão Preto, 2010.

	<b>nº(%)</b>	<b>Média (DP)</b>	<b>Mediana</b>	<b>Intervalo</b>
<b>Sexo</b>				
Feminino	34 (34)			
Masculino	66 (66)			
<b>Idade (anos)</b>		40,5 (13,7)	38,5	12 - 74
<b>Escolaridade</b>				
Sem escolaridade	3 (3)			
1º grau incompleto	60 (60)			
1º grau completo	7 (7)			
2º grau incompleto	8 (8)			
2º grau completo	17 (17)			
3º grau incompleto	4 (4)			
3º grau completo	1 (1)			
<b>Número de internações nos últimos 2 anos</b>		0,5 (1,1)	0,0	0 - 8
<b>Tempo de doença (anos)</b>		15,8 (11,7)	12,5	1 - 54

### 5.3 Resultados da análise descritiva da versão adaptada do FQ

Dos 100 participantes, apenas 30 (30%) preencheram aos instrumentos sem ajuda da pesquisadora. Esse dado pode estar relacionado à escolaridade dos participantes -- 58% eram analfabetos ou tinha o primeiro grau incompleto.

Porém é importante destacar que esta variável pode se constituir em uma limitação para a análise de validade e de confiabilidade dos dados. Assim, optou-se pela análise das médias dos domínios do FQ, comparando as respostas dos que responderam os itens sem

ajuda do pesquisador e dos que necessitaram de ajuda para leitura dos itens visando observar se havia diferença entre os dois grupos.

Na Figura 2 verifica-se a distribuição das médias das respostas dos dois grupos para o domínio CC.

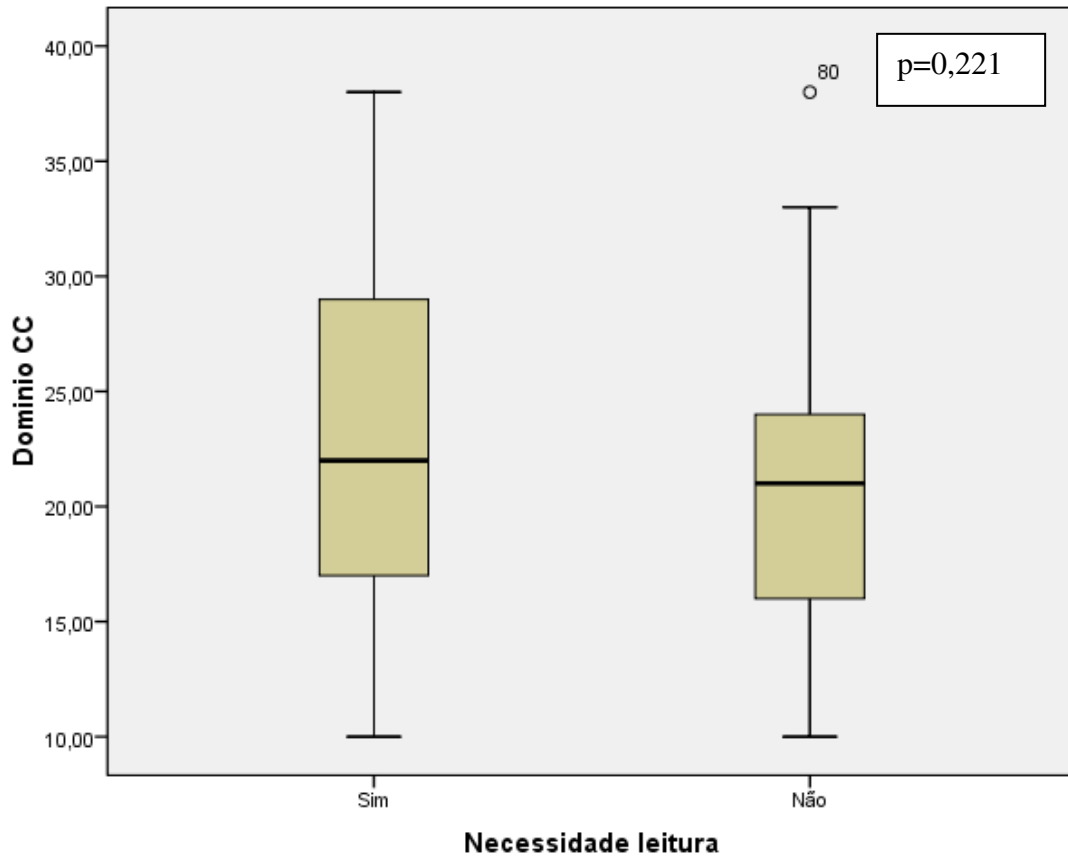


Figura 2: *Boxplots* das médias do domínio CC para os dois grupos, segundo a necessidade de leitura do instrumento pela pesquisadora.

O grupo (30%) dos familiares que respondeu ao instrumento sem necessidade de ajuda da pesquisadora apresentou média de resposta igual a 20,8 (DP=6,9), ou seja, menor que a do grupo (70%) em que houve necessidade de ajuda para a leitura dos itens. Para o grupo que necessitou de ajuda a média foi igual a 22,7 (DP=7,3) para o domínio CC. A realização do teste *t de Student* para avaliar a diferença entre os grupos, constatou que ela não era estatisticamente significativa ( $p=0,221$ ).

Na Figura 3 verifica-se a distribuição das médias das respostas dos dois grupos para o domínio SEE.

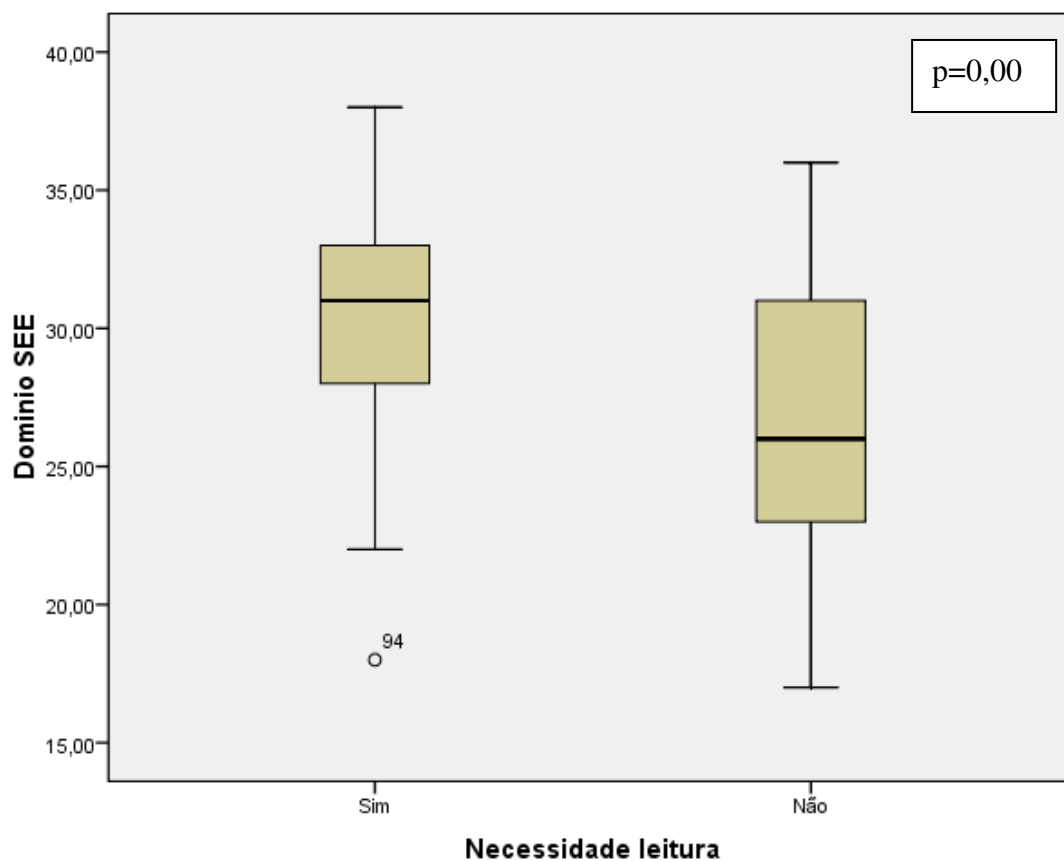


Figura 3: *Boxplots* das médias do domínio SEE para os dois grupos, segundo a necessidade de leitura do instrumento pela pesquisadora.

De acordo com os resultados obtidos, a média do domínio SEE para o grupo que respondeu os itens sem necessidade de ajuda da pesquisadora foi de 26,2 (DP=4,8), ou seja, menor que a do grupo em que houve necessidade de ajuda para a leitura dos itens. Para o grupo que necessitou de ajuda, a média foi igual a 30,2 (DP=4,3). O teste *t de Student* mostrou que a diferença observada era significativa estatisticamente ( $p=0,00$ ) para esse domínio.

Para a análise descritiva da versão adaptada do FQ realizou-se a soma total das respostas obtidas para os itens dos dois domínios CC e SEE (intervalo possível de 10 a 40 para cada domínio), da média dos itens de cada domínio (intervalo de um a quatro) e de cada um dos itens, individualmente. A Tabela 4 mostra os resultados referentes ao domínio CC.

Em relação ao valor total do domínio CC do FQ obteve-se uma mediana de 21,5 que é menor do que a mediana do intervalo possível entre 10 e 40, que é 25. No geral, não se observou grande diferença entre os valores da mediana e da média para o total da medida do domínio CC do FQ. Os resultados referentes à análise das respostas dadas aos itens do domínio CC do FQ mostram que todas englobam os valores possíveis que é de 1 a 4. A

mediana referente à média de respostas aos 10 itens do domínio CC do FQ apresentou valor de 2, aproximando-se da média 2,2 (DP=1,1). Os valores das medianas dos itens, individualmente, foram, em sua maioria, igual a 2, apenas os itens 2 e 14 variaram em seus valores (3 e 1, respectivamente). As médias dos itens, individualmente, variaram entre 1,7 e 2,8. Essa variação pode ser explicada pela distribuição das respostas aos itens.

**Tabela 4** - Análise descritiva do total do domínio CC do FQ e de seus itens. Ribeirão Preto, 2010.

Item	Domínio CC do FQ	Intervalo obtido	Mediana	Média (desvio-padrão)
	Total dos 10 itens	10-38	21,5	22,1(7,2)
	Média dos 10 itens	1-4	2	2,2(1,1)
2	Eu tenho que pedir várias vezes para ele(a) fazer as coisas	1-4	3	2,8 (1,1)
4	Ele(a) me deixa irritado(a)	1-4	2	2,3(1,0)
6	Eu preciso me segurar para não criticá-lo(a)	1-4	2	2,4(1,2)
8	É difícil chegar a um acordo com ele(a)	1-4	2	2,3(1,1)
10	Ele(a) não demonstra gratidão pelo que eu faço por ele(a)	1-4	2	2,1(1,1)
12	Ele(a) me deixa nervoso(a)	1-4	2	2,4(1,1)
14	Algumas coisas ele(a) faz somente por desaforo	1-4	1	1,7(1,0)
16	Eu me irrita quando ele(a) pede coisas toda hora	1-4	2	1,9(1,0)
18	Eu preciso exigir que ele(a) se comporte de outra maneira	1-4	2	2,4(1,1)
20	Ele(a) me aborrece	1-4	2	2,0(1,0)

Os resultados da estatística descritiva referente ao domínio SEE, estão apresentados na Tabela 5.

O valor total do domínio SEE do FQ apresentou uma mediana de 30, considerada maior do que a mediana do intervalo possível entre 10 e 40, que é 25. Também não se verificou diferença entre os valores da mediana e da média para o total da medida do domínio SEE do FQ.

De acordo com a análise das respostas obtidas aos itens do domínio SEE do FQ constatou-se que todas englobam os valores possíveis que é de 1 a 4. A mediana da média de respostas aos 10 itens do domínio SEE do FQ apresentou valor de 3, aproximando-se da

média 2,9 (DP=1,2). Quanto à mediana dos itens, individualmente, verificou-se variações em seus valores tendo itens cuja mediana obteve valor 1 (item 7) e itens com valores iguais a 4 (itens 3, 13 e 17). As médias dos itens, individualmente, variaram entre 1,8 (DP=1,0) e 3,9 (DP=0,3), que também podem ser explicados pela distribuição das respostas aos itens.

**Tabela 5** - Análise descritiva do total do domínio SEE do FQ e de seus itens. Ribeirão Preto, 2010.

Item	Domínio SEE do FQ	Intervalo obtido	Mediana	Média (desvio-padrão)
	Total dos 10 itens	17-38	30	29,0(4,8)
	Média dos 10 itens	1-4	3	2,9(1,2)
1	Por causa dele(a) eu não presto atenção suficiente em mim mesmo(a)	1-4	2	2,2(1,1)
3	Eu penso no que poderá acontecer com ele(a)	1-4	4	3,3(1,0)
5	Eu penso muito sobre o que causou a doença dele(a)	1-4	2	2,6(1,2)
7	Eu não consigo dormir por causa dele(a)	1-4	1	1,8(1,0)
9	Quando alto nele(a) me irrita ou me deixa preocupado(a) eu guardo pra mim	1-4	3	2,6(1,1)
11	Por ele(a) coloco minhas necessidades em segundo plano	1-4	3	3,1(1,0)
13	Eu me preocupo muito com ele(a)	1-4	4	3,7(0,7)
15	Eu penso que eu mesmo(a) posso ficar doente	1-4	3	2,7(1,2)
17	Ele(a) é muito importante na minha vida	1-4	4	3,9(0,3)
19	Deixo de fazer coisas importantes para ajudá-lo(a)	1-4	3	3,1(1,0)

Na Tabela 6 são apresentadas as frequências de respostas aos 20 itens do FQ pelos 100 familiares de pacientes com esquizofrenia. Verifica-se que os itens de respostas variavam de 1 a 4.

**Tabela 6** - Distribuição das frequências de respostas aos 20 itens do FQ, obtidas entre os 100 familiares de pacientes com esquizofrenia. Ribeirão Preto, 2010.

Itens	Muito raramente		Raramente		Quase sempre		Sempre	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
<b>01</b>	31	31	36	36	17	17	16	16
<b>02</b>	15	15	28	28	24	24	33	33
<b>03</b>	5	5	21	21	12	12	62	62
<b>04</b>	24	24	39	39	20	20	17	17
<b>05</b>	21	21	35	35	10	10	34	34
<b>06</b>	33	33	25	25	13	13	29	29
<b>07</b>	52	52	29	29	10	10	9	9
<b>08</b>	29	29	33	33	18	18	20	20
<b>09</b>	20	20	29	29	19	19	32	32
<b>10</b>	38	38	29	29	15	15	18	18
<b>11</b>	8	8	19	19	28	28	45	45
<b>12</b>	29	29	28	28	22	22	21	21
<b>13</b>	2	2	5	5	16	16	77	77
<b>14</b>	57	57	21	21	14	14	8	8
<b>15</b>	20	20	26	26	19	19	35	35
<b>16</b>	47	47	31	31	10	10	12	12
<b>17</b>	-	-	2	2	3	3	95	95
<b>18</b>	29	29	26	26	25	25	20	20
<b>19</b>	6	6	24	24	22	22	48	48
<b>20</b>	39	39	37	37	14	14	10	10

Na Tabela 6 constata-se que há uma distribuição equilibrada das respostas em quase todos os itens. Apenas nos itens 3, 7, 13, 14 e 17 as frequências de respostas foram superiores a 50%, para itens extremos (muito raramente e sempre). Destaca-se que as frequências dos itens 13 e 17 atingiram frequências acima de 75%, ou seja, 77% e 95% respectivamente.

## 5.4 Resultados da análise de validade de constructo do FQ

### 5.4.1 Resultados da Análise dos Componentes Principais

A análise dos componentes principais do FQ foi realizada em todos os 20 itens. Foram considerados como componentes mais importantes aqueles com autovalores (*eigenvalues*) superiores ou iguais a 1. O resultado da análise inicial mostra 6 componentes principais com autovalores maiores que 1.

A partir da Matrix de rotação Varimax, obtidos a partir da determinação da análise apenas em dois componentes, obteve-se uma variância da medida de 37,99% para o total dos itens do instrumento.

A Tabela 7 mostra os coeficientes dos itens para cada um dos dois fatores que foram obtidos através da rotação Varimax, de acordo com a ordem em que estão inseridos nos dois domínios do FQ. É importante destacar que o primeiro componente apresentou maiores valores relacionados ao domínio CC, variando de 0,490 a 0,822. O segundo componente apresentou maior relação com o domínio SEE, com valores que variaram de 0,718 a 0,107, porém 4 itens apresentaram maiores valores para o primeiro componente. Ao analisar a distribuição dos itens nos componentes com a variância observada anteriormente temos que o primeiro componente (CC) apresentou a variância de 27,7% e o segundo componente (SEE) de 10,3%.

**Tabela 7** - Matrix de rotação Varimax dos componentes da versão adaptada do FQ. Ribeirão Preto, 2010.

Itens	Componente 1	Componente 2
	CC	SEE
2	<b>0,558</b>	0,172
4	<b>0,807</b>	0,105
6	<b>0,600</b>	0,059
8	<b>0,736</b>	0,058
10	<b>0,518</b>	-0,134
12	<b>0,822</b>	0,036
14	<b>0,490</b>	0,203
16	<b>0,563</b>	0,010
18	<b>0,638</b>	0,064
20	<b>0,803</b>	0,057
1	<b>0,361</b>	0,262
3	0,105	<b>0,496</b>
5	0,117	<b>0,437</b>
7	<b>0,502</b>	0,107
9	<b>0,384</b>	0,181
11	0,014	<b>0,700</b>
13	0,194	<b>0,510</b>
15	<b>0,441</b>	0,392
17	-0,221	<b>0,506</b>
19	0,067	<b>0,718</b>

O primeiro componente principal apresentou coeficientes altos para os itens associados ao domínio CC, ou seja, maiores que 0,4. Em relação ao segundo componente principal, também encontrou-se coeficientes altos para 6 dos 10 itens do domínio SEE e 4 itens desse domínio tiveram maiores valores no primeiro componente.

#### 5.4.2 Resultados da validade de constructo convergente

O instrumento QSCA que avalia o senso de coerência foi utilizado para testar a validade de constructo convergente da versão adaptada do FQ. Em relação à consistência interna do QSCA encontrou-se um alfa de Cronbach de 0,80, ou seja, o instrumento apresenta uma alta consistência interna entre seus itens, o que garante a sua confiabilidade para testar as correlações entre as medidas. No grupo de familiares, em um intervalo possível de 29-203, foi obtida uma variação de 83 a 187 com mediana de 138 e média de 136,7, desvio-padrão de 21,3.

As hipóteses a serem testadas estabeleciam correlações negativas e, no mínimo, de grau moderado, entre as medidas dos dois constructos.

A Tabela 8 apresenta os resultados entre as correlações das medidas dos constructos senso de coerência e emoção expressa (avaliado pelos domínios comentários críticos e superenvolvimento emocional).

**Tabela 8** - Correlações entre as medidas do senso de coerência e os domínios do FQ (CC e SEE) e respectivos valores de probabilidades ( $p$ ) associadas ao teste de correlação produto-momento de Pearson. Ribeirão Preto, 2010.

Domínios do FQ	QSCA	
	r	p
<i>Domínio CC</i>	-0,46	<0,001
<i>Domínio SEE</i>	-0,35	<0,001

Todos os valores de correlações obtidos entre as medidas do QSCA e as medidas dos domínios do FQ (CC e SEE) foram de moderada magnitude, negativas e estatisticamente significantes. Esses resultados confirmaram as hipóteses elaboradas para testar a validade de constructo convergente da versão adaptada do instrumento.



### 5.4.3 Resultados da comparação entre grupos distintos

A análise dos resultados da comparação entre grupos distintos visou verificar possíveis relações entre as características sociodemográficas e de parentesco dos participantes com o constructo emoção expressa (hipóteses apresentadas no método do presente estudo).

Foram calculados os valores médios obtidos nos domínios CC e SEE do FQ, segundo o sexo do familiar participante.

Para analisar uma possível diferença nas médias encontradas nos domínios do FQ segundo o sexo do familiar, foi realizado o teste *t de Student* (Tabela 9).

**Tabela 9** - Resultado do teste de comparação das médias dos valores dos domínios do FQ (CC e SEE), segundo o sexo do familiar. Ribeirão Preto, 2010.

Instrumento FQ	Sexo do Familiar		<i>p</i> *
	Feminino (n=78)	Masculino (n=22)	
	Média (DP)	Média (DP)	
Domínio CC	22,6 (7,2)	20,4 (6,9)	0,197
Domínio SEE	29,2 (5,0)	28,1 (4,1)	0,332

\*Teste *t de Student* para amostras independentes

Pode-se observar que entre os familiares, os participantes do sexo feminino apresentaram valor médio (média=22,6, DP=7,2) maior para o domínio CC, quando comparados com os participantes do sexo masculino (média=20,4, DP=6,9). Os familiares do sexo feminino apresentaram maiores níveis de comentários críticos do que os do sexo masculino, entretanto, essa diferença não foi estatisticamente significativa ( $p=0,197$ ). Em relação ao domínio SEE também os participantes do sexo feminino apresentaram valor médio maior (média=29,2; DP=5,0) comparados à média do sexo masculino (média=28,1; DP=4,1), porém esta diferença também não foi estatisticamente significativa ( $p=0,332$ ).

Estes resultados não confirmam a hipótese elaborada na qual os familiares do sexo masculino apresentam maiores valores para o domínio CC que os do sexo feminino. Embora as mulheres tenham apresentado uma média maior para o componente SEE, conforme foi pré-estabelecido, a diferença obtida não se mostrou estatisticamente significativa, não confirmando a hipótese elaborada.

A Tabela 10 abaixo apresenta os resultados obtidos com a comparação das médias entre o vínculo com o paciente e os domínios CC e SEE do FQ.

**Tabela 10** - Médias dos valores total dos domínios do FQ (CC e SEE), segundo vínculo com o paciente. Ribeirão Preto, 2010.

Instrumento FQ	Vínculo com paciente		<i>p</i> *
	Pais	Outros familiares	
	(n=47)	(n=53)	
	Média (DP)	Média (DP)	
Domínio CC	22,9 (7,1)	21,4(7,2)	0,318
Domínio SEE	30,6(4,0)	27,6(5,0)	0,002

\*Teste *t de Student*

Os resultados encontrados apontam maiores valores médios para o grupo dos pais dos pacientes para ambos os domínios conforme havíamos previamente estabelecido. Entretanto, a diferença entre a avaliação dos pais e de outros familiares se mostrou estatisticamente significativa apenas para o domínio SEE.

O teste de correlação de Pearson foi utilizado para avaliar as hipóteses estabelecidas entre a idade do familiar, tempo de convivência e tempo de doença e os domínios CC e SEE.

A tabela 11 abaixo apresenta os resultados dessas correlações.

**Tabela 11** - Resultado do teste de correlação de Pearson entre as medidas dos domínios e as variáveis, idade do familiar, tempo de convivência e tempo de doença do entrevistado e as medidas dos domínios CC e SEE do FQ. Ribeirão Preto, 2010.

Variáveis	Domínios	
	CC	SEE
	<i>r</i>	<i>r</i>
Idade	0,069*	0,154*
Tempo de convivência	0,026*	-0,063*
Tempo de doença	0,057*	-0,154*

\* $p > 0,05$

De acordo com os resultados apresentados, observamos correlações fracas entre a idade do familiar entrevistado e as medidas dos domínios CC ( $r=0,069$ ) e SEE ( $r=0,154$ ) e não estatisticamente significantes. Esses resultados não confirmaram a hipótese de que, quanto maior a idade do familiar maior seria o nível de comentários críticos e de superenvolvimento emocional.

Correlações fracas também foram observadas entre o tempo de convivência e as medidas dos domínios CC ( $r=0,026$ ) e SEE ( $r=-0,063$ ). O mesmo ocorreu entre o tempo de doença e os domínios CC ( $r=0,057$ ) e SEE ( $r=-0,154$ ). Ou seja, não foi possível confirmar as hipóteses de que quanto maior o tempo de convivência e o tempo de doença maior seriam os valores dos domínios do FQ.

As hipóteses elaboradas não foram confirmadas uma vez que os valores de correlação obtidos entre as medidas dos domínios do FQ com as variáveis, idade, tempo de convivência e tempo de doença foram todas de fraca magnitude e não foram estatisticamente significantes. Entretanto, chama a atenção a correlação inversa entre a medida do domínio SEE com o tempo de convivência e o tempo da doença. Tal resultado sugere que quanto maior o tempo de convivência e o tempo de doença, menor pode ser o valor do superenvolvimento emocional. Este resultado é importante porque pode indicar que com o tempo o familiar aprende sobre a doença e compreende melhor o doente.

## **5.5 Resultados da análise de confiabilidade do FQ**

### **5.5.1 Resultados da consistência interna dos itens**

A análise da consistência interna dos itens de cada um dos domínios do FQ foi avaliada pelo Alfa de Cronbach. Cabe ressaltar que cada domínio do FQ é constituído por 10 itens, sendo os pares (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18 e 20) referentes ao domínio CC e os ímpares (1,3,5,7,9,11,13,15,17e 19) referentes ao domínio SEE. Os alfas obtidos foram 0,861 (CC) e 0,655 (SEE).

As Tabelas 12 e 13 mostram os valores do Alfa de Cronbach de acordo com os domínios CC e SEE do FQ, os valores do coeficiente de correlação item-total e os valores do alfa, quando cada um dos itens foi excluído.

**Tabela 12** - Coeficiente de correlação item-total, valor de alfa do total de itens do domínio CC e os valores de alfa quando um dos itens foi excluído. Ribeirão Preto, 2010.

Item	Itens domínio CC	Coeficiente de correlação item-total	Alfa de Cronbach se item for excluído
	<b>Total</b>		<b><u>0,863</u></b>
2	Eu tenho que pedir várias vezes para ele(a) fazer as coisas	0,496	0,854
4	Ele(a) me deixa irritado(a)	<b>0,734</b>	0,834
6	Eu preciso me segurar para não criticá-lo(a)	0,484	0,856
8	É difícil chegar a um acordo com ele(a)	<b>0,649</b>	0,841
10	Ele(a) não demonstra gratidão pelo que eu faço por ele(a)	0,420	0,860
12	Ele(a) me deixa nervoso(a)	<b>0,745</b>	0,832
14	Algumas coisas ele(a) faz somente por desaforo	0,452	0,857
16	Eu me irrita quando ele(a) pede coisas toda hora	0,476	0,855
18	Eu preciso exigir que ele(a) se comporte de outra maneira	<b>0,560</b>	0,848
20	Ele(a) me aborrece	<b>0,728</b>	0,836

A partir dos resultados obtidos, encontramos correlações fortes entre os itens 4, 8, 12, 18 e 20, variando de 0,560 a 0,745 e correlação moderada entre os itens 2, 6, 10, 14 e 16, variando de 0,420 a 0,496, com o valor total da medida do domínio CC. O valor do alfa para o total de itens do domínio CC foi de 0,863 e a exclusão de cada um dos 10 itens que compõem o mesmo mostrou variações pequenas nesse valor (de 0,832 a 0,860).

**Tabela 13** - Coeficiente de correlação item-total, valor do alfa do total de itens do domínio SEE e os valores de alfa quando um dos itens for excluído. Ribeirão Preto, 2010.

Item	Itens domínio SEE	Coeficiente de correlação item-total	Alfa de Cronbach se item for excluído
	<b>Total</b>		<b><u>0,656</u></b>
1	Por causa dele(a) eu não presto atenção suficiente em mim mesmo(a)	<b>0,379</b>	0,617
3	Eu penso no que poderá acontecer com ele(a)	<b>0,311</b>	0,632
5	Eu penso muito sobre o que causou a doença dele(a)	0,257	0,647
7	Eu não consigo dormir por causa dele(a)	0,299	0,634
9	Quando algo nele(a) me irrita ou me deixa preocupado(a), eu guardo pra mim	0,245	0,649
11	Por ele(a) coloco minhas necessidades em segundo plano	<b>0,398</b>	0,614
13	Eu me preocupo muito com ele(a)	<b>0,330</b>	0,633
15	Eu penso que eu mesmo(a) posso ficar doente	<b>0,432</b>	0,604
17	Ele(a) é muito importante na minha vida	0,153	0,657
19	Deixo de fazer coisas importantes para ajudá-lo(a)	<b>0,402</b>	0,613

De acordo com os resultados apresentados na Tabela. 13, observa-se correlações moderadas entre os itens 1, 3, 11, 13, 15 e 19, variando de 0,311 a 0,432 e correlações fracas entre os itens 5, 7, 9 e 17, variando de 0,153 a 0,299, com o valor total da medida do domínio SEE. O valor do alfa para o total de itens do domínio SEE foi de 0,656 e a exclusão de cada um dos 10 itens que compõem o mesmo mostrou variações pequenas nesse valor (de 0,604 a 0,657).

### 5.5.2 Resultados da reprodutibilidade do FQ

O intervalo entre a primeira aplicação do FQ e o reteste, realizado na amostra de 30 indivíduos foi de duas a quatro semanas. O teste de Correlação de Pearson foi utilizado para análise dos resultados.

A análise relacionada à estatística descritiva dos domínios do FQ na primeira medida e na segunda medida (reteste) com os 30 participantes estão apresentados na Tabela 14 a seguir:

**Tabela 14** - Estatística descritiva dos domínios CC e SEE, na primeira e na segunda avaliação. Ribeirão Preto, 2010 (n=30).

<b>Domínios do FQ</b>	<b>Intervalo Obtido</b>	<b>Mediana</b>	<b>Média (DP)</b>
CC 1ª avaliação	10-38	23	22,8(7,5)
CC 2ª avaliação	10-36	21,3	21(7,5)
SEE 1ª avaliação	17-36	28	27,9(4,8)
SEE 2ª avaliação	20-39	28,3	29(5,1)

Os resultados apontam pouca diferença entre as médias, mediana e intervalos obtidas nos domínios CC e SEE na primeira e na segunda medida. Seguindo a análise feita pelos autores da escala original realizamos o teste de correlação de Pearson entre os domínios nos dois momentos.

Entre as medidas do domínio CC foi obtido uma correlação forte, positiva e estatisticamente significativa ( $r=0,689$ ;  $p<0,001$ ), o mesmo resultado foi constatado para o domínio SEE ( $r=0,769$ ;  $p<0,001$ ).

## *6 Discussão*

O conceito de emoção expressa em familiares de pacientes com esquizofrenia surgiu em estudos prévios sobre o ambiente familiar na década de 50 (BROWN, 1959; BROWN; CARSTAIRS; TOPPING, 1958). Nesta época os estudos buscavam na família os fatores que causavam o transtorno mental e que contribuía para a re-internação psiquiátrica dos doentes. A desinstitucionalização era o principal objetivo da assistência ao paciente com transtorno mental (CARDOSO, 2008).

A partir dos anos 80, o conceito de emoção expressa passou a ser utilizado em pesquisas que investigam os fatores psicossociais que influenciam o prognóstico dos transtornos mentais. Esses estudos, sugerem a associação de níveis altos de EE e índices de recaída (KING; DIXON, 1999; BUTZLAFF; HOOLEY, 1998; KAVANAGH, 1992; WEISMAN et al., 2006).

No Brasil, apenas na década de 80 foram realizados estudos relacionados à EE (MONTAGNA, 1981; MENEZES, 1981; SCAZUFCA, 1998). Um desses estudos realizou a adaptação e validação do instrumento EFC, considerado padrão ouro para avaliar a EE de familiares de pacientes com esquizofrenia (MONTAGNA, 1981). No entanto, como foi mencionado anteriormente, esse instrumento apresenta limitações quanto ao tempo e necessidade de treinamento especializado para a sua aplicabilidade.

Nessa vertente, ao considerar a relevância de um instrumento adaptado e validado para avaliar a EE de familiares com esquizofrenia para o contexto brasileiro, bem como, de fácil aplicação o presente estudo teve como objetivo adaptar e disponibilizar para a língua portuguesa o *Family Questionnaire – FQ*. Esse instrumento foi eleito por preencher as características de aplicabilidade quanto ao tempo, de fácil aplicação, com boa aceitação pelos familiares e propriedades psicométricas adequadas em sua avaliação inicial (WIEDEMAN et al, 2002).

Além disso, FQ apresenta adequação de sua validade concorrente em relação à EFC considerada padrão-ouro para a avaliação da emoção expressa em familiares de pacientes com esquizofrenia (GLEESON et al., 2010).

A adaptação cultural e validação de um instrumento para avaliar a EE são importantes, pois apesar da maioria das pesquisas relacionadas à construção de instrumentos serem conduzidas em países de língua inglesa, os instrumentos precisam ser validados para a sua utilização em outros países ou culturas (ARTHUR et al., 2002).

A natureza da EE é claramente fundamentada em convenções culturais, em culturas específicas, implicando na necessidade de adaptar e testar instrumentos para a avaliação da EE em culturas diferentes. Nessa direção, é importante considerar que as influências culturais



constituem um fator importante na determinação dos níveis de emoção expressa (AZHAR; VARMA, 1996).

Devido ao número considerável de instrumentos desenvolvidos com o mesmo objetivo do FQ, uma das limitações encontradas refere-se ao número reduzido de publicações referentes à sua aplicação. Dentre as publicações destaca-se o desenvolvimento preliminar de validação das suas propriedades psicométricas e a utilização da FQ na avaliação do ambiente familiar após intervenções terapêuticas (WIEDEMANN et al., 2002; MACNAB; HASLAM; BURNETT, 2007; GLEESON et al., 2010).

Os estudos, em sua maioria, mostram os resultados da adaptação de instrumentos para idiomas e culturas diferentes utilizando construtos subjetivos e inclui nos resultados o processo metodológico, de forma a manter suas propriedades psicométricas (BEATON et al., 2000; FAYERS; HAYS, 2005).

Na área de Enfermagem as investigações de adaptação e validação de instrumentos são recentes, com aumento substancial de pesquisas dessa natureza nas últimas décadas. o que mostra a preocupação dos enfermeiros na busca de instrumentos fidedignos para a avaliação da prática clínica (KIMURA, 1999; FERREIRA, 2006).

Após revisão dos processos metodológicos disponíveis optou-se pela realização da adaptação do FQ para língua portuguesa proposto por Ferrer e colaboradores (1996), percorrendo as etapas de acordo com as modificações sugeridas em estudos nacionais (ECHEVARIA-GUANILO, 2005; FERREIRA, 2006; DANTAS, 2007; PELEGRINO, 2009).

As etapas percorridas de acordo com as modificações são apresentadas abaixo:

- Realização de avaliação por um comitê de especialistas, composto pelas pesquisadoras, oito profissionais com experiência no trabalho com familiares de pacientes com esquizofrenia e uma tradutora bilíngue para garantir as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual dos itens do FQ -- versão português, consenso 1, anteriormente à realização da *back-translation*.
- Envio da versão consenso final, em alemão, do FQ, ao autor principal, por meio de correio eletrônico, para verificação das semelhanças e diferenças entre a versão original e adaptada em alemão. O autor sugeriu algumas alterações e uma nova versão foi construída e traduzida para o português. Uma reunião posterior, com os tradutores bilíngues e a pesquisadora principal foi realizada, para a construção do FQ -- versão português, consenso 3, considerando as diferenças lingüísticas entre o alemão e o português.
- Análise semântica dos itens, realizada com três familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia em seguimento em um serviço ambulatorial, com diferentes níveis de

escolaridade. Todos concordaram que a maioria dos itens era de fácil compreensão e foram sugeridas alterações nas frases referentes aos itens 5, 7, 12 e 15 para melhor entendimento, as quais foram aceitas, em conjunto com a modificação de três itens de resposta.

As modificações ocorreram para que possíveis erros ou problemas de compreensão fossem detectados antes da *back-translation*, como propõe Ferrer et al. (1996). Além disso, a criação de um consenso em alemão e avaliação pelo autor original permitiu conferir as diferenças linguísticas já destacadas por ele durante a permissão para utilização do instrumento. A inclusão da análise semântica objetivou entender a real compreensão dos sujeitos sobre a variável em questão.

Cabe ressaltar que após realização do pré-teste, observou-se que todos os itens do instrumento foram preenchidos, garantindo a pertinência dos itens para os familiares de pacientes com esquizofrenia que responderam ao instrumento.

Ao término de todas as etapas propostas para o processo de adaptação cultural e a criação do FQ -- versão em português final, o instrumento foi aplicado em uma amostra de familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia com vistas à análise de suas propriedades psicométricas.

A representatividade da amostra é importante para a avaliação adequada das propriedades psicométricas de medidas de constructos sociais, sendo recomendado de 50 a 100 sujeitos (SAPNAS; ZELLER, 2002). Assim, a amostra foi constituída por 100 familiares de pacientes esquizofrênicos.

Os locais selecionados para aplicação do instrumento foram três serviços ambulatoriais de psiquiatria, dois pertencentes a um hospital público de ensino da região sudeste e um grupo de acompanhamento de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia em uso de medicamentos de alto custo também pertencente ao hospital público. O outro serviço está ligado a um centro de saúde escola.

O tempo médio para o preenchimento do instrumento variou de 20 a 30 minutos, relativamente superior ao preconizado por Wiedemann et al. (2002), o qual considera a sua aplicação breve, em torno de 5 a 10 minutos.

Os participantes preencheram todos os itens dos instrumentos, portanto nenhum dado foi perdido, confirmando, mais uma vez, a pertinência dos itens para os familiares de pacientes com esquizofrenia que responderam a versão do instrumento adaptada.

Em relação às características sociodemográficas dos 100 familiares participantes da pesquisa, constatou-se predominância de familiares do sexo feminino (78%), com idade

média de 52,6 anos (DP=14,1), com primeiro grau incompleto (52%), casados (57%), mães (41%) e com tempo médio de convivência com o paciente de 26,7 anos (DP=14,1).

É importante considerar que o serviço público de saúde mental, no Brasil, atende principalmente, a população de baixa renda. Portanto, na sociedade em geral, as famílias pertencentes às camadas populares são nucleares. Em alguns casos vivem na residência além do pai, mãe e filhos, alguns agregados. O homem exerce, na maioria das vezes, o papel de chefe da família e é responsável pela sobrevivência do grupo, à mulher cabe a responsabilidade pelas tarefas domésticas e maior parcela de trabalho no cuidado e educação dos filhos. Além disso, são as mulheres que diagnosticam e tratam as doenças, de acordo com os recursos à sua disposição (MACEDO, 1985).

Estudos realizados com cuidadores de pacientes com transtorno mental apontam uma alta prevalência de mulheres, especialmente mães, responsáveis pelo cuidado a esses pacientes (SILVA; SANTOS, 2009). A prevalência de mulheres no presente estudo também foi alta com predomínio de mães.

O baixo nível educacional da maioria dos familiares resultou na necessidade de leitura dos itens do instrumento pela pesquisadora para 70% da amostra, embora 30% responderam sem ajuda. Considerando a possibilidade de distorções nas respostas envolvendo a questão da desejabilidade social, as médias das respostas desses dois grupos foram avaliadas mediante aplicação do teste *t de Student* para que possíveis diferenças significativas entre os domínios CC e SEE do FQ fossem avaliadas. Para o domínio CC não se verificaram diferenças estatisticamente significantes entre os dois grupos, porém para o domínio SEE encontrou-se um valor de  $p=0,00$  apontando diferenças entre o grupo que respondeu o instrumento sem a ajuda e o grupo que necessitou da ajuda da pesquisadora para a leitura dos itens do instrumento.

Embora os resultados apontem essa diferença, o risco associado ao comprometimento da validade do instrumento não foi considerado, uma vez que, o constructo superenvolvimento emocional é mais complexo e menos claramente definido, envolvendo preocupação excessiva, autoidentificação e superproteção, Esses conceitos à luz da desejabilidade social promovem nos familiares uma tendência a apresentar respostas consideradas mais aceitáveis ou aprovadas socialmente, fator também identificado pelos autores na construção do instrumento (WIEDEMANN et al., 2002).

Em relação às características dos pacientes com esquizofrenia, 66% eram homens, a idade média foi de 40,5 anos (DP=13,7) e 60% não haviam completado o 1º grau. O tempo

médio de doença foi de 15,8 anos (DP=11,7) e, nos últimos 2 anos, o número de internações variou de zero a 8 vezes (mediana=0,0).

Geralmente, o diagnóstico da esquizofrenia ocorre antes dos 25 anos, sem predileção por raça, sexo ou classe sociocultural. Além disso, é extremamente raro seu aparecimento antes dos 10 ou depois dos 50 anos de idade e parece não haver diferença na prevalência entre homens e mulheres (KAPLAN; SADOCK; GREEB, 1997).

A média de idade dos 99 pacientes que participaram do estudo para construção da versão original do instrumento foi de 28 anos, com intervalo de 16 a 54 anos, mais jovens quando comparados à idade dos pacientes do nosso estudo. Essa diferença pode estar associada ao local de coleta de dados, ou seja, os participantes na versão original estavam internados em hospital e para 44 deles era o primeiro episódio da doença. Já em nosso estudo, os pacientes participantes foram selecionados em serviços ambulatoriais e a média de internação nos últimos dois anos foi de 0,5 (DP=1,1).

Espera-se que os pacientes em seguimento nesses serviços estejam estabilizados em relação à doença, adaptados ao tratamento medicamentoso e às novas condições impostas pelas mudanças geradas após o surgimento da esquizofrenia. Desse modo, deve-se considerar que esse processo é lento, acarretando uma série de períodos de reinternações, abandonos do tratamento e agudização dos sintomas.

Ao considerar o baixo número de internações nos últimos dois anos e a média de idade dos pacientes, em nossa amostra encontramos pacientes com quadros crônicos de esquizofrenia em processo de manutenção do tratamento, ou seja, acompanhamento ambulatorial. Cabe destacar que as diferenças encontradas em nossa amostra de pacientes quando comparadas às do estudo original mostraram-se representativas. Estudos prévios realizados com EE e pacientes crônicos sugerem que embora a emoção expressa seja um bom preditor de recaídas, independentemente da cronicidade do paciente, a magnitude da associação entre emoção expressa e recaída aumenta quando a amostra contém pacientes mais crônicos, ou seja, com mais de cinco anos de tempo de doença (BUTZLAFF; HOOLEY, 1998).

Nessa vertente, em estudo que comparou os níveis de emoção expressa por familiares de pacientes com esquizofrenia no primeiro episódio psicótico e em pacientes crônicos não foram verificadas diferenças estatísticas significantes entre os níveis de EE nos dois grupos (BACHMANN et al., 2002).

De acordo com a análise descritiva dos dados, em relação ao valor total do domínio CC do FQ obteve-se uma mediana de 21,5 que é menor do que a mediana do intervalo

possível entre 10 e 40, que é 25. No geral, não se observou grande diferença entre os valores da mediana e da média para o total da medida do domínio CC do FQ. Os resultados referentes à análise das respostas dadas aos itens do domínio CC do FQ mostram que todas englobam os valores possíveis que é de 1 a 4. A mediana referente à média de respostas aos 10 itens do domínio CC do FQ apresentou valor de 2, aproximando-se da média 2,2 (DP=1,1). Os valores das medianas dos itens, individualmente, foram, em sua maioria, igual a 2, apenas os itens 2 e 14 variaram em seus valores (3 e 1, respectivamente). As médias dos itens, individualmente, variaram entre 1,7 e 2,8. Essa variação pode ser explicada pela distribuição das respostas aos itens.

A análise das respostas obtidas aos itens do domínio SEE do FQ constatou que todas englobam os valores possíveis que é de 1 a 4. A mediana da média de respostas aos 10 itens do domínio SEE do FQ apresentou valor de 3, aproximando-se da média 2,9 (DP=1,2). Quanto à mediana dos itens, individualmente, verificou-se variações em seus valores tendo itens cuja mediana obteve valor 1 (item 7) e itens com valores iguais a 4 (itens 3, 13 e 17). As médias dos itens, individualmente, variaram entre 1,8 (DP=1,0) e 3,9 (DP=0,3), que também podem ser explicados pela distribuição das respostas aos itens.

Os resultados obtidos podem ser explicados pela distribuição das frequências dos itens, pois se tratam de itens homogêneos, com baixa variação das respostas.

O intervalo possível de pontuação total de cada domínio do FQ varia de 10 a 40. No nosso estudo, verificou-se intervalos de 10 a 30 para o domínio CC e 17 a 38 para o domínio SEE. A média da medida total de cada domínio do FQ variou de 22,1 (DP=7,2) para o domínio CC e 29,0 (DP=4,8) para o domínio SEE.

Em relação à distribuição das respostas dos itens do instrumento adaptado, esta se mostrou equilibrada, porém alguns itens como *eu penso no que poderá acontecer com ele(a)* (item 3), *eu não consigo dormir por causa dele(a)* (item 7), *eu me preocupo muito com ele* (item 13), *algumas coisas ele(a) faz somente por desaforo* (item 14) e *ele(a) é muito importante na minha vida* (item 17) apresentaram frequência de respostas superior a 50% para itens extremos, sendo que os itens 13 e 17 apresentaram frequência de 77% e 95%, respectivamente, para o item de resposta *sempre*.

Nesse sentido é importante ressaltar que os dois itens *eu me preocupo muito com ele e ele(a) é muito importante na minha vida* são perguntas que provavelmente sofrem o impacto da desejabilidade social, ou seja, uma propensão por parte dos participantes a responderem de forma tendenciosa, mais aceitáveis ou aprovadas socialmente (RIBAS; MOURA; HUTZ, 2004).

Essa hipótese pode ser explicada visto que a seleção dos familiares foi realizada mediante acompanhamento do paciente no retorno médico, ou seja, naquele momento o familiar era o único responsável pelo doente. Portanto, dificilmente eles iriam referir desinteresse pelo paciente. Uma vez que o comportamento de interesse pelo outro é o esperado pela sociedade. O conceito de desejabilidade social também pode estar associado à tendência a negar sua posição pessoal com opiniões e comportamentos desaprovados socialmente (RIBAS, MOURA; HUTZ, 2004).

Além disso, os familiares vivenciam sentimentos de culpa em relação ao adoecimento de seus membros com esquizofrenia gerando uma maior necessidade de aprovação e aceitação (SCAZUFCA, 2008; SILVA; SANTOS, 2009).

Para análise da validade de constructo da versão original do FQ, os autores correlacionaram os resultados obtidos pela caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes e familiares pertencentes ao estudo, garantindo a formação de grupos distintos como faixa etária, diagnóstico principal, número de internações, vínculo com o paciente, sexo e dados socioeconômicos. O instrumento também foi correlacionado com os resultados obtidos da aplicação da EFC, entrevista considerada padrão ouro na avaliação de EE de familiares de pacientes com esquizofrenia, para analisar a validade de constructo convergente da versão original e realizou a análise fatorial com rotação Varimax e Oblimin. (WIEDEMANN et al., 2002).

Em nosso estudo devido às limitações obtidas para correlações com a EFC, optou-se testar a validade de constructo convergente, utilizando o questionário de Senso de Coerência de Antonovsky. Esse questionário avalia o senso de coerência de acordo com os domínios compreensão, manuseio e significado e já foi adaptado e validado para o Brasil por Dantas (2007).

As hipóteses a serem testadas estabeleciam correlações negativas e, no mínimo, de grau moderado, entre as medidas dos dois constructos.

De acordo com os resultados, constatou-se que o QSCA apresentou alta consistência interna entre os itens (Alfa de Cronbach de 0,80), garantindo confiabilidade para testar as correlações entre as medidas. A adaptação e validação do QSCA, no contexto brasileiro, encontrou um valor semelhante de 0,79 para o alfa de Cronbach (DANTAS, 2007).

Os resultados da análise da validade de constructo convergente, obtidos pela correlação entre as medidas do QSCA e os domínios CC e SEE do FQ apresentaram correlações com valores negativos, -0,46 ( $p < 0,001$ ) para o domínio CC e -0,35 ( $p < 0,001$ ) para o domínio SEE.

É importante ressaltar que os valores obtidos indicam correlações inversas ou negativas e de moderada magnitude entre os valores das medidas do QSCA e as medidas dos domínios do FQ, instrumento inversamente ordenado. Enquanto no QSCA maiores valores indicam maior senso de coerência, no FQ esses valores indicam maior emoção expressa.

Esses resultados confirmaram as hipóteses elaboradas para testar a validade de constructo convergente da versão adaptada do instrumento.

Também foram realizadas análises relacionadas à validade de constructo, utilizando a análise dos componentes principais de acordo com a Matrix de rotação Varimax para os seus domínios CC e SEE.

A análise dos componentes principais da versão adaptada foi realizada pela rotação de Varimax, e resultou em dois componentes, que juntos representaram 37,99% de variância. O primeiro componente apresentou valores altos relacionados ao domínio comentários críticos (0,490 a 0,822), com variância de 27,7%. O segundo componente relacionou-se ao domínio superenvolvimento emocional (0,718 a 0,107), com variância de 10,3%. Os valores de 0,663 a 0,846 para o domínio CC, com variância de 36,3% e 0,267 a 0,736 para o domínio SEE, com variância de 13,6% em uma amostra de um informante por família foi encontrada por Wiedemann et al. (2002). A variância encontrada para os dois componentes foi de 48,7% .

No entanto, em nosso estudo, alguns itens do segundo componente apresentaram carga maior para o domínio CC, o que não foi observado na versão original.

Outro teste para avaliar a validade de constructo foi a comparação das medidas obtidas pelos domínios CC e SEE da versão adaptada do instrumento FQ em sujeitos pertencentes a grupos distintos, foram consideradas as seguintes variáveis para classificar os grupos: sexo, vínculo com o paciente, idade, tempo de doença e tempo de convivência. As seguintes hipóteses foram formuladas com base nos pressupostos dos autores do instrumento original: familiares do sexo masculino apresentarão maiores valores no domínio CC enquanto os familiares do sexo feminino apresentarão maiores valores no domínio SEE; quanto ao vínculo com o paciente, quanto mais próxima a relação de parentesco maiores serão os valores para os domínios FQ do que os demais familiares, quanto maior a idade dos familiares, maiores os valores dos domínios CC e SEE do FQ (correlações positivas e de moderada magnitude), quanto maior o tempo de convivência do familiar com a doença maior serão os valores dos domínios do FQ (correlações positivas e de moderada magnitude), quanto maior o tempo da doença maior serão os valores dos domínios do FQ (correlações positivas e de moderada magnitude). Apenas a hipótese relacionada ao vínculo com o paciente, para o domínio SEE

foi confirmada, ou seja, os pais apresentaram maiores valores para o domínio SEE e essa diferença foi estatisticamente significativa.

De acordo com os resultados encontrados entre sexo e os dois domínios CC e SEE da versão original do FQ, foram encontrados resultados semelhantes em relação ao valor médio do sexo feminino para o domínio CC (em nosso estudo, média=22,6, DP=7,2 e no artigo original média=22,2) e para o sexo masculino (em nosso estudo, média=20,4, DP=6,9 e no artigo original média=21,1). Entretanto nos dois estudos, apesar dos familiares do sexo feminino apresentarem uma média maior no domínio CC do que os do sexo masculino, essa diferença não foi estatisticamente significativa.

Em relação ao sexo e o domínio SEE, em nosso estudo, também, os participantes do sexo feminino apresentaram valor médio maior (média=29,2; DP=4,95) quando comparados ao sexo masculino (média=28,1; DP=4,1), porém essa diferença não foi estatisticamente significativa, já para a versão original, além das diferenças entre os valores médios dos sexos para o domínio SEE (feminino=28,1 e masculino=25,7), o domínio SEE apresentou correlação com sexo estatisticamente significativa (WIEDEMANN et al., 2002). Nessa vertente, destacamos a importância da realização de estudos futuros para avaliação dessa relação.

Os autores da versão original não encontraram correlações estatisticamente significantes entre o FQ e as outras características sociodemográficas e clínicas dos participantes.

Em nosso estudo para análise do vínculo do familiar com os domínios do FQ, os familiares participantes do estudo foram agrupados em duas categorias, pais e outros familiares. O grupo de pais representou 47% da amostra e o grupo outros familiares que incluiu tanto esposo(a) quanto irmão, filho ou outro grau de parentesco representou 53% da amostra. As médias das respostas dos dois grupos foram analisadas para avaliação de possíveis diferenças significativas.

Os resultados encontrados apontam maiores valores médios para o grupo dos pais dos pacientes para ambos os domínios conforme havíamos previamente estabelecido. Entretanto a diferença entre a avaliação dos pais e de outros familiares se mostrou estatisticamente significativa apenas para o domínio SEE.

O superenvolvimento emocional é mais comum entre os pais (especialmente mães) do que entre os outros familiares. O SEE é refletido por diversos padrões de comportamento, ou seja, quando um familiar refere um sacrifício excessivo; uma preocupação excessiva com o



estado de saúde do paciente; ou um comportamento extremamente superprotetor (CHAMBLESS, 1998).

Quanto à relação entre idade, tempo de doença, tempo de convivência e a medida dos domínios CC e SEE, nossos resultados não foram conclusivos, uma vez que os valores de correlação obtidos foram todos de fraca magnitude e não estatisticamente significantes. Entretanto, chama a atenção a correlação inversa entre a medida do domínio SEE com o tempo de convivência e o tempo da doença. Tal resultado sugere que quanto maior o tempo de convivência e o tempo de doença, menor o valor do superenvolvimento emocional.

Em relação à confiabilidade do instrumento FQ, esta foi verificada, na versão original, pela consistência interna de seus itens, de acordo com os valores do alfa de Cronbach para os dois domínios (CC e SEE) e pelo teste de reprodutibilidade, teste-reteste, com intervalo entre as medidas de duas semanas (WIEDEMANN et al., 2002).

Em nossa versão adaptada do FQ optou-se por seguir as etapas realizadas para o teste de confiabilidade da versão original. Portanto, foram calculados os valores do alfa de Cronbach para os dois domínios, o resultado obtido da análise da consistência interna foi de 0,861 para o domínio CC e de 0,655 para o domínio SEE, demonstrando uma boa consistência interna de seus itens, considerando valor de alfa confiável superior a 0,5 (BOWLING, 2005).

Esses resultados diferem dos obtidos pelos autores da versão original que obtiveram resultados maiores para os dois domínios: 0,92 para o domínio CC e 0,79 para o domínio SEE (WIEDEMANN et al., 2002).

Para a avaliação da reprodutibilidade do instrumento realizada pelo teste-reteste, optou-se pelo intervalo das avaliações entre duas e quatro semanas, de acordo com outros estudos que testaram essa propriedade de instrumentos adaptados culturalmente.

O teste-reteste foi realizado numa amostra de 30 familiares participantes do estudo. Os resultados apontam fortes correlações entre os itens dos dois domínios CC ( $r=0,689$ ;  $p<0,001$ ) e SEE ( $r=0,769$ ;  $p<0,001$ ), representando baixa variação de respostas aos diferentes itens que compõem o instrumento. No estudo original foram encontrados valores superiores, ou seja, 0,84 ( $p<0,001$ ) para o domínio CC e 0,91 ( $p<0,001$ ) para o domínio SEE para uma amostra de 35 participantes (WIEDEMANN et al., 2002).

## *7 Conclusões*

O processo de adaptação cultural e validação para a língua portuguesa do *Family Questionnaire* atendeu aos critérios de validação propostos pela literatura. Resultando assim, em um instrumento adaptado, compreensível e de fácil aplicação para avaliação da emoção expressa de familiares de pacientes com esquizofrenia no contexto brasileiro. De acordo com os objetivos propostos para a versão adaptada do FQ, conclui-se que:

- O instrumento apresentou, a partir da análise do componente principal, a presença de dois componentes confirmando a dimensionalidade da versão original;
- De acordo com a associação dos resultados obtidos aos da aplicação do QSCA, obteve correlações de moderada magnitude, negativas e estatisticamente significantes, confirmando a validade de constructo convergente;
- No que se refere à validade de constructo quando avaliada pela comparação da medida dos domínios do FQ entre grupos distintos, não constatou diferenças entre os sexos. Os pais apresentaram diferenças estatisticamente significantes em relação aos outros familiares para o domínio SEE. Foram encontradas correlações entre a idade dos familiares, tempo de doença dos pacientes e tempo de convivência com os pacientes de fraca magnitude e não estatisticamente significantes;
- Os domínios do instrumento adaptado apresentaram boa consistência interna, com valores adequados de alfa de Cronbach;
- A avaliação da reprodutibilidade do instrumento foi confirmada pelos resultados do teste reteste, que mostraram correlações fortes e estatisticamente significantes entre os dois domínios do FQ em momentos distintos de aplicação do instrumento.

Conclui-se, portanto, que, o questionário FQ está disponibilizado para o contexto brasileiro. Deve-se salientar que esta foi a primeira etapa para validação do questionário sendo necessário desenvolver outros estudos que possibilitem superar algumas limitações do estudo atual.

A principal limitação desta pesquisa foi o fato de ter sido aplicada a uma amostra de pacientes ambulatoriais enquanto que a versão original foi aplicada em familiares de pacientes internados. Essa diferença não permitiu verificar o valor preditivo de recaídas psiquiátricas. Muitos estudos indicam a emoção expressa como principal indicador de riscos para as recaídas psicóticas.

A aplicação deste instrumento contribuirá positivamente para o estudo do ambiente familiar de pacientes com esquizofrenia, fornecendo subsídios para comparações com estudos internacionais e para uma melhor discussão sobre a evolução e prognóstico dessa patologia.

*Referências*

AARONSON, N.; BURNAM, A.; LOHR, K. N.; PATRICK D. L.; PERRIN, E.; STEIN, R. E. K. Assessing health status and quality-of-life instruments: attributes and review criteria. **Qualify of Life Research**, Netherlands, v. 11, p.193-205, 2002.

AJZEN, I.; FISHBEIN, M. **Understanding attitudes and predicting social behavior**. New Jersey: Prentice-Hall, 1980. 278 p.

ANJOS, A. C. Y. **A experiência da terapêutica quimioterápica oncológica na visão do paciente**. Ribeirão Preto, 123 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

ANTONOVSKY, A. The structure and properties of the Sense of Coherence Scale. **Social Science and Medicine**, Oxford, v.36, p.725-733, 1993.

ANTONOVSKY, A. **Unraveling the mystery of health**. Sao Franscisco: Jossey-Bass, 1987

ARTES, R.; BARROSO, L. P. Aspectos estatísticos da análise fatorial de escalas de avaliação. In: GORESTEIN, C.; ANDRADE, L. H. S. G.; ZUARDI, A .W. (Eds). **Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia**. São Paulo: Leitura médica, 2008. p. 35-44.

ARTHUR, D. The validity and realiability of the measurement of the concept ‘expressed emotion’ in the family members and nurses of Hong Kong patients with schizophrenia. **International Journal of Mental Health Nursing**, Richmond, v. 11, p. 192-198, 2002.

AZHAR, M. Z.; VARMA, S. L. Relationship of expressed emotion with relapse of schizophrenia patients in Kelantan. **Singapore Medical Journal**, Singapore, v. 37, p. 82-85, 1996.

BACHMANN, S. et al. Expressed emotion in relatives of first-episode and chronic patients with schizophrenia and major depressive disorder- a comparison. **Psychiatry Research**, Shannon, v. 112, p. 239-250, 2002.

BALLONE, G. J. Psicoses. **Psiqu Web**. 2002. Disponível em: <<http://www.pisqweb.med.br/psicoses.html>>. Acesso em: 02 jan. 2005.

BANDEIRA, M.; CALZAVARA, M. G. P.; VARELLA, A. A. B. Escala de sobrecarga dos familiares de pacientes psiquiátricos: adaptação transcultural para o Brasil (FBIS-BR). **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 3, p. 206-214, 2005.

BARRELET, L. et al. Expressed emotion and first-admission schizophrenia. Nine-month follow-up in a French cultural environment. **British Journal of Psychiatry**, London, v. 156, p. 357-362, 1990.

BEATON, D. E. et al. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self report measures. **Spine**, Philadelphia, v. 25, n. 24, p. 3186-3191, 2000.

BELISSIMO, M. Esquizofrenia atinge 1,8 milhão de pessoas no Brasil. **ABP Brasil**. 2005. Disponível em: <<http://www.abpbrasil.org.br/clipping/exbclipping/?clipping=403-13k>>. Acesso em: 04 fev. 2008.

BERTRANDO, P. et al. Expressed emotion and schizophrenia in Italy: a study of an urban population. **British Journal of Psychiatry**, London, v.161, p. 223-229, 1992.

BHUGRA, D.; MCKENZIE, K. Expressed emotion across cultures. **Advances in Psychiatric Treatment**, London, v. 9, p. 342-348, 2003.

BOWLING, A. **La medida de la salud**: revision de las escalas de medida de la calidad de vida. Barcelona. 1994. 222p.

BOWLING, A. **Measuring health**: a review of quality of life measurement scales. 3rd ed. Berkshire: Open University Press, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196/96**. Dispõe sobre normas de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: MS, 1996. 24p.

BREITBORDE, N. J. K.; LOPEZ, S.R., KOPELOWICZ, A. Expressed Emotion and Health Outcomes Among Mexican-Americans With Schizophrenia and Their Caregiving Relatives. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, Philadelphia, v. 198, n. 2, p.105–109, feb. 2010.

BREITBORDE, N. J. K. et al. Emotional over involvement can be deleterious for caregivers' health: Mexican americans caring for a relative with schizophrenia. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, Heidelberg, v. 44, p.716-723, 2009.

BROWN, G. W.; CARSTAIRS, G. M.; TOPPING, G. Post-hospital adjustment of chronic mental patients. **Lancet**, London, v. 2, n. 7048, p. 685–688, 1958.

BROWN, G. W. Experiences of discharge chronic schizophrenic patients in various types of living groups. **The Milbank memorial fund quarterly**, Hoboken, v. 37, p. 105-131, 1959.

BROWN, G. W.; BIRLEY, J. L. T.; WING, J. K. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. **British Journal of Psychiatry**, London, v. 121, p. 241-258, 1972.

BROWN, G. W.; MONCK, E.; CARSTAIRS, G.; WING, J. Influence of family life on the course of schizophrenia illness. **British Journal of Preventive Social Medicine**, London, v. 16, p. 55-68, 1962.

BROWN, G. W.; RUTTER, M. The measurement of family activities and relationship: a methodological study. **Human Relations**, London, v. 19, n. 3, p. 241-263, 1966.

BUTZLAFF, R. L.; HOOLEY, J. M. Expressed emotion and psychiatric relapse. **Archives of general psychiatry**, Chicago, v. 55, p. 547-552, jun. 1998.

CARDOSO, L. **Egressos de internação psiquiátrica-um olhar sobre o paciente e seu familiar cuidador**. 2008. Dissertação (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

CHAMBLESS, D. L. Family overinvolvement and criticism: an introduction to expressed emotion. **Psychotherapy in Practice**, Hoboken, v. 4, n. 3, p. 1-5, 1998.

CHENG, A. T. A. Expressed emotion: a cross-culturally valid concept? **British Journal of Psychiatry**, London, v. 181, p. 466-7, 2002.

CICONELLI, R. M. **Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical Outcomes 36 Item Short Form Health Survey-SF-36”**. São Paulo, 1997. 143f. Tese (Doutorado) - Escola Paulista Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1997.

CONN, V. A visão da família sobre o continuum do atendimento. In: STUART, G. W.; LARAIA, M. T. **Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2001. p. 296 -302.

DANTAS, R. A. S. **Adaptação cultural e validação do Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky em uma amostra de pacientes cardíacos brasileiros**. 2007.183f. Tese (Livre-Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

DAVIS, J. A.; GOLDSTEIN M. J.; NUECHTERLEIN, K. H. Gender differences in family attitudes about schizophrenia. **Psychological Medicine**, Cambridge, v. 26, 689-696, 1996.

DOCHERTY, N. M.; SERPER, M. H.; HARVEY, P. D. Development and preliminary validation of a questionnaire assessment of expressed emotion. **Psychological Reports**, Cambridge, v. 67, p. 279-287, 1990.

DURÃO, A. M. S. **Grupo de acompanhamento de pacientes portadores de esquizofrenia medicados com clozapina e de seus familiares: o impacto sobre o cotidiano de suas vidas**. Ribeirão Preto, 147 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

ECHEVARRIA-GUANILO, M. E. **Burns Specific Pain Anxiety Scale – BSPAS: adaptação transcultural e validação preliminar**. 2005. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

FALKAI, P. et al. Diretrizes da Federação Mundial das Sociedades de Psiquiatria Biológica para o tratamento biológico da esquizofrenia. Parte 1: tratamento agudo. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, n.33, p.7-64, 2006. suplemento.

FAYERS, P. M.; MACHIN, D. Scores and measurements: validity, reliability, and sensitivity. **Quality of life. Assesment, Analysis and Interpretation**. Chichester: John Wiley & Sons, 2007.

FAYERS, P. M.; HAYS, R. **Assessing quality of life in clinical trials**. 2. ed. Oxford: Oxford University Press, 2005. 467p.

FERREIRA, E. **Adaptação cultural da “Burns Specific Health Scale-Revised” (BSHS-R): versão para brasileiros que sofreram queimaduras**. Ribeirão Preto, 2006.108f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

FERRER, M. et al. Validity and reability of the St George’s Respiratory Questionnaire after adaptation to a different language and culture: the Spanish example. **European Respiratory Journal**, Lausanne, v. 9, p. 1160-6, 1996.

FALLOON, I. R. H.; BOYD, J. J.; MCGILL, C. W. **Family care of schizophrenia**. New York: The Guilford Press, 1984.

FONSECA, E. S. M. et al. Validação do questionário de qualidade de vida (King’s Health Questionnaire) em mulheres brasileiras com incontinência urinária. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 235, 2005.

FRIEDMAN, M. S.; GOLDSTEIN, M. J. Relatives’ awareness of their own expressed emotion as measured by a self-report adjective checklist. **Family Process**, Hoboken, v. 32, p. 459-471, 1993.

FRIEDMAN, M. S.; GOLDSTEIN, M. J. Relatives’ perception of their interactional behavior with a schizophrenic family member. **Family Process**, Hoboken,, v. 33, p. 377-387, 1994.

GLEESON, J. F. M. et al. Family outcomes from a randomized control trial of relapse prevention therapy in first-episode psychosis. **Journal of Clinical Psychiatry**, Memphis, v. 71, n.4, p. 475-483, apr. 2010.

GOLDSTEIN, M. et al. Patterns of expressed emotion and patient coping styles that characterise the families of recent-onset schizophrenics. **British Journal of Psychiatry**, London, v. 155, p. 107-111, 1989.

GUILLEMIN, F. Cross-cultural adaptation and validation of health status measures. **Scandinavian Journal of Rheumatology**, London, v. 24, n. 2, p. 61-3, 1995.



GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D.E. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **Journal of Clinical Epidemiology**, New York, v. 46, n. 12, p.1417-32, 1993.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas,1994. 333 p.

HUMBEECK, G. V.; AUDENHOVE, C. V.; HERT, M.; PIETERS,G.; STORMS, G. Expressed emotion: a review of assessment instruments. **Clinical Psychology Review**, Oxford, v. 22, p. 321-341, 2002.

JORGE, M. R. Adaptação transcultural de instrumentos de pesquisa em saúde mental. In: GORESTEIN, C.; ANDRADE, L. H. S.; ZUARDI, A.W. (Eds.). **Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia**. São Paulo: Leitura Médica, 2008. p. 53-58.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREEB, J. A. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento de psiquiatria clínica**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 1997.

KAVANAGH, D. J. Recent development in expressed emotion and schizophrenia. **British Journal of Psychiatry**, London, v. 160, p. 601-620, 1992.

KAVANAGH, D. J. et al. The family attitude scale: reliability and validity of a new scale for measuring the emotional climate of families. **Psychiatry Research**, Shannon, v. 70, n. 3, p. 185-195, 1997.

KAZARIAN, S. S.; MALLA, A. K.; COLE, J. D.; BAKER, B. Comparisons of two expressed emotion scales with the Camberwell Family Interview. **Journal of Clinical Psychology**, Hoboken, v. 46, p. 306-309, 1990.

KERLINGER, F. N. **Foundations of behavioral research**. 3. ed. New York: Holt, Rinehard and Winston, 1986.

KIMURA, M. **Tradução para o português e validação do “Quality of life index” de Ferrans e Powers**. São Paulo, 1999. 143f. Tese (Livre-Docência) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

KING, S.; DIXON, M. J. Expressed emotion and relapse in young schizophrenia outpatients. **Schizophrenia Bulletin**, Oxford, v. 25, n. 2, p. 377-386, 1999.

KOPELOWICZ, M. D. et al. Expressed emotion and family interactions in mexican americans with schizophrenia. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, Philadelphia, v. 194, n. 5, may 2006.

KREISMAN, D. E. et al. Family attitudes and patient social adjustment in a longitudinal study of outpatient schizophrenics receiving low dose neuroleptics: the family's view. **Psychiatry**, New York, v. 51, p. 3-13, 1988.

- KREISMAN, D. E.; SIMMENS, S. J.; JOY, V. D. Rejecting the patient: preliminary validation of a self-report scale. **Schizophrenia Bulletin**, Oxford, v. 5, n. 2, p. 220-222, 1979.
- LENIOR, M. E.; DINGEMANS, P. M. A. J.; LINSZEN, D. H. A quantitative measure for expressed emotion. **Psychiatry Research**, Shannon, v. 69, p. 53-65, 1997.
- LEFF, J.; BROWN, G. Family and social factors in the course of schizophrenia. **British Journal of Psychiatry**, London, v.130, p.417-418, 1977.
- LEFF, J.; VAUGHN C. Expressed Emotion in Families: Its Significance for Mental Illness. Guilford Press. New York, 1985.
- LO-BIONDO, W. G., HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem, Métodos, Avaliação, Crítica e Utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001, 330p.
- LÓPEZ, A. R.; POLO, A. J.; KARNO, M.; HIPKE, K. N.; JENKINS, J. H.; VAUGHN, C.; SNYDER, K. S. Ethnicity, expressed emotion, attributions, and course of schizophrenia: family warmth matters. **Journal of Abnormal Psychology**, Washington, v. 113, n. 3, p. 428-439, 2004.
- MACEDO, C. C. **A reprodução da desigualdade**: o projeto de vida familiar de um grupo operário. São Paulo: Ed. Vértice, 1985. 150p.
- MALLA, A. K. et al. Validation of the five minute speech sample in measuring expressed emotion. **Canadian Journal of Psychiatry**, Ottawa, v. 36, p. 279-299, 1991.
- MARI, J. J.; LEITAO, R. J. A epidemiologia da esquizofrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, p. 15-7, maio 2000. Suplemento 1.
- MARTINS, C.; LEMOS, A. I.; BEBBINGTON, P. E. A portuguese/brazilian study on expressed emotion. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, Heidelberg, v. 27, p. 22-27, 1992.
- MAVREAS, V. G. et al. Expressed emotion in families of chronic schizophrenics and its association with clinical measures. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, Heidelberg, v. 27, p. 4-9, 1992.
- MCNAB, C.; HASLAM, N.; BURNETT, P. Expressed emotion, attributions, utility beliefs, and distress in parents of young people with first episode psychosis. **Psychiatry Research**, Shannon, v. 151, p. 97-106, 2007.
- MENEZES, P. R. Emoções expressas. In: CAETANO, D.; FROTA-PESSOA O.; BECHELLI, L. P. C. **Esquizofrenia**: atualização em diagnóstico e tratamento. São Paulo: Atheneu, 1981. p. 83-8.

MINO, Y. et al. Expressed emotion components in families of schizophrenic patients in Japan. **International Journal of Mental Health**, v. 24, p. 38-49, 1995.

MONTAGNA, P. L. K. **Emoções expressas no ambiente familiar e evolução da esquizofrenia**. São Paulo, 213 f. Tese (Mestrado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1981.

NOMURA, H. et al. A cross-cultural study on expressed emotion in carers of people with dementia and schizophrenia: Japan and England. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, Heidelberg, v. 40, p. 564-570, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas/OMS, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília: OMS, 2003.

PARKER, G.; HAYWARD, L.; JOHNSTON, P. Factorial validity of the EE scales. **Psychological Medicine**, Cambridge, v. 19, p. 435-446, 1989.

PASQUALI, L. Parâmetros psicométricos dos testes psicológicos. In: PASQUALI, L. **Técnicas de exame psicológico- TEP**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p. 111-36.

PELEGRINO, F. M. **Adaptação cultural e validação do instrumento “Duke Anticoagulation Satisfaction Scale” (DASS)**: versão para brasileiros em uso de anticoagulação. Ribeirão Preto, 2009. 168f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Nursing research: principles and methods**. 6. ed. Philadelphia: Lippincott, 1999. 757p.

RIBAS, R. C.; MOURA, M. L. S.; HUTZ, C. S. Adaptação brasileira da Escala de Desejabilidade Social de Marlowe-Crowne. **Avaliação Psicológica**, Itatiba, v. 3, n.2, p. 83-92, 2004.

ROSENFARB, I.S.; BELLACK, A.S.; AZIZ, N. Race, family interactions and patient stabilization in schizophrenia. **Journal of Abnormal Psychology**, Washington, v.113, p. 109-115, 2004.

SAPNAS, K. G.; ZELLER, R. A. Minimizing sample size when using exploratory factor analysis for measurement. **Journal of Nursing Measurement**, New York, v. 10, n. , p. 135-54, 2002.

SAUNDERS, J. Walking a mile in their shoes: symbolic interactionism for families living with severe mental illness. **Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services**, Thorofare, v. 35, n. 6, p. 8-13, 1997.

SAUNDERS, J. C.; BYRNE, M. A thematic analysis of families living with schizophrenia. **Archives of Psychiatric Nursing**, Philadelphia, v. 16, n. 5, p. 217-223, 2002.

SCAZUFCA, M. Avaliação de emoção expressa (EE) em familiares de pacientes psicóticos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 368-373, 1998.

SCAZUFCA, M. Entrevista de avaliação de emoção expressa (EE) em familiares de pacientes com psicose. In: GORESTEIN, C.; ANDRADE, L. H. S.; ZUARDI, A. W. (Eds). **Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia**. São Paulo: Leitura médica, 2008. p. 259-263.

SCIENTIFIC ADVISORY COMMITTEE OF THE MEDICAL OUTCOMES. Assessing health status and quality-of-life instruments: attributes and review criteria. **Quality Life Research**, Dordrecht, v. 11, n. 3, p. 193-205, 2002.

SHIRAKAWA, I. Aspectos gerais do manejo do tratamento de pacientes com esquizofrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, p. 56-58, maio 2000. Suplemento 1.

SILVA, G.; SANTOS, M. A. Álbum de família e esquizofrenia: convivência em retrato. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 14, n.1, p. 83-91, jan./mar. 2009.

SOLOMON, P.; STACEY, L. A . The relationship of case managers' expressed emotion to clients' outcomes. **Social Psychiatric Epidemiology**, Heidelberg, v. 45, p. 165-174, 2010.

TESCHINKY, U. Living with schizophrenia: the family illness experience. **Issues in Mental Health Nursing**, New York, v. 21, p. 387-396, 2000.

VAUGHN C.; LEFF, J. P. Patterns of emotional response in relatives of psychiatric patients. **Schizophrenia Bulletin**, Oxford, v. 7, p. 43-44, 1981.

VAUGHN, C. E.; LEFF, J. The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. **British Journal of Social and Clinical Psychology**, Leicester, v.15, p.157-165, 1976.

YANG, L. H. et al. Causal attributions about schizophrenia in families in China: expressed emotion and patient relapse. **Journal of Abnormal Psychology**, Washington, v.113, n. 4, p.592-602, 2004.

WALTZ, C. F.; STRICKLAND, D.L.; LENZ, E. R. **Measurement in nursing research**. 2nd ed. Philadelphia: Davis Company, 2005.

WEISMAN, A. G.; NUECHTERLEIN, K. H.; GOLDSTEIN, M. J.; SNYDER, K. Controllability perceptions and reactions to symptoms of schizophrenia: A within family comparison of high-EE and low-EE relatives. **Journal of Abnormal Psychology**, Washington, v. 109, p. 167-171, 2000.

WEISMAN, A. G.; ROSALES, G. A.; KYMALAINEN, J. A.; ARMESTO, J. C. Ethnicity, expressed emotion, and schizophrenia patients' perceptions of their family members' criticism. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, Philadelphia, v. 194, n. 9, p. 644-649, sept. 2006.

WIEDEMANN, G.; RAYKI, O., FEINSTEIN, E.; HAHLWEG, K. The family questionnaire: development and validation of a new self-report scale for assessing expressed emotion. **Psychiatry Research**, Shannon, v. 109, p. 265-279, 2002.

WILLETTS, L. E.; LEFF, J. Expressed emotion and schizophrenia: the efficacy of a staff training programme. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 26, p.1125-1133, 1997.

ZANETTI, A. C. G.; GALERA, S.A.F. O impacto da esquizofrenia para a família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 28, n.3, p. 28-33, 2007.

*Apêndices*

**APENDICE A**  
**QUESTIONÁRIO FAMILIAR (FQ)**

Seu nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Nome do(a) paciente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

A seguir está listada uma seqüência de formas de comportamento, reações e pensamentos que podem surgir no convívio com o/a paciente.

Assinale em cada afirmação a frequência de sua reação em relação ao paciente. Não há respostas certas ou erradas. Assinale a primeira resposta que vier à sua cabeça. Preencha todos os itens e em cada afirmação assinale somente uma resposta.

		Nunca/ Muito rara- mente	Rara- mente	Quase Sempre	Sempre
1.	Por causa dele(a) não presto atenção o suficiente em mim	O	O	O	O
2.	Eu tenho que pedir várias vezes que ele(a) faça as coisas	O	O	O	O
3.	Eu sempre penso no que poderá acontecer com ele(a)	O	O	O	O
4.	Ele(a) me deixa irritado	O	O	O	O
5.	Eu penso muito sobre a causa da doença	O	O	O	O
6.	Eu tento não criticá-lo	O	O	O	O
7.	Eu não consigo dormir por causa dele(a)	O	O	O	O
8.	É difícil chegar a um acordo com ele(a)	O	O	O	O
9.	Quando algo nele(a) me irrita, ou me deixa preocupado eu guardo para mim	O	O	O	O
10.	Ele(a) não demonstra gratidão pelo que eu faço por ele(a)	O	O	O	O
11.	Por ele(a) deixo minhas necessidades para trás	O	O	O	O
12.	Algumas vezes ele(a) me deixa nervoso	O	O	O	O
13.	Eu me preocupo sempre com ele(a)	O	O	O	O
14.	Algumas atitudes dele(a) são para me testar, para me desafiar	O	O	O	O
15.	Eu já pensei que eu mesmo posso ficar doente	O	O	O	O
16.	Quando ele(a) me pede coisas toda hora, eu me irrito.	O	O	O	O
17.	Ele(a) é muito importante na minha vida	O	O	O	O
18.	Eu preciso pedir a ele(a) que se comporte de outra maneira	O	O	O	O
19.	Para ajudar ele(a) deixo de fazer coisas importantes	O	O	O	O
20.	Ele(a) me irrita	O	O	O	O

Fonte: Versão em Português Consenso 1 adaptada por Zanetti (2010) do instrumento FQ de Wiedemann et al. (2002)

**APENDICE B**  
**QUESTIONÁRIO FAMILIAR (FQ)**

Seu nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Nome do(a) paciente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

A seguir está listada uma seqüência de formas de comportamento, reações e pensamentos que podem surgir no convívio com o/a paciente.

Assinale em cada afirmação a freqüência de sua reação em relação ao paciente. Não há respostas certas ou erradas. Assinale a primeira resposta que vier à sua cabeça. Preencha todos os itens e em cada afirmação assinale somente uma resposta.

		Nunca/ Muito rara- mente	Rara- mente	Quase Sempre	Sempre
1.	Por causa dele(a) eu não presto atenção em mim mesmo(a)	O	O	O	O
2.	Eu tenho que pedir várias vezes para ele(a) fazer as coisas	O	O	O	O
3.	Eu penso no que poderá acontecer com ele(a)	O	O	O	O
4.	Ele(a) me deixa irritado(a)	O	O	O	O
5.	Eu penso muito sobre a causa da doença dele(a)	O	O	O	O
6.	Eu tenho que me esforçar para não criticá-lo(a)	O	O	O	O
7.	Eu não consigo dormir por causa dele(a)	O	O	O	O
8.	É difícil chegar a um acordo com ele(a)	O	O	O	O
9.	Quando algo nele(a) me irrita ou me deixa preocupado(a) eu guardo para mim	O	O	O	O
10.	Ele(a) não demonstra gratidão pelo que eu faço por ele(a)	O	O	O	O
11.	Por ele(a) deixo de fazer minhas necessidades	O	O	O	O
12.	Ele(a) me deixa nervoso	O	O	O	O
13.	Eu me preocupo muito com ele(a)	O	O	O	O
14.	Ele(a) faz coisas para me testar ou desafiar	O	O	O	O
15.	Eu penso que eu mesmo(a) posso ficar doente	O	O	O	O
16.	Eu me irrita quando ele(a) pede coisas toda hora	O	O	O	O
17.	Ele(a) é muito importante na minha vida	O	O	O	O
18.	Eu preciso pedir a ele(a) que se comporte de outra maneira	O	O	O	O
19.	Deixo de fazer coisas importantes para ajudá-lo(a)	O	O	O	O
20.	Ele(a) me incomoda	O	O	O	O

Fonte: Versão em Português Consenso 2 adaptada por Zanetti (2010) do instrumento FQ de Wiedemann et al. (2002)



**APENDICE C**  
**FAMILIENFRAGEBOGEN (FQ)**

**Ihr Name:** \_\_\_\_\_ **Ihr Alter:** \_\_\_\_\_

**Name des Patienten:** \_\_\_\_\_ **Heutiges Datum:** \_\_\_\_\_

Im folgenden sind eine Reihe von Verhaltensweisen, Reaktionen und Gedanken aufgeführt, die im alltäglichen Umgang mit der/ dem Patientin/ en oftmals auftreten können.

Kreuzen Sie bitte bei jeder Feststellung an, wie oft diese Reaktion auf die/den Patientin/en bei Ihnen persönlich in der letzten Zeit aufgetreten ist. Es gibt keine richtigen und falschen Antworten. Kreuzen Sie bitte die erste Antwort an, die Ihnen in den Sinn kommt. Denken Sie daran, jede Feststellung zu beantworten und bei jeder Feststellung nur eine Antwort anzukreuzen.

		Nie/Ganz Selten	Selten	Fast Immer	Immer
1.	Wegen ihm/ihr gebe ich nicht auf mich acht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Ich muss ihn/sie immer wieder darum bitten, die Sachen zu machen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Ich denke daran, was ihm/ihr passieren kann	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Er/sie ärgert mich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Ich denke viel über die Ursache seiner/ihrer Krankheit nach	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Ich muss mich anstrengen, ihn/sie nicht zu kritisieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Ich kann wegen ihm/ihr nicht schlafen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Es ist schwer mit ihm/ihr zu einem Einverständnis zu kommen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Wenn mich etwas an ihm/ihr stört oder mir Sorgen macht, behalte ich das für mich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Er/sie zeigt mir gegenüber keine Dankbarkeit für das, was ich für ihn/sie tue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	Wegen ihm/ihr komme ich nicht meinen Verpflichtungen nach	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	Er/sie macht mich nervös	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	Ich mache mir viele Sorgen um ihn/sie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	Er/sie macht Sachen, um mich zu testen oder herauszufordern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.	Ich glaube, dass ich auch krank werden kann	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.	Ich bin verärgert, wenn er/sie die ganze Zeit um etwas bittet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.	Er/sie ist ein wichtiger Mensch in meinem Leben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.	Ich muss ihn/sie bitten, sich anders zu verhalten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.	Ich lasse wichtige Dinge liegen, um ihm/ihr zu helfen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.	Er/sie stört mich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fonte: Versão Consenso Final em Alemão adaptada por Zanetti (2010) do instrumento FQ de Wiedemann et al. (2002)

**APENDICE D**  
**QUESTIONÁRIO FAMILIAR (FQ)**

Seu nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Nome do(a) paciente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

A seguir está listada uma seqüência de formas de comportamento, reações e pensamentos que podem surgir no convívio com o/a paciente.

Assinale em cada afirmação a freqüência de sua reação em relação ao paciente. Não há respostas certas ou erradas. Assinale a primeira resposta que vier à sua cabeça. Preencha todos os itens e em cada afirmação assinale somente uma resposta.

		Nunca/ Muito rara- mente	Rara- mente	Freqüente -mente	Muito freqüente -mente
1.	Por causa dele(a) eu não presto atenção suficiente em mim mesmo(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Eu tenho que pedir várias vezes para ele(a) fazer as coisas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Eu penso no que poderá acontecer com ele(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Ele(a) me deixa irritado(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Eu penso muito sobre a causa da doença dele(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Eu preciso me segurar para não criticá-lo(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Eu não consegui dormir por causa dele(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	É difícil chegar a um acordo com ele(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Quando algo nele(a) me irrita ou me deixa preocupado(a) eu guardo para mim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Ele(a) não demonstra gratidão pelo que eu faço por ele(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	Por ele(a) coloco minhas necessidades em segundo plano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	Ele(a) pode me deixar nervoso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	Eu me preocupo muito com ele(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	Algumas coisas ele(a) faz somente por desaforo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.	Eu já pensei que eu mesmo(a) posso ficar doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.	Eu me irrita quando ele(a) pede coisas toda hora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.	Ele(a) é muito importante na minha vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.	Eu preciso exigir a ele(a) que se comporte de outra maneira	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.	Deixo de fazer coisas importantes para ajudá-lo(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.	Ele(a) me aborrece	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fonte: Versão em Português Consenso 3 adaptada por Zanetti (2010) do instrumento FQ de Wiedemann et al. (2002)

**APÊNDICE E**  
**QUESTIONÁRIO FAMILIAR (FQ)**

Seu nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Nome do(a) paciente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

A seguir está listada uma seqüência de formas de comportamento, reações e pensamentos que podem surgir no convívio com o/a paciente.

Assinale em cada afirmação a freqüência de sua reação em relação ao paciente. Não há respostas certas ou erradas. Assinale a primeira resposta que vier à sua cabeça. Preencha todos os itens e em cada afirmação assinale somente uma resposta.

		Muito rara- mente	Rara- mente	Quase Sempre	Sempre
1.	Por causa dele(a) eu não presto atenção o em mim mesmo(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Eu tenho que pedir várias vezes para ele(a) fazer as coisas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Eu penso no que poderá acontecer com ele(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Ele(a) me deixa irritado(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Eu penso muito sobre o que causou doença dele(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Eu preciso me esforçar para não criticá-lo(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Eu não consigo dormir por causa dele(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	É difícil chegar a um acordo com ele(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Quando algo nele(a) me irrita ou me deixa preocupado(a) eu guardo para mim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Ele(a) não demonstra gratidão pelo que eu faço por ele(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	Por ele(a) coloco minhas necessidades em segundo plano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	Ele(a) me deixa nervoso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	Eu me preocupo muito com ele(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	Algumas coisas ele(a) faz somente por desaforo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.	Eu penso que eu mesmo(a) posso ficar doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.	Eu me irrita quando ele(a) pede coisas toda hora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.	Ele(a) é muito importante na minha vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.	Eu preciso exigir a ele(a) que se comporte de outra maneira	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.	Deixo de fazer coisas importantes para ajudá-lo(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.	Ele(a) me aborrece	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fonte: Versão em Português Consenso Final adaptada por Zanetti (2010) do instrumento FQ de Wiedemann et al. (2002)

**APÊNDICE F**  
**QUESTIONÁRIO FAMILIAR (FQ)**

Seu nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Nome do(a) paciente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

A seguir está listada uma seqüência de formas de comportamento, reações e pensamentos que podem surgir no convívio com o/a paciente.

Assinale em cada afirmação a freqüência de sua reação em relação ao paciente. Não há respostas certas ou erradas. Assinale a primeira resposta que vier à sua cabeça. Preencha todos os itens e em cada afirmação assinale somente uma resposta.

		Muito rara- mente	Rara- mente	Quase Sempre	Sempre
1.	Por causa dele(a) eu não presto atenção o em mim mesmo(a)	O	O	O	O
2.	Eu tenho que pedir várias vezes para ele(a) fazer as coisas	O	O	O	O
3.	Eu penso no que poderá acontecer com ele(a)	O	O	O	O
4.	Ele(a) me deixa irritado(a)	O	O	O	O
5.	Eu penso muito sobre o que causou doença dele(a)	O	O	O	O
6.	Eu preciso me esforçar para não criticá-lo(a)	O	O	O	O
7.	Eu não consigo dormir por causa dele(a)	O	O	O	O
8.	É difícil chegar a um acordo com ele(a)	O	O	O	O
9.	Quando algo nele(a) me irrita ou me deixa preocupado(a) eu guardo para mim	O	O	O	O
10.	Ele(a) não demonstra gratidão pelo que eu faço por ele(a)	O	O	O	O
11.	Por ele(a) coloco minhas necessidades em segundo plano	O	O	O	O
12.	Ele(a) me deixa nervoso	O	O	O	O
13.	Eu me preocupo muito com ele(a)	O	O	O	O
14.	Algumas coisas ele(a) faz somente por desaforo	O	O	O	O
15.	Eu penso que eu mesmo(a) posso ficar doente	O	O	O	O
16.	Eu me irrita quando ele(a) pede coisas toda hora	O	O	O	O
17.	Ele(a) é muito importante na minha vida	O	O	O	O
18.	Eu preciso exigir a ele(a) que se comporte de outra maneira	O	O	O	O
19.	Deixo de fazer coisas importantes para ajudá-lo(a)	O	O	O	O
20.	Ele(a) me aborrece				

Fonte: Versão em Português Final adaptada por Zanetti (2010) do instrumento FQ de Wiedemann et al. (2002)

## APÊNDICE G

## ENTREVISTA: Dados sócio-demográficos e clínicos

Nº do Prontuário (HYGIA) :		
Data entrevista: / /	1. Local: 1 ( ) Serviço de saúde 2 ( ) Residência do paciente	2. Idade: (anos completos)
3. Sexo: 1 ( ) Feminino 2 ( ) Masculino	4. Escolaridade: Analfabeto..... 0 ( ) 1º grau incompleto..... 1 ( ) 1º grau completo..... 2 ( ) 2º grau incompleto..... 3 ( ) 2º grau completo..... 4 ( ) 3º grau incompleto..... 5 ( ) 3º grau completo..... 6 ( )	5. Situação conjugal: Nunca se casou/amasiou ..... 0 ( ) Separado (a) ..... 1 ( ) Casado/ amasiado (a) ..... 2 ( ) Viúvo (a) ..... 3 ( ) Divorciado (a) ..... 4 ( )
6. Vínculo com o doente mental: 1 ( ) Mãe 2 ( ) Pai 3 ( ) Irmão (a) 4 ( ) Esposo (a) 5 ( ) Filho (a) 6 ( ) Outro (.....)	7. Tempo de convivência com o paciente: _____ (anos)	
8. Idade (Paciente): (anos completos)	9. Sexo (Paciente): 1 ( ) Feminino 2 ( ) Masculino	10. Tempo de doença: (anos)
11. Escolaridade (Paciente): Analfabeto..... 0 ( ) 1º grau incompleto..... 1 ( ) 1º grau completo..... 2 ( ) 2º grau incompleto..... 3 ( ) 2º grau completo..... 4 ( ) 3º grau incompleto..... 5 ( ) 3º grau completo..... 6 ( )	12. Número de internações nos últimos dois anos: _____	

## APÊNDICE H



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO  
“CAMPUS” DE RIBEIRÃO PRETO

Telefone: 3602-3391 – FAX: (16) 3633-3271/3630-2561

CEP: 14040-902 – Ribeirão Preto – SP – Brasil

**CONVITE**

Meu nome é Ana Carolina Guidorizzi Zanetti, RG 32756964-5, sou doutoranda do programa de Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo sob a orientação da Profª Drª Sueli Aparecida Frari Galera. Estou realizando uma pesquisa que tem como objetivo adaptar e validar para língua portuguesa o instrumento chamado *Family Questionnaire – FQ* que avalia o ambiente familiar de pacientes com esquizofrenia.

Para realizar este estudo, eu preciso realizar entrevistas com familiares de pessoas que sofrem de esquizofrenia e que fazem tratamento nos serviços de saúde. Este estudo poderá ajudar a compreender o ambiente familiar para auxiliar o tratamento de pacientes com esquizofrenia. Por isso, acredito que você seja uma pessoa que pode informar sobre este assunto. Se você se interessar em participar deste estudo, poderíamos marcar uma entrevista. Cada entrevista deve durar mais ou menos meia hora e será realizada no serviço de saúde, ou em seu domicílio.

**Liberdade de escolha e direito de recusar:**

Você não precisa responder perguntas que não queira. Você pode decidir se quer ou não participar do estudo. Você pode também decidir parar de participar, basta informar a pesquisadora. A decisão de não participar da pesquisa não afeta o atendimento do seu familiar no serviço de saúde.

**Riscos e Benefícios:**

Pensamos que não existem riscos em participar do estudo. O único benefício pode ser a chance de discutir assuntos de seu interesse, e de toda família vivendo em um ambiente onde existe um membro da família com uma doença mental. Por favor, não se sinta pressionado para falar sobre alguma coisa que você não deseja falar. Você não terá gastos e não receberá dinheiro para participar da pesquisa.

**Privacidade e o aspecto confidencial:**

Você é livre para decidir se quer ou não participar da entrevista. Toda informação que você der será mantida em segredo, exceto quando se tratar de assunto que o código profissional, de ética ou legal requer que seja comunicado. Por exemplo, se o assunto envolvido estiver proporcionando algum tipo de risco para o paciente, algum membro da família ou terceiros, a pesquisadora tem obrigação de informar ao serviço de saúde.

**Para entrar em Contato:**

Para qualquer esclarecimento, você poderá entrar em contato com a pesquisadora Ana Carolina G. Zanetti pelo telefone (16) 92037005 ou com a professora Sueli Ap. Frari Galera na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP ou pelo telefone (16) 3602-3408. Se você aceitar participar desta pesquisa, por favor, coloque seu nome e número do documento de identidade abaixo. Sua identidade e privacidade serão preservadas; apenas as respostas serão apresentadas em congressos e publicadas em periódicos científicos.

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_,

RG \_\_\_\_\_, abaixo assinado, após ter recebido as informações da doutoranda Ana Carolina G. Zanetti sobre sua pesquisa intitulada "Adaptação cultural e validação do *Family Questionnaire* para avaliação do ambiente familiar de pacientes com esquizofrenia no Brasil", que tem como objetivo adaptar e validar para língua portuguesa o instrumento chamado *Family Questionnaire – FQ*, que avalia o ambiente familiar de pacientes com esquizofrenia, concordo em ser entrevistado. Confirmando ter recebido as informações sobre a pesquisa a ser desenvolvida, e estou ciente sobre os direitos abaixo relacionados:

1. A garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a dúvidas acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa.
2. A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isso traga qualquer prejuízo para o entrevistado.
3. A segurança de que serão preservadas a identidade e privacidade do entrevistado.
4. O compromisso de me valer da legislação em caso de dano.
5. A garantia de que não haverá riscos e nem desconfortos, gastos de qualquer natureza.
6. A garantia de seguir todas as exigências que constam na Resolução nº196, de 10 de outubro de 1996, que regulamenta o desenvolvimento de pesquisas envolvendo seres humanos.

Esclareço que em caso de dúvida, fui orientado a procurar a professora Sueli Ap. Frari Galera na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP ou pelo telefone (16) 3602-3408 ou a doutoranda Ana Carolina G. Zanetti, pelo telefone (16)3602-3453.

Declaro que tenho conhecimento dos direitos acima descritos, e consinto em participar deste estudo, realizado pela pesquisadora que subscreve este termo de consentimento.

De acordo,

Ribeirão Preto, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Responsável pela pesquisa

Uma cópia deste termo de consentimento deverá ser fornecida ao participante.

*Anexos*



## ANEXO A

**Permissão para a adaptação cultural do instrumento *Family Questionnaire* (FQ)**

**Data:** Thu, 9 Aug 2007 11:45:48 +0200

**De:** "[Wiedemann, Georg, Prof. Dr.](mailto:Georg.Wiedemann@klinikum-fulda.de)" <[Georg.Wiedemann@klinikum-fulda.de](mailto:Georg.Wiedemann@klinikum-fulda.de)>

**Para:** "Ana Carolina Guidorizzi Zanetti" <[carolzan@glete.eerp.usp.br](mailto:carolzan@glete.eerp.usp.br)>

**Assunto:** AW: Family Questionnaire

Dear Ms Ana Carolina Guidorizzi Zanetti,

I send you the original German and the published English version of the FQ, and the paper. I do not know if it is possible to use the English version in your country or if you had to make a translation. Concerning a translated version into the Italian language there had already been some efforts, but it is not easy to translate the German version into another language, then to re-translate it again and see if it is still the same. As the FQ is in the public domain, you get the permission to use the Family Questionnaire for a cross cultural adaptation in Brazil.

Yours sincerely,

G. Wiedemann

Prof. Dr. Georg Wiedemann  
Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Klinikum Fulda gAG  
Pacelliallee 4 - 36043 Fulda  
Tel. 0661 / 84-5721  
Fax 0661 / 84-5722  
[www.klinikum-fulda.de](http://www.klinikum-fulda.de)

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Ana Carolina Guidorizzi Zanetti [<mailto:carolzan@glete.eerp.usp.br>]

Gesendet: Mittwoch, 8. August 2007 21:26

An: Wiedemann, Georg, Prof. Dr.

Betreff: Family Questionnaire

Dear Dr. Wiedman

My name is Ana Carolina and I am a psychiatric nurse at the University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Brazil. I have been studying the family members of schizophrenic patients since my master degree. When I was looking for articles about family environment and expressed emotions I found your article "The family Questionnaire: Development and validation of a new self-report scale for assessing expressed emotion". Currently in Brazil we have only a few scales to assess these families, the application of which are difficult, as it is necessary to undertake a long period of training and their application can be very time consuming. I would like your permission to use the Family Questionnaire for a cross cultural adaptation in Brazil. I look forward to your reply.

Yours sincerely,

--

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (<http://www.eerp.usp.br>)

**ANEXO B**  
**FAMILIENFRAGEBOGEN (FQ)**

**Ihr Name:** \_\_\_\_\_ **Ihr Alter:** \_\_\_\_\_

**Name des Patienten:** \_\_\_\_\_ **heutiges Datum:** \_\_\_\_\_

**Sie sind der/die:**  Vater  Mutter  Bruder  Schwester  Partner

Im folgenden sind eine Reihe von Verhaltensweisen, Reaktionen und Gedanken aufgeführt, die im alltäglichen Umgang mit der/ dem Patientin/ en oftmals auftreten können.

Kreuzen Sie bitte bei jeder Feststellung an, wie oft diese Reaktion auf die/den Patientin/en bei Ihnen persönlich in der letzten Zeit aufgetreten ist. Es gibt keine richtigen und falschen Antworten. Kreuzen Sie bitte die erste Antwort an, die Ihnen in den Sinn kommt. Denken Sie daran, jede Feststellung zu beantworten und bei jeder Feststellung nur eine Antwort anzukreuzen.

		nie/sehr selten	selten	oft	sehr oft
1.	Ich achte wegen ihr/ ihm nicht genug auf mich selbst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Ich muß sie/ ihn immer wieder bitten, Dinge zu tun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Ich mache mir Gedanken, was aus ihr/ ihm werden soll	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Sie/ Er bringt mich in eine gereizte Stimmung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Ich grübele über die Ursachen der Erkrankung nach	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Ich muß mich mit Kritik an ihr/ ihm zurückhalten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Ich konnte wegen ihr/ ihm nicht schlafen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Es fällt mir schwer, mich mit ihr/ ihm zu einigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Wenn mich etwas an ihr/ ihm stört, dann behalte ich es für mich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Sie/ Er zeigt keine Dankbarkeit für das, was ich für sie/ ihn tue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	Für sie/ ihn stelle ich meine Bedürfnisse hintan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	Sie/ Er kann mir auf die Nerven gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	Ich mache mir große Sorgen um sie/ ihn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	Manche Dinge tut sie/ er nur aus Trotz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.	Ich habe gedacht, daß ich selber krank werde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.	Wenn sie/ er dauernd etwas von mir will, regt mich das auf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.	Sie/ Er spielt eine bedeutende Rolle in meinem Leben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.	Ich muß sie/ ihn dazu auffordern, sich anders zu verhalten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.	Ich habe wichtige Dinge aufgegeben, um ihr/ ihm zu helfen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.	Ich muß mich über sie/ ihn ärgern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**ANEXO C**  
**FAMILY QUESTIONNAIRE (FQ)**

**Name:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

This questionnaire lists different ways in which families try to cope with everyday problems. For each item please indicate how often you have reacted to the patient in this way. There are no right or wrong responses. It is best to note the first response that comes to mind. Please respond to each question, and mark only one response per question.

		never/ very rarely	rarely	often	very often
1.	I tend to neglect myself because of him/her.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	I have to keep asking him/her to do things.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	I often think about what is to become of him/her.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	He/she irritates me.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	I keep thinking about the reasons for his/her illness.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	I have to try not to criticize him/her.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	I can't sleep because of him/her.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	It's hard for us to agree on things.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	When something about him/her bothers me I keep it to myself.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	He/she does not appreciate what I do for him/her.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	I regard my own needs as less important.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	He/she sometimes gets on my nerves.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	I'm very worried about him/her.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	He/she does some things out of spite.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.	I thought I would become ill myself.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.	When he/she constantly wants something from me it annoys me.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.	He/she is an important part of my life.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.	I have to insist that he/she behave differently.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.	I have given up important things in order to be able to help him/her.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.	I'm often angry with him/her.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**ANEXO D**  
**QUESTIONÁRIO FAMILIAR (FQ)**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Nome do/da paciente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**O(a) Senhor(Senhora) é: ( )pai ( )mãe ( )irmão ( )irmã ( )parceiro**

Esse questionário lista diferentes caminhos nos quais as famílias tentam lidar com os problemas do dia a dia. Para cada item favor indique com que frequência você reage ao paciente nesse sentido. Não existem respostas certas nem erradas. É melhor você anotar a primeira resposta que vem em sua cabeça. Por favor, responda cada questão, e marque apenas uma resposta por questão.

		Não/ Muito raramente	Rara- mente	Quase sempre/ Às vezes	Sempre
1.	Por causa dele(a) não presto atenção o suficiente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Para executar minhas tarefas eu preciso dele(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Eu penso sempre o que poderá acontecer com ele(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Ele(a) me deixam irritado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Eu me preocupo em saber a causa da doença.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Preciso tomar cuidado se tenho uma crítica sobre ele(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Não consigo dormir por causa dele(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Tenho dificuldade em entendê-lo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Se algo irá irritá-los ou deixá-los preocupados, eu guardo para mim, não falo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Ele(a) não são gratos com o que faço, não reconhecem aquilo que faço.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	Por causa dele(a) eu me adapto, me adequou.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	Ele(a) podem me deixar nervosa(o).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	Eu me preocupo sempre com ele(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	Algumas atitude dele(a) são para me testar, me desafiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.	Eu penso que posso ficar doente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.	Se ele(a) querem muito algo de mim, isso me encoraja a fazê-lo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.	Ele(a) são muito importantes na minha vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.	Eu peço para ele(a) agir diferente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.	Para ajudar ele(a) deixo de fazer minhas coisas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.	Ele(a) me irritam, me deixam irritado(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fonte: Versão em Português 1 adaptada por Zanetti (2010) do instrumento FQ de Wiedemann et al. (2002)

**ANEXO E**  
**QUESTIONÁRIO FAMILIAR (FQ)**

Seu nome: \_\_\_\_\_ Sua idade: \_\_\_\_\_  
Nome do/da paciente: \_\_\_\_\_ Data de hoje: \_\_\_\_\_

O(a) Senhor(Senhora) é: ( ) pai ( ) mãe ( ) irmão ( ) irmã ( ) parceiro

A seguir está listada uma seqüência de formas de comportamento, reações e pensamentos que podem surgir no convívio diário com o/a paciente.

Assinale em cada afirmação com qual freqüência esta sua reação surgiu em relação ao/à paciente, nos últimos tempos. Não há respostas certas ou erradas. Assinale a primeira resposta que vier à cabeça. Preencha todos os itens e em cada afirmação assinale somente uma resposta.

		Nunca/ Muito rara- mente	Rara- mente	Freqüen- temente	Muito Freqüen- temente
1.	Por causa dele/dela, eu não presto atenção suficiente em mim.	O	O	O	O
2.	Eu tenho que repetidamente pedir a ele/ela que faça coisas.	O	O	O	O
3.	Eu me preocupo com o que acontecerá a ele/ela.	O	O	O	O
4.	Ele/ela me provoca irritação.	O	O	O	O
5.	Eu penso muito sobre o motivo da doença.	O	O	O	O
6.	Eu tenho que controlar minhas críticas em relação a ele/ela.	O	O	O	O
7.	Eu não conseguia dormir por causa dele/dela.	O	O	O	O
8.	É difícil chegar a um acordo com ele/ela.	O	O	O	O
9.	Quando algo nele/nela me incomoda, eu guardo para mim.	O	O	O	O
10.	Ele/ela não demonstra gratidão pelo que eu faço por ele/ela.	O	O	O	O
11.	Por ele/ela eu deixo minhas necessidades para trás.	O	O	O	O
12.	Ele/ela consegue me dar nos nervos.	O	O	O	O
13.	Ele/ela me preocupa muito.	O	O	O	O
14.	Algumas coisas ele/ela faz só por birra.	O	O	O	O
15.	Eu já pensei que eu mesma vou ficar doente.	O	O	O	O
16.	Quando ele/ela quer algo de mim a toda hora, eu me irrita.	O	O	O	O
17.	Ele/ela tem um papel significativo na minha vida.	O	O	O	O
18.	Eu preciso pedir a ele/ela que se comporte de outra maneira.	O	O	O	O
19.	Eu desisti de coisas importantes para ajudá-lo/la.	O	O	O	O
20.	Eu tenho que me aborrecer com ele/ela.	O	O	O	O

Fonte: Versão em Português 2 adaptada por Zanetti (2010) do instrumento FQ de Wiedemann et al. (2002)

**ANEXO F**  
**FAMILIENFRAGEBOGEN FQ**

**Ihr Name:** \_\_\_\_\_ **Ihr Alter:** \_\_\_\_\_

**Name des Patienten:** \_\_\_\_\_ **heutiges Datum:** \_\_\_\_\_

Im folgenden sind eine Reihe von Verhaltensweisen, Reaktionen und Gedanken aufgeführt, die im alltäglichen Umgang mit der/ dem Patientin/ en oftmals auftreten können.

Kreuzen Sie bitte bei jeder Feststellung an, wie oft diese Reaktion auf die/den Patientin/en bei Ihnen persönlich in der letzten Zeit aufgetreten ist. Es gibt keine richtigen und falschen Antworten. Kreuzen Sie bitte die erste Antwort an, die Ihnen in den Sinn kommt. Denken Sie daran, jede Feststellung zu beantworten und bei jeder Feststellung nur eine Antwort anzukreuzen.

		Nie/Ganz Selten	Selten	Fast Immer	Immer
1.	Wegen ihm (ihr) achte ich nicht auf mich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Ich muss ihn (sie) mehrmals bitten etwas für mich zu tun.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Ich denke daran, was mit ihm (ihr) geschehen könnte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Er (sie) irritiert mich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Ich denke oft an seine (ihre) Krankheitsursache.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Ich muss mich bemühen ihn (sie) nicht zu kritisieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Ich kann wegen ihm(ihr) nicht schlafen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Es ist schwierig mit ihm (ihr) eine Übereinkunft zu treffen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Wenn mich an ihr (ihm) irgendetwas stört oder ich mir Sorgen mache, behalte ich es für mich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Er (sie) zeigt mir gegenüber keine Dankbarkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	Wegen ihm (ihr) kümmere ich mich nicht um meine Angelegenheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	Er (sie) macht mich nervös.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	Ich mache mir sehr viele Sorgen um ihn (sie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	Er (sie) macht Dinge um mich zu testen oder herauszufordern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.	Ich denke daran, dass ich selbst krank werden könnte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.	Es stört mich, wenn er mich ständig um etwas bittet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.	Er (sie) ist sehr wichtig für mein Leben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.	Ich muss ihn (sie) bitten sich anders zu verhalten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.	Wichtige Dinge lasse ich beiseite, um ihm (ihr) zu helfen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.	Er (sie) stört mich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fonte: Versão em Alemão 1 adaptada por Zanetti (2010) do instrumento FQ de Wiedemann et al. (2002)

**ANEXO G**  
**FAMILIENFRAGEBOGEN, FQ**

**Ihr Name:** \_\_\_\_\_ **Ihr Alter:** \_\_\_\_\_

**Name des Patienten:** \_\_\_\_\_ **heutiges Datum:** \_\_\_\_\_

Im folgenden sind eine Reihe von Verhaltensweisen, Reaktionen und Gedanken aufgeführt, die im alltäglichen Umgang mit der/ dem Patientin/ en oftmals auftreten können.

Kreuzen Sie bitte bei jeder Feststellung an, wie oft diese Reaktion auf die/den Patientin/en bei Ihnen persönlich in der letzten Zeit aufgetreten ist. Es gibt keine richtigen und falschen Antworten. Kreuzen Sie bitte die erste Antwort an, die Ihnen in den Sinn kommt. Denken Sie daran, jede Feststellung zu beantworten und bei jeder Feststellung nur eine Antwort anzukreuzen.

		Nie/Ganz Selten	Selten	Fast Immer	Immer
1.	Wegen ihm (ihr) gebe ich nicht auf mich acht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Ich muss ihn (sie) immer wieder darum bitten, die Sachen zu machen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Ich denke daran, was ihm (ihr) passieren kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Er (sie) ärgert mich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Ich denke viel über den Grund seiner (ihrer) Krankheit nach.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Ich muss mich anstrengen, ihn (sie) nicht zu kritisieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Ich kann wegen ihm(ihr) nicht schlafen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Es schwer mit ihm (ihr) zu einem Einverständnis zu kommen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Wenn mich etwas an ihr (ihm) ärgert oder mir Sorgen macht, behalte ich das für mich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Er (sie) zeigt sich mir nicht dafür dankbar, was ich für ihn (sie) mache.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	Wegen ihm (ihr) komme ich nicht meinen Verpflichtungen nach.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	Er (sie) macht mich nervös.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	Ich mache mir sehr viele Sorgen um ihn (sie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	Er (sie) macht Sachen, um mich zu testen oder herauszufordern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.	Ich glaube, dass ich auch krank werde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.	Ich bin verärgert, wenn er (sie) die ganze Zeit um etwas bittet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.	Er (sie) ist ein wichtiger Mensch in meinem Leben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.	Ich muss ihn (sie) bitten, sich anders zu verhalten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.	Ich lasse wichtige Dinge leigen, um ihm (ihr) zu helfen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.	Er (sie) stört mich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fonte: Versão em Alemão 2 adaptada por Zanetti (2010) do instrumento FQ de Wiedemann et al. (2002)

**ANEXO H****Resposta do autor principal Dr Georg Wiedemann sobre a comparação da Versão Consenso Final em Alemão e a Versão Original do FQ (WIEDEMANN et al., 2002).**

**Data:** Mon, 29 Dec 2008 12:15:04 +0100

**De:** "[Wiedemann, Georg, Prof. Dr.](mailto:Georg.Wiedemann@klinikum-fulda.de)" <[Georg.Wiedemann@klinikum-fulda.de](mailto:Georg.Wiedemann@klinikum-fulda.de)>

**Para:** "Ana Carolina Guidorizzi Zanetti" <[carolzan@eerp.usp.br](mailto:carolzan@eerp.usp.br)>

**Assunto:** AW: Family Questionnaire

Dear Ana Carolina,

in the attachment I send you your translation in the correction mode. Some items are different which you can see in the correction mode.

Yours sincerely,  
Georg Wiedemann

Prof. Dr. Georg Wiedemann  
Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Klinikum Fulda gAG  
Pacelliallee 4 - 36043 Fulda  
Tel. 0661 / 84-5721  
Fax 0661 / 84-5722  
[www.klinikum-fulda.de](http://www.klinikum-fulda.de)

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Oberbürgermeister Gerhard Möller  
Vorstand: Harald Jeguschke  
Medizinischer Direktor: Priv.-Doz. Dr. med. Achim Hellinger  
Amtsgericht Fulda: 55 HRB 2294

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Ana Carolina Guidorizzi Zanetti [<mailto:carolzan@eerp.usp.br>]

Gesendet: Freitag, 12. Dezember 2008 13:38

An: Wiedemann, Georg, Prof. Dr.

Betreff: Family Questionnaire

Dear Dr. Wiedman

In last year I sent you the solicitation of permission to use the Family Questionnaire for a cross cultural adaptation in Brazil. I started a cross cultural adaptation and I remembered that you said that it is not easy to translate the German version into another language, then to re-translate it again and see if it is still the same, I need to use the original version. .

I finished my re-translate and appreciate, if you could take a look that. I would like to know if the re-translated is close to the original version.

I look forward to hear from you.

Yours sincerely,

Ana Carolina

e-mail: [carolzan@eerp.usp.br](mailto:carolzan@eerp.usp.br)

Phone: 55 16 36023408

--

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (<http://www.eerp.usp.br>)



**ANEXO I**  
**FAMILIENFRAGEBOGEN, FQ**

**Ihr Name:** \_\_\_\_\_ **Ihr Alter:** \_\_\_\_\_

**Name des Patienten:** \_\_\_\_\_ **heutiges Datum:** \_\_\_\_\_

Im folgenden sind eine Reihe von Verhaltensweisen, Reaktionen und Gedanken aufgeführt, die im alltäglichen Umgang mit der/ dem Patientin/ en oftmals auftreten können.

Kreuzen Sie bitte bei jeder Feststellung an, wie oft diese Reaktion auf die/den Patientin/en bei Ihnen persönlich in der letzten Zeit aufgetreten ist. Es gibt keine richtigen und falschen Antworten. Kreuzen Sie bitte die erste Antwort an, die Ihnen in den Sinn kommt. Denken Sie daran, jede Feststellung zu beantworten und bei jeder Feststellung nur eine Antwort anzukreuzen.

	Nie/sehr selten	selten	oft	sehr oft
1. Wegen ihm/ihr gebe ich nicht genug auf mich acht				
2. Ich muss ihn/sie immer wieder darum bitten, Sachen zu machen				
3. Ich mache mir Gedanken, was aus ihm/ihr werden soll				
4. Er/sie bringt mich in eine gereizte Stimmung				
5. Ich denke viel über die Ursache seiner/ihrer Krankheit nach				
6. Ich muss mich zurückhalten, ihn/sie nicht zu kritisieren				
7. Ich konnte wegen ihm/ihr nicht schlafen				
8. Es ist schwer mit ihm/ihr zu einem Einverständnis zu kommen				
9. Wenn mich etwas an ihm/ihr stört oder mir Sorgen macht, behalte ich das für mich				
10. Er/sie zeigt keine Dankbarkeit für das, was ich für ihn/sie tue				
11. für ihn/sie stelle ich meine Bedürfnisse zurück				
12. Er/sie kann mir auf die Nerven gehen				
13. Ich mache mir große Sorgen um ihn/sie				
14. Manche Dinge tut sie/er nur aus Trotz				
15. Ich habe gedacht, dass ich selber krank werde				
16. wenn er/sie die ganze Zeit etwas von mir will, regt mich das auf				
17. Er/sie spielt eine wichtige Rolle in meinem Leben				
18. Ich muss ihn/sie dazu auffordern, sich anders zu verhalten				
19. Ich habe wichtige Dinge aufgegeben, um ihm/ihr zu helfen				
20. Ich muss mich über sie/ihn ärgern				

**ANEXO J**  
**QUESTIONÁRIO FAMILIAR (FQ)**

Seu nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Nome do(a) paciente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

A seguir está listada uma seqüência de formas de comportamento, reações e pensamentos que podem surgir no convívio com o/a paciente.

Assinale em cada afirmação a freqüência de sua reação em relação ao paciente. Não há respostas certas ou erradas. Assinale a primeira resposta que vier à sua cabeça. Preencha todos os itens e em cada afirmação assinale somente uma resposta.

		Nunca/ Muito rara- mente	Rara- mente	Freqüente -mente	Muito Freqüente -mente
1.	Por causa dele/dela eu não presto suficiente atenção em mim	O	O	O	O
2.	Eu sempre tenho que pedir a ele/ela a fazer as coisas	O	O	O	O
3.	Eu penso muito no seu futuro	O	O	O	O
4.	Ele(a) me leva a irritações	O	O	O	O
5.	Eu reflito muito sobre a causa da sua doença	O	O	O	O
6.	Eu preciso me segurar para não o/a criticar	O	O	O	O
7.	Eu não pude dormir por causa dele/dela	O	O	O	O
8.	É difícil chegar a um acordo com ele/ela	O	O	O	O
9.	Quando alguma coisa me irrita no seu comportamento ou me preocupa, eu guardo isso para mim	O	O	O	O
10.	Ele/ela não mostra nenhuma gratidão pelo que eu faço por ele/ela	O	O	O	O
11.	Por causa dele/dela eu coloco as minhas necessidades no segundo plano	O	O	O	O
12.	Ele pode me dar nos nervos	O	O	O	O
13.	Eu me preocupo muito com ele/ela	O	O	O	O
14.	Algumas coisas ele/ela faz somente por desaforo	O	O	O	O
15.	Eu achei que eu mesmo estou ficando doente	O	O	O	O
16.	Quando ele/ela toda hora quer uma coisa de mim, eu fico irritado	O	O	O	O
17.	Ele/ela exerce um papel importante na minha vida	O	O	O	O
18.	Eu preciso o/a intimidar a mudar o seu comportamento	O	O	O	O
19.	Eu renunciei a muitas coisas para ajudar a ele/ela	O	O	O	O
20.	Eu tenho que me aborrecer com ele/ela	O	O	O	O

Fonte: Versão em Português 3 adaptada por Zanetti (2010) do instrumento FQ de Wiedemann et al. (2002)

## ANEXO L

## Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky (QSCA)

Aqui está uma série de questões relacionadas a vários aspectos de nossas vidas. Cada questão tem sete respostas possíveis. Por favor, marque o número que expressa sua resposta, com números de 1 a 7. Se você estiver de acordo com as palavras abaixo do número 1, circule o número 1. Se você estiver de acordo com as palavras abaixo do número 7, circule o número 7. Se sua resposta for diferente, circule o número que melhor expressa seus sentimentos. Por favor, marque só uma resposta para cada questão<sup>1</sup>.

1. Quando você conversa com outras pessoas tem a sensação de que elas não te entendem?

1	2	3	4	5	6	7
Nunca tenho essa sensação						Sempre tenho essa sensação

2. Quando você precisou fazer algo que dependia da colaboração de outros, você teve a sensação de que:

1	2	3	4	5	6	7
Com certeza não seria feito						Com certeza seria feito

3. Pense nas pessoas com quem você tem contato diariamente e das quais não se sente muito próximo, pois não são seus familiares e amigos íntimos. Como você acha que conhece a maioria dessas pessoas?

1	2	3	4	5	6	7
Você sente que não as conhece						Você as conhece muito bem

4. Com que frequência você tem a sensação de que não se importa com o que está se acontecendo ao seu redor:

1	2	3	4	5	6	7
Raramente ou nunca						Com muita frequência

---

<sup>1</sup> DANTAS, R. A. S. **Adaptação cultural e validação do Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky em uma amostra de pacientes cardíacos brasileiros**. 2007, 183p. Tese de Livre-Docência, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

5. Alguma vez já aconteceu de você se surpreender com o comportamento de pessoas que você achava que conhecia bem?

1	2	3	4	5	6	7
Nunca aconteceu						Sempre aconteceu

6. Já aconteceu das pessoas com quem você contava te decepcionarem?

1	2	3	4	5	6	7
Nunca aconteceu						Sempre aconteceu

7. A vida é:

1	2	3	4	5	6	7
Muito interessante						Muito rotineira

8. Até agora, sua vida tem sido:

1	2	3	4	5	6	7
Sem qualquer objetivo ou finalidade						Com finalidade e objetivos claros

9. Com que frequência você tem a sensação de que está sendo tratado injustamente?

1	2	3	4	5	6	7
Com muita frequência						Raramente ou nunca

10. Nos últimos dez anos sua vida tem sido:

1	2	3	4	5	6	7
Cheia de mudanças sem que você soubesse o que iria acontecer em seguida						Completa mente previsível (esperada)

11. A maior parte das coisas que você fará no futuro provavelmente será:

1	2	3	4	5	6	7
Completa mente fascinante						Extremam ente chata

12. Com que frequência você tem a sensação de que está numa situação desconhecida e não sabe o que fazer?

1	2	3	4	5	6	7
Com muita frequência						raramente ou nunca

13. Como você vê a vida?

1	2	3	4	5	6	7
Sempre se pode achar uma solução para os sofrimentos da vida						Não há solução para os sofrimentos da vida

14. Quando você pensa na sua vida, frequentemente você:

1	2	3	4	5	6	7
Sente o quanto é bom estar vivo						Pergunta a si mesmo por que você existe

15. Quando você enfrenta um problema difícil, a escolha de uma solução é:

1	2	3	4	5	6	7
Sempre confusa e difícil de encontrar						Sempre completam ente clara e fácil de encontrar

16. Fazer as coisas que você faz todos os dias é:

1	2	3	4	5	6	7
Uma fonte de grande prazer e satisfação						Uma fonte de sofrimento e chatice

17. Sua vida no futuro provavelmente será:

1	2	3	4	5	6	7
Cheia de mudanças sem que você saiba o que acontecerá em seguida						Completa mente previsível (esperada)

18. Quando algo desagradável aconteceu, sua tendência foi:
- |   |   |   |   |   |   |  |
|---|---|---|---|---|---|--|
| 1   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7  |
| Ficar se<br>"remoendo<br>de raiva"<br>sobre o<br>acontecido |   |   |   |   |   | Dizer "está<br>tudo bem,<br>tenho que<br>viver com<br>isso" e<br>seguir em<br>frente |
19. Com que frequência você tem sentimentos e idéias bastante confusas?
- |                         |   |   |   |   |   |                       |
|-------------------------|---|---|---|---|---|-----------------------|
| 1                       | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                     |
| Com muita<br>frequência |   |   |   |   |   | Raramente<br>ou nunca |
20. Quando você faz algo que lhe dá uma sensação boa, o que você sente:
- |   |   |   |   |   |   |  |
|---|---|---|---|---|---|--|
| 1   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7  |
| Com<br>certeza<br>você<br>continuará<br>sentindo-<br>se bem |   |   |   |   |   | Com<br>certeza<br>algo<br>acontecerá<br>para<br>estragar<br>essa<br>sensação |
21. Com que frequência acontece de você ter sentimentos que você preferiria não sentir?
- |                         |   |   |   |   |   |                       |
|-------------------------|---|---|---|---|---|-----------------------|
| 1                       | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7                     |
| Com muita<br>frequência |   |   |   |   |   | Raramente<br>ou nunca |
22. Você acha que sua vida pessoal no futuro será:
- |   |   |   |   |   |   |  |
|---|---|---|---|---|---|--|
| 1   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7  |
| Totalmente<br>sem<br>significado<br>e<br>finalidade |   |   |   |   |   | Cheia de<br>significado<br>e<br>finalidade |
23. Você acha que sempre existirão pessoas com quem você poderá contar no futuro?
- |  |   |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|---|
| 1  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7   |
| Você está<br>certo de<br>que essas<br>pessoas<br>existirão |   |   |   |   |   | Você<br>duvida que<br>essas<br>pessoas<br>existirão |

24. Com que frequência você tem a sensação de que não sabe exatamente o que está para acontecer?

1	2	3	4	5	6	7
Com muita frequência						Raramente ou nunca

25. Muitas pessoas - mesmo aquelas muito fortes - algumas vezes se sentem como fracassadas em certas situações. Com que frequência você já se sentiu dessa maneira?

1	2	3	4	5	6	7
Nunca						Com muita frequência

26. Quando alguma coisa acontece a você, em geral você acha que:

1	2	3	4	5	6	7
Você deu muita ou pouca importância para o que aconteceu						Você viu as coisas na medida certa

27. Quando você pensa nas dificuldades que provavelmente terá que enfrentar em aspectos importantes de sua vida, você tem a sensação de que:

1	2	3	4	5	6	7
Sempre terá sucesso em superar as dificuldades						Não terá sucesso em superar as dificuldades

28. Com que frequência você tem a sensação de que há pouco significado nas coisas que faz na sua vida diária?

1	2	3	4	5	6	7
Com muita frequência						Raramente ou nunca

29. Com que frequência você tem a sensação de que você não consegue manter seu auto-controle?

1	2	3	4	5	6	7
Com muita frequência						Raramente ou nunca

**ANEXO M**  
**Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa**  
**NSM-CSE/FMRP/USP**



Ribeirão Preto, 11 de novembro de 2009.

Of. Nº239/09/COORD. CEP/CSE-FMRP-USP.

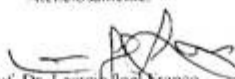
Prezada senhora,

Temos a grata satisfação de comunicar que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em reunião realizada no dia 10/11/09, analisou e apreciou o parecer da senhora relatora, referente ao projeto de pesquisa: **"Adaptação cultural e validação para a língua portuguesa do Family Questionnaire para avaliação do ambiente familiar de pacientes com esquizofrenia"**. Protocolo nº 346/CEP-CSE-FMRP-USP, tendo como pesquisadoras responsáveis Prof.ª Dra. Sueli Aparecida Frari Galera (Docente do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP) e Ana Carolina Guidorizzi Zanetti (Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermeira do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP), **foi aprovado**.

De acordo com a Resolução 196/96, deverá ser encaminhado a este CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados.

No ensejo, renovamos os votos de estima e consideração, despedimo-nos.

Atenciosamente,

  
Prof. Dr. Lsercio Joel Franco  
Coordenador do CEP/CSE-FMRP-USP

Ilma. Sra.  
Prof.ª Dra. Sueli Aparecida Frari Galera  
Docente do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e  
Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP.



ANEXO N  
Parecer do Comitê e Ética em Pesquisa  
HCFMRP/USP



Ribeirão Preto, 08 de dezembro de 2009


Ofício nº 4099/2009  
CEP/MGV

**Prezadas Senhoras,**

O trabalho intitulado **"ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO PARA A LÍNGUA PORTUGUESA DO FAMILY QUESTIONNAIRE PARA AVALIAÇÃO DO AMBIENTE FAMILIAR DE PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA"** foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 300ª Reunião Ordinária realizada em 07/12/2009 e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, de acordo com o Processo HCRP nº 10181/2009.

*Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (ICH-GCP), bem como a Resolução nº 196/96 CNS/MS.*

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.  
Atenciosamente.

  
**DRª MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA**  
Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em  
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimas Senhoras  
**ANA CAROLINA GUIDORIZZI ZANETTI**  
**PROFª DRª SUELI APARECIDA FRARI GALERA**  
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

---

Comitê de Ética em Pesquisa HCRP e FMRP-USP - Campus Universitário  
FWA - 0000 2733; IRB - 0000 2186 e Registro SISNEP/CONEP nº 4  
Fone (16) 3602-2228 - E-mail : cep@hcrp.usp.br  
Monte Alegre 14048-900 Ribeirão Preto - SP