

FABRÍCIA MEDEIROS SANCHES

**QUESTIONÁRIO DE RELACIONAMENTO
CENTRAL (CRQ): EVIDÊNCIAS DE VALIDADE EM
PACIENTES CARDÍACOS**

**PUC-CAMPINAS
2009**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

FABRÍCIA MEDEIROS SANCHES

**QUESTIONÁRIO DE RELACIONAMENTO
CENTRAL (CRQ): EVIDÊNCIAS DE VALIDADE EM
PACIENTES CARDÍACOS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Elisa Medici Pizão Yoshida

**PUC-CAMPINAS
2009**

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

t157.9 Sanches, Fabrícia Medeiros.

S211q Questionário de Relacionamento Central (CRQ): evidências de validade em pacientes cardíacos / Fabrícia Medeiros Sanches. - Campinas: PUC-Campinas, 2009.
64p.

Orientadora: Elisa Medici Pizão Yoshida.

Dissertação (mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Pós-Graduação em Psicologia.
Inclui bibliografia.

1. Psicologia clínica da saúde. 2. Relações homem-mulher. 3. Coração - Doenças - Aspectos psicológicos. 4. Pacientes - Aspectos psicológicos.
I. Yoshida, Elisa Médici Pizão. II. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências da Vida. Pós-Graduação em Psicologia.
III. Título.

FABRÍCIA MEDEIROS SANCHES

**QUESTIONÁRIO DE RELACIONAMENTO
CENTRAL (CRQ): EVIDÊNCIAS DE VALIDADE EM
PACIENTES CARDÍACOS**

BANCA EXAMINADORA

Presidente Profa. Dra. Elisa Medici Pizão Yoshida

Profa. Dra. Marilda Emmanuel Novaes Lipp

Profa. Dra. Claudette Maria Medeiros Vendramini

DEDICATÓRIA

Este estudo é dedicado a todos os colegas profissionais, amigos, familiares que colaboraram para que os sonhos de uma estudante recém-formada em psicologia se tornassem realidade. Muitos caminhos com inspiração à pesquisa ainda serão percorridos.

AGRADECIMENTOS

Meus primeiros votos de agradecimento vão às duas pessoas responsáveis pela minha formação, muito além da acadêmica e profissional, mas principalmente a minha formação como ser humano. Pai e mãe vocês sempre me dizem que sou um orgulho para vocês. Na verdade: “Vocês são um orgulho para mim!”. Amo muito vocês, muito obrigada!

Um agradecimento à querida Prof^a. Dr^a Elisa, por suas contribuições, como educadora, profissional, e, em especial como ser humano que foi durante minha formação acadêmica. Obrigada professora.

Agradeço à CAPES que, com os recursos financeiros, viabilizou a realização desta pesquisa. Obrigada!

Um agradecimento especial a todos os meus colegas do grupo de pesquisa: Ariane, Gustavo, Ademir, Fernanda, Eduardo e Lílian. Esses dois anos de convivência, trabalho, trocas, desabafos, compreensão e superação, com certeza, favoreceram o nosso crescimento profissional e pessoal. A vocês queridos amigos, Obrigada!

A todos aqueles amigos e familiares que, mesmo longe estiveram perto, compartilhando das minhas angústias, conquistas, vitórias, derrotas, superação, e de todos os meus sonhos. A vocês, irmãos, Bruno e Rafael, as amigas Ana, Elisa, Pedro, Ângela. Muito obrigada.

E aos meus familiares que já não estão mais aqui, mas sei que estarão sempre olhando por mim: tio Vanderlei, Martinez, vô Valdemar, vó Valentina e Lúcia, sinto muita falta de vocês. Obrigada!

SUMÁRIO

| | |
|---|-----|
| LISTA DE ANEXOS..... | i |
| LISTA DE TABELAS..... | ii |
| RESUMO..... | iii |
| ABSTRACT..... | iv |
| APRESENTAÇÃO..... | vi |
| INTRODUÇÃO..... | 01 |
| Questionário de Relacionamento Central (CRQ)..... | 04 |
| Doença Arterial Coronariana (DAC)..... | 11 |
| O Relacionamento Conjugal e a Doença Arterial Coronariana | 17 |
| OBJETIVOS..... | 21 |
| Objetivo Geral..... | 21 |
| Objetivo Específico..... | 21 |
| MÉTODO..... | 22 |
| Participantes..... | 22 |
| Instrumentos..... | 25 |
| Procedimento..... | 27 |
| RESULTADOS | 29 |
| DISCUSSÃO..... | 33 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÕES..... | 36 |
| REFERÊNCIAS..... | 37 |

LISTA DE ANEXOS

| | |
|--|----|
| ANEXOS..... | 43 |
| A- Questionário Sócio-demográfico..... | 44 |
| B- Autorização do Responsável pelo Ambulatório..... | 45 |
| C- Autorização do responsável pela UCO..... | 46 |
| D-Autorização do responsável pela Enfermaria..... | 47 |
| E- Carta de solicitação de autorização ao superintendente..... | 48 |
| F- Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa..... | 49 |
| G- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... | 50 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1. Estudo americano da validade convergente do CRQ | 06 |
| Tabela 2. Distribuição Sócio-demográfica da amostra..... | 23 |
| Tabela 3. Comorbidades físicas associadas à G1..... | 24 |
| Tabela 4. Consistência interna das dimensões do CRQ 6.0 de G1 e G2..... | 29 |
| Tabela 5. Consistência Interna dos estudos realizados com CRQ 6.0..... | 30 |
| Tabela 6. Coeficiente de Spearman do CRQ 6.0 e EAS-40 para o G1 e G2... | 31 |
| Tabela 7. Distribuição dos escores mínimo,máximo, média , desvio padrão e teste Mann-Whitney entre G1 e G2..... | 32 |

RESUMO

Sanches, F.M. (2009). Questionário de Relacionamento Central (CRQ): evidências de validade em pacientes cardíacos. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, São Paulo. 67pp.

O *Questionário de Relacionamento Central (CRQ)* é um instrumento de auto-relato para avaliar o padrão central de relacionamentos, mais precisamente os relacionamentos amorosos. Originado do método do *Tema Central de Relacionamento Conflituoso-CCRT*, é dividido em três subescalas: Desejos (D), Respostas do Outro (RO) e Respostas do Eu (RE). O objetivo foi o de investigar a consistência interna, validade convergente e discriminante da versão brasileira do CRQ em pacientes coronarianos. A amostra incluiu 40 pacientes com Doença Arterial Coronariana, constituintes do Grupo Um (G1) e 30 acompanhantes do Grupo Dois (G2). Comparado os dois grupos, G1 tinha idade média mais elevada (idade média 58 vs. 37 anos), predominância do sexo masculino (65% vs. 43,3%) e nível mais baixo de escolaridade (62% menor que cinco anos vs. 47% segundo grau completo). Instrumentos: CRQ 6.0 e *Escala de Sintomas Psicopatológicos-EAS-40* que avalia sintomas psicopatológicos segundo as dimensões: psicoticismo (F1), obsessividade-compulsividade (F2), somatização (F3) e ansiedade (F4). Resultados: Todas as dimensões do CRQ apresentaram boa consistência interna ($\alpha > 0,80$) em ambos os grupos, com exceção de RO ($\alpha = 0,58$) no G1. Não foram encontradas associações significantes entre as dimensões do CRQ 6.0 e as da EAS-40 no G1. No G2 as associações foram significantes entre RO e psicoticismo e entre RE e psicoticismo, obsessividade – compulsividade e somatização e EAS-40 total ($p < 0,01$). A análise de validade discriminante entre G1 e G2 resultou em diferenças significantes nas dimensões D ($p = 0,018$) e RE ($p = 0,026$). Pesquisas futuras com o CRQ 6.0 e pacientes com DAC, devem contar com amostras maiores e pareadas. Sugerem-se, ainda, avaliações dos níveis de alexitimia e depressão.

Palavras-chaves: padrão de relacionamento; avaliação psicológica; doença arterial coronária; DAC.

ABSTRACT

Sanches, F. M. (2008). Central Relationship Questionnaire (CRQ): evidences of validity in cardiac patients sample. Master Thesis Dissertation. Pontifícia Universidade Católica of Campinas. Campinas, São Paulo.64pp.

The *Central Relationship Questionnaire-CRQ* is a *self-report* instrument designed to evaluate the central relationship patterns, specially related to the lovers relationship. As the *Core Conflictual Relationship Them- CCRT* the CRQ is divided in three subscales: Wishes (W); Responses from Other (RO), and Responses of Self (RS). The aim of this study was to investigate the internal consistency and the convergent and discriminant validities of the Brazilian version of the CRQc6.0 in coronary patients. Method: The Sample included 40 coronary patients (1G) and 30 people of the community (2G). When compared to the 2G participants of 1G were older (average age 58 vs. 37 years old), predominantly composed by men (65% vs. 43,3%), with lower scholarship level (65% - less of 5 years vs. 47% - complete high school). Instruments: The CRQ 6.0 and the *Escala de Sintomas Psicopatológicos- EAS-40*, a measure of psychopathological symptoms according to the following dimensions: psychoticism (F1), obsessivity-compulsivity(F2), somatization (F3) and anxiety (F4).Results: Results suggested: good internal consistency of CRQ 6.0 ($\alpha > 0,80$) in both groups excepting to RO ($\alpha = 0,58$) in 1G; no significant association between the CRQ 6.0 dimensions and the EAS-40 dimensions in 1G ($p > 0,05$); significant association between RO and psychoticism, and between RE and psychoticism, RE and obsessivity-compulsivity; RE and somatization and RE and EAS-total ($p < 0,01$). The discriminant validity analyses between the 1G and 2G pointed to significant differences to the W ($p = 0,018$) and RE ($p = 0,026$) dimensions. Future researches should involve more representative and paired samples. It is still suggested that measures of levels of alexithymia and depression are evaluated.

Key-words: Relationship pattern; psychological assessment; Coronary Arterial Disease; DAC.

Apresentação

A motivação para a realização deste projeto de pesquisa veio das experiências da autora durante a graduação, com a Iniciação Científica, em projetos de validação de instrumento. Tal interesse é reflexo da necessidade de contar com medidas de avaliação psicológicas confiáveis para a população brasileira que auxiliem o profissional no exercício de sua prática para o atendimento nas clínicas, ambulatórios, hospitais e outros. Diante disso, o presente estudo teve como objetivo a validação de um novo instrumento o: “*Central Relationship Questionnaire (CRQ)*” desenvolvido por Barber Foltz e Weinryb (1998), para avaliar o padrão central de conflito que se expressa no relacionamento com o parceiro amoroso.

O foco do estudo foram pacientes com diagnóstico de Doença Arterial Coronariana (DAC). Pensar numa patologia remete diretamente às suas implicações psicológicas. Neste sentido, têm-se encontrado, na literatura, estudos quanto à importância dos fatores psicológicos para o surgimento e a evolução de várias doenças, entre elas as doenças cardíacas. Assim, torna-se relevante para o psicólogo que atenda essa população, contar com instrumentos de avaliação válidos para orientar sua prática e auxiliar na identificação dos perfis de comportamentos e atitudes de risco associadas a elas.

Na presente pesquisa, a autora segue a introdução abordando o método que deu origem ao instrumento, a descrição deste e pesquisas internacionais que utilizaram o instrumento junto a diferentes populações. Posteriormente, descreve a caracterização médica da Doença Arterial Coronariana (DAC),

apresentando pesquisas relativas aos aspectos psicológicos desses pacientes e as que ligam os relacionamentos conjugais e os doentes coronarianos. A seguir, apresenta o método, resultados, discussão e conclusões.

Introdução

Os avanços das pesquisas em psicoterapias têm levado ao desenvolvimento de novos métodos, técnicas e instrumentos de avaliação, cujo objetivo é o de medir mudança em processos psicoterapêuticos. Dentre eles, pode-se citar o *Método do Tema Central de Relacionamento Conflituoso-CCRT* ou *Core Conflictual Relationship Theme - CCRT*, desenvolvido por Luborsky (1984) e outros pesquisadores do grupo PENN, da Escola de Medicina da Universidade da Pensilvânia, contando com mais de trinta anos de estudos e aplicações. Trata-se de um método de avaliação do conteúdo do padrão central dos relacionamentos interpessoais, técnica a qual identifica o padrão central que cada pessoa segue ao conduzir seus relacionamentos (Luborsky & Crits-Christoph, 1998).

A idéia de padrão central refere-se à maneira característica de um indivíduo se relacionar com outras pessoas e que é construída a partir das interações emocionalmente carregadas das experiências vividas, logo nos primeiros anos de vida com as figuras paternas e que são atualizadas nos relacionamentos subseqüentes, por meio da transferência. Assim o CCRT representa um método operacionalizado de identificação da transferência e que foi desenvolvido, prioritariamente, para fins de pesquisa em psicoterapia, além de auxiliar a formulação do foco terapêutico. (Barber, Foltz & Weinryb, 1998, Bottino, 2000 Luborsky, 1998, Rocha, 2004)

O método do CCRT (Luborsky, 1984) é organizado em torno de três componentes centrais que conduzem as interações do paciente com as pessoas significantes: os desejos e necessidades do paciente representado por (D), as

respostas do outro ou reações das outras pessoas frente ao seu desejo, representado por (RO), e a resposta do paciente frente à reação dos outros, também chamada de resposta do eu. Essas podem se apresentar em forma de pensamentos, emoções, comportamentos ou sintomas e são representadas por (RE). Os três componentes mais identificados nas narrativas de interação do paciente ao longo do processo psicoterapêutico configuram um padrão central de relacionamento conflituoso. (Luborsky, 1984, Luborsky & Crits-Christoph, 1998)

A aplicação de tal método divide-se em duas etapas: a primeira corresponde à localização e identificação dos Episódios de Relacionamentos (ERs) do indivíduo com outra(s) pessoa(s) ou consigo mesmo a partir das transcrições das sessões de psicoterapia. Os ERs são numerados de acordo com a ordem de ocorrência; com a pessoa central de cada episódio; a idade do evento (atual, recente ou passado) e a idade do paciente na ocasião. E a segunda etapa consiste em avaliar os episódios com base nos seus elementos constitutivos. Ou seja, identificar os componentes do CCRT contidos nos ERs: Ds, ROs e REs. Devem ainda ser identificados como episódios positivos (PD, PRO e PRE) ou negativos (ND, NRO e NRE) (Bottino, 2000, Luborsky & Crits-Christoph, 1998). A avaliação dos episódios é feita por juízes independentes e previamente treinados na formulação do CCRT. Para auxiliar a avaliação e a obtenção de acordo entre juízes, categorias padronizadas foram criadas, sendo selecionadas as mesmas palavras ou adjetivos semelhantes para o mesmo tipo de categoria e obedecendo a ordem D, RO e RE. Ex: D, desejo rejeitar dominação; RO dominar; RE Sentir-se dominado (Bottino, 2000, Luborsky & Crits-Christoph, 1998).

O CCRT corresponde ao método mais largamente usado e testado nas

pesquisas em psicoterapia nas últimas duas décadas e tem-se mostrado uma boa medida de investigação clínica, na formulação de um componente central (o foco) para guiar a dinâmica do processo psicoterapêutico. O Brasil conta com um estudo de validade do CCRT, em que foram avaliados 10 pacientes diagnosticados, segundo o DSM-IV, com transtornos de ansiedade, transtornos afetivos (depressão e distímia), somatoformes e de personalidade, que se encontravam em acompanhamento psicoterápico de orientação psicodinâmica. Em tal estudo puderam ser obtidas medidas de validade, tal como no estudo original, de categorias padronizadas correspondentes aos componentes do CCRT: D, RO e RE (Bottino, 2000).

Apesar do CCRT ter apresentado boas qualidades psicométricas de investigação e de resultado para as psicoterapias, trata-se de um método complexo, que demanda muito tempo para sua aplicação, o que acaba por limitar a sua utilização nos processos psicoterapêuticos e nas pesquisas com grande número de participantes. Diante dessas dificuldades e da necessidade de instrumentos mais práticos e objetivos que identifiquem o padrão de relacionamento, o CCRT serviu de base para a construção de uma nova medida de tipo auto-relato, o *Central Relationship Questionnaire - CRQ*. (Barber & cols, 1998), ou em português, Questionário de Relacionamento Central, como será doravante identificado. Além desta medida, na literatura internacional, outras, baseadas em diferentes referenciais teóricos, foram desenvolvidas, tais como o: *Relationship Scales Questionnaire* (Griffin & Bartholomew, 1994 citado por Stanojevic, 2004), a *Adult attachment Interview* (Main, Cassid & Kaplan, 1985 citado por Stanojevic, 2004) e a *Experiences in Close Relationship Scale*

(Brrennan & cols, 1998 citado por Bond & Bond, 2004). A seguir apresenta-se uma descrição do CRQ.

Questionário de Relacionamento Central– CRQ

O Questionário de Relacionamento Central-CRQ, foi desenvolvido a partir do conceito de padrão de relacionamento conflituoso proposto por Luborsky (1984) e conhecido por CCRT. É um instrumento de auto-relato, criado por membros do grupo PENN (Barber & cols, 1998) para identificar o padrão central de relacionamento identificado na forma com que cada pessoa se dirige ao seu parceiro romântico. Isto é, ainda que o padrão central de relacionamento possa ser identificado no relacionamento do indivíduo com várias pessoas que tenham importância para ele (pais, irmão, amigos, chefe, etc) o CRQ, foi originalmente desenvolvido tomando-se como referência apenas a relação do indivíduo com o seu parceiro romântico, compreendido como sendo a pessoa com quem o indivíduo esteja envolvido romântica e/ou sexualmente, por pelo menos três meses, nos últimos três anos (Barber & cols., 1998). Como o CCRT, o CRQ se estrutura em torno de três eixos: os *Desejos* (D), as *Respostas dos Outros* (RO) e as *Respostas do Eu* (RE) e em cada um deles, são avaliadas especificamente as respostas do sujeito em relação ao seu parceiro ou parceira amoroso(a) ou romântico(a).

Os componentes do CRQ foram desenvolvidos com base nas categorias padrão do CCRT, sendo primeiramente desenvolvida uma versão piloto composto por 65 itens para Desejo (D), 51 para Respostas do Outro (RO) e 64 para

Respostas do Eu (RE), divididos em oito diferentes subescalas para D (ser suportivo, que o outro se sinta bem, estar em conflito, ser amado, ser reconhecido, ser de confiança, ser independente e ser atraente), seis para RO (me machuca, me ama, é independente, me controla, fica “fora do controle”, é atraente) e oito subescalas para RE (se sente valorizado, cuida do outro, se sente ansioso, não se sente querido, se sente bem sucedido, é independente, evita conflito e é atraente). (Barber & cols, 1998; Weinryb & cols., 2000).

Esta versão foi submetida ao primeiro estudo realizado por Barber e cols. (1998), com o objetivo de determinar a estrutura de cada componente do CRQ, avaliar a consistência interna, validade convergente, discriminante e determinar a precisão teste-reteste, em uma amostra composta por 315 americanos estudantes universitários e 96 pacientes com desordem psiquiátrica. Para o reteste, participaram 54 estudantes universitários. Como medidas de critério externo foram utilizados, o *Inventory of Interpersonal Problems- IIP*, para avaliar as dificuldades interpessoais experienciadas (IIP; Horowitz & cols, 1988 citado por Barber & cols, 1998), o *Beck de Depression Inventory- BDI* (BDI; Beck & cols, 1961 citado por Barber & cols, 1998) que avalia sintomas depressivos, o *Beck Anxiety Inventory- BAI*, avalia sintomas de ansiedade (BAI; Beck & cols, 1988, citado por Barber & cols, 1998), o *NEO-PI Factor Inventory*, para mensurar características de personalidade (NEO-PI; Costa & McCrae, 1992, citado por Barber & cols, 1998) e o *Symptom Checklist-90-Revised*, que avalia os sintomas psicopatológicos (SCL-90-R; Derogatis, 1977, citado por Barber & cols, 1998).

Os resultados obtidos indicaram que o CRQ diferenciava os três componentes conforme o CCRT, sendo sete para D, sete para RO e oito para RE.

As subescalas derivadas dos componentes apresentaram boa consistência interna, com alfa de Cronbach médio acima de 0,85 nos três componentes e precisão por teste-reteste (no período de um ano), com coeficientes acima de 0,63. Os resultados do estudo de validade convergente do CRQ com as escalas IIP e SCL90-R estão apresentados na tabela 1 abaixo.

Tabela 1. Estudo americano da validade convergente do CRQ

| CRQ | Domin | Vingat | Frio | Evit | IIP | | | IIP | SCL90-R |
|--------------------|---------|----------|----------|----------|------------|-------------|-----------|----------|---------|
| | | | | | Não-Social | Expl Assert | Intrusivo | | R |
| D | | | | (D) | | | | | (D) |
| Ser suportivo | | -0,14** | -0,19*** | | | | | | |
| Estar em conflito | 0,23*** | 0,25*** | 0,20*** | | | | 0,17** | 0,20*** | |
| Ser conflitivo | | | | | | | | | |
| Ser reconhecido | | | | | | | | | |
| Ser confiável | | | | | | | | | |
| Ser sexual | | | | | | | | | |
| Não ser aband | | | | | | | | | |
| RO | | | | (RO) | | | | | (RO) |
| Me fere | | | | | | | 0,14** | 0,13** | |
| Me ama | | | -0,17** | -0,14** | | | | -0,15** | |
| É independente | -0,14** | -0,17** | -0,18*** | -0,15** | | | -0,17** | -0,19*** | |
| Me controla | 0,18*** | 0,23*** | 0,16** | 0,25*** | 0,26*** | 0,27*** | 0,27*** | 0,32*** | 0,31** |
| É fora de controle | 0,22*** | 0,25*** | 0,15** | | | | 0,16** | 0,15** | |
| É ansioso | 0,20*** | 0,21*** | 0,15** | | | | 0,16** | 0,15** | |
| É sexual | | | | | | | | | |
| RE | | | | (RE) | | | | | (RE) |
| sinto valorizado | | | -0,18*** | | | | | -0,19*** | |
| Cuido do outro | | -0,20*** | -0,25*** | | | | | -0,16** | |
| Sinto ansioso | | 0,18*** | 0,23*** | 0,28*** | 0,32*** | 0,31*** | 0,29*** | 0,35*** | 0,26* |
| Não sinto querido | 0,26*** | 0,24*** | 0,21*** | 0,18*** | | | 0,31*** | 0,29*** | 0,42*** |
| Evito conflito | | | | | | | | | |
| Sou indep | | | | -0,28*** | -0,32*** | -0,35*** | -0,24*** | -0,33*** | -0,31** |
| Sou sexual | | | -0,19*** | | | -0,19*** | | 0,19*** | -0,21* |
| Sou dominado | 0,34*** | 0,28*** | | | | | 0,23*** | 0,22*** | |

***P<0,001; **p<0,01

Dos resultados apresentados na Tabela 1 o CRQ mostrou relação com problemas interpessoais. Quanto às correlações com as medidas de sintomas, foram apresentados apenas os resultados obtidos com a *Symptom Checklist-90-Revised* (SCL-90-R), que originou a *Escala de Avaliação dos Sintomas Psicopatológicos-EAS-40* (Laloni, 1994), versão brasileira de medida dos sintomas

psicopatológicos utilizada no presente estudo. Conforme os resultados há pouca relação entre conflitos amorosos e a severidade dos sintomas psicopatológicos. A subescala de D não apresentou correlação com a SCL-90-R; RO apresentou correlações positivas com as subescalas: “me controla”. E Em RE nas subescalas: “me sinto ansioso”, “não me sinto querido”, e negativa com “sou independente” e “sou sexual” (Barber & cols, 1998).

O CRQ foi posteriormente adaptado para o sueco em estudo que contou com amostra de 91 estudantes universitários, 30 pacientes ambulatoriais e 98 estudantes americanos, tendo apresentado boas propriedades psicométricas (Weinryb & cols., 2000). Para a validação do instrumento, novamente foi utilizado o *Inventory of Interpersonal Problems - IIP* (IIP, Horowitz & cols, 1988 citado por Weinryb & cols, 2000). Apresentou boa consistência interna, com alfas acima de 0,82. Quanto à validade convergente e discriminante, reproduziu de forma satisfatória as qualidades da versão americana, sendo que as subescalas do CRQ com tonalidade positiva foram inversamente correlacionadas com o número de problemas interpessoais, enquanto as subescalas com tonalidade negativa correlacionaram de forma positiva com o nível global de problemas interpessoais (Weinryb & cols, 2000). Os resultados dos dois estudos, americano e sueco, serão adiante melhor apresentados para comparação com os resultados obtidos na presente pesquisa.

Outro estudo com o CRQ, desenvolvido recentemente pelo Grupo Penn, (McCarthy, Gibbons & Barber, 2008), verificou a rigidez dos sintomas e o padrão dos relacionamentos interpessoais. Nele foi utilizada uma versão do CRQ em que é avaliado o padrão relacional com outras pessoas, tais como: o pai, a mãe, o

chefe e melhor amigo. A amostra foi composta de 250 participantes com desordem depressiva, obesidade, transtorno do pânico, ansiedade generalizada ou personalidade *borderline*; e um grupo controle composto por 92 estudantes universitários. Como medidas de critério externos foram utilizados: a *Global Assessment of Functioning Scale* (GAF, American Psychiatric Association, 2000 citado por Mc Carthy & cols., 2008), o *Inventory of Interpersonal Problems - IIP* (IIP, Horowitz e cols, 2000 citado por McCarthy & cols., 2008) e o *Brief Symptom Inventory - BSI* (Derogatis & Melisaratos, 1983 citado por McCarthy & cols., 2008). Os resultados indicaram alfas considerados aceitáveis na maioria das subescalas (acima de 0,70). Foi possível chegar à revisão do CRQ que, após as análises, ficou composto por 12 subescalas para D (com 40 itens), 8 subescalas para RO (composto por 23 itens) e 13 subescalas para RE (com 38 itens). Em relação à associação entre a rigidez e padrão de relacionamento, observou-se que a rigidez do padrão relacional foi associada a sintomas menos severos e melhor funcionamento interpessoal, contrariando as hipóteses levantadas previamente ao estudo (McCarthy & cols., 2008).

No Brasil, estudos de validação do CRQ estão sendo desenvolvidos sob os mesmos parâmetros dos internacionais. Além da presente pesquisa, outros estudos de sua validade para a população brasileira estão em andamento dentro do grupo de pesquisa, envolvendo amostras de participantes com hepatite C (Risso, 2008) HIV/AIDS (Massei, 2008), mulheres vítimas de violência (Silva, 2008) e estudantes universitários (Sanchez & cols., 2008).

Quanto à versão do CRQ utilizada na presente pesquisa, havia uma tradução do questionário para o português de Portugal, mas nenhum estudo de

validação. Com a autorização do autor, foi realizada uma adaptação desta versão para o português brasileiro por Rocha (2007). Posteriormente, um estudo piloto da validade semântica foi realizado pela equipe de pesquisa para testar a compreensão e dificuldades que ainda persistiam para sujeitos de baixa escolaridade. Tendo-se aplicado o CRQ em cinco participantes, foram anotadas as dificuldades para a compreensão das instruções para responder ao teste e as dificuldades em relação aos itens do instrumento. Em seguida foram discutidas as possibilidades de alteração da tradução e a aproximação do vocabulário à realidade da população brasileira, ou à forma mais utilizada por eles no senso comum. Como resultado, chegou-se à versão do CRQ utilizada neste estudo (Sanchez & cols., 2008).

A versão utilizada nesta pesquisa é CRQ, identificada como 6.0, é constituída por 101 itens sendo 40 de D; 23 de RO e 38 de RE (Barber, 1997). Os componentes estão divididos em oito subescalas para D: ser suportivo, sentir-se bem, estar em conflito, ser amado, ser reconhecido, ser confiável, ser independente, ser sexy. RO é dividido em seis subescalas: me machuca ou me magoa, me ama, é independente, me controla, está fora de controle, é sexy ou é sexualmente atraente. E por último, RE corresponde a oito subescalas divididas em: sentir-se valorizado, cuidar dos outros, sentir-se ansioso, sentir-se não amado, sentir-se bem-sucedido, ser independente, evitar conflitos, ser sexy.

Seguindo os estudos internacionais com o instrumento, foram investigadas: a consistência interna por meio dos coeficientes alfa de Cronbach das dimensões do CRQ e a validade convergente e discriminante do instrumento. Para tanto, foi utilizada como medida de critério externo, a Escala de Avaliação de Sintomas

Psicopatológicos EAS-40 (Laloni, 2001). A EAS-40 corresponde a uma medida da severidade de sintomas psicopatológicos segundo quatro dimensões: *psicoticismo (F1)* indicativa da experiência de retraimento, afastamento, isolamento e estilo esquizóide, “variando de uma suave alienação interpessoal para uma dramática psicose” (Laloni, 2001,p.20); *obsessividade-compulsividade(F2)*, “refere-se aos pensamentos, impulsos e ações que são experienciadas de forma repetitiva, acompanhados de desconforto nas relações interpessoais” (p.19), *somatização (F3)* “refere-se a distúrbios na percepção da disfunção corporal, representadas por desconfortos, dores e queixas corpóreas” (p.19); *ansiedade (F4)* “sinais gerais de ansiedade como tensão, nervosismo, tremor, sentimentos de terror, apreensão e medo” (Laloni, 2001). A escolha por esta medida deve-se a hipóteses previamente levantadas sobre a relação entre severidade dos sintomas psicopatológicos e a qualidade dos relacionamentos amorosos. Além disto, a EAS-40 corresponde à versão brasileira adaptada da medida utilizada nos estudos originais com o CRQ, a Symptom Checklist -90 – Revised / SCL-90-R (Derogatis,1994 citado por Laloni, 2001).

Outra preocupação prévia para o presente estudo foi a de buscar uma população clínica cuja natureza da doença pudesse ter reflexos sobre a qualidade do relacionamento amoroso. Dada as características psicológicas dos pacientes com Doença Arterial Coronariana, evidenciadas na literatura, como a raiva, hostilidade inibição do comportamento social (Novaco, 1992; Silver, 1998), considerou-se relevante utilizar este extrato da população, para compor a amostra da presente pesquisa.

Doença Arterial Coronariana

Segundo Straub (2005), de acordo com levantamentos estatísticos do *National Center for Health Statistics*, em 2000, as doenças cardíacas atingiram índices significativos da população norte-americana, estimando-se que cerca de 60 milhões de pessoas sofriam de alguma forma de doença do coração e do sistema de vasos sanguíneos. No Brasil, essas doenças representam a primeira causa de morte, responsáveis por 40% da mortalidade no país (Ishitani, Franco, Perpétuo & França, 2006). Dentre as moléstias cardiovasculares mais comuns encontram-se a doença arterial coronariana, doenças cerebrovasculares (AVCs) e a hipertensão. Aproximadamente 50% da mortalidade no país é atribuída ao infarto agudo do miocárdio (IAM) (Ishitani & cols.,2006)

A presente pesquisa destina-se à investigação de pacientes diagnosticados com síndromes isquêmicas, mais especificamente a doença arterial coronariana (DAC). A DAC é crônica, e resulta da obstrução das artérias coronárias que suprem o coração. As artérias são vasos responsáveis por levar ao miocárdio (músculo responsável pelos batimentos cardíacos) o sangue rico em oxigênio e nutrientes necessários. A má circulação do sangue ou a falta de oxigenação acarretam sérias complicações e o adoecimento do órgão vital de todo o sistema circulatório - o coração. (Straub,2005)

Segundo Bezerra (2003), a principal causa da DAC é a aterosclerose, uma doença comum que evolui de forma lenta e imprevisível, caracterizando-se pelo acúmulo de ateromas (placas de gordura) nas paredes internas das artérias. Esse depósito de gordura provoca o endurecimento e espessamento das paredes dos

vasos, reduzindo a circulação sanguínea nas áreas do coração. A irrigação sanguínea deficiente conduz às manifestações clínicas da doença arterial coronariana, tais como a angina do peito (estável e instável) e o infarto agudo do miocárdio (IAM). A angina do peito é uma condição de dor extrema, causada por contrações involuntárias do músculo devido à restrição no suprimento de sangue para o coração. O IAM, que popularmente é conhecido como “ataque cardíaco”, começa quando uma placa de gordura se rompe dentro do vaso sanguíneo, diminuindo ainda mais o fluxo de sangue ou obstruindo-o completamente. Nestes casos, as células do miocárdio deixam de ser irrigadas causando a morte de uma porção do tecido. Logo, o infarto consiste na parada do funcionamento do coração em virtude da falência de uma área do tecido (Straub, 2005).

O *Framingham Heart Study*, um estudo prospectivo das doenças cardiovasculares que coletou dados por mais de meio século, identificou duas categorias básicas de fatores de risco: os fatores incontroláveis, como história familiar de doenças cardíacas (hereditariedade), idade, gênero; e os fatores controláveis, como diabete, obesidade, hipertensão, nível de colesterol, tabagismo, sedentarismo (Straub, 2005). Segundo Vale e Martinez (2000), a doença arterial coronariana é cerca de três a quatro vezes mais freqüente nos homens do que nas mulheres, até os 55 anos. Há um aumento do risco na população feminina a partir desta faixa etária (acima de 55 anos), devido à menopausa. Em torno dos 75 anos de idade, as incidências são semelhantes para homens e mulheres.

Sampaio, Favarato, Hueb e Aldrighi (2006) afirmam que o IAM é a principal causa de morte em mulheres após os 40 anos de idade; e ocorre em média dez

anos antes nos homens. O prognóstico após o IAM é pior nas mulheres, pois o risco de morte nas primeiras semanas ou no primeiro ano após o evento é duas vezes maior. Perez, Nicolau, Romano e Laranjeira (2005) sugerem que a depressão, mais freqüente entre as mulheres, seria um fator de risco para a doença coronariana. Portanto, a maior incidência de depressão entre as mulheres coronarianas poderia contribuir para a maior taxa de mortalidade no sexo feminino. Dentre os fatores incontroláveis é importante também considerar a relevância da hereditariedade, na medida em que os riscos são maiores para os indivíduos que têm antecedentes familiares positivos de DAC, tanto para os homens quanto para as mulheres (Vale & Martinez, 2000).

Quanto aos fatores controláveis, a DAC pode ser acarretada por hábitos de vida prejudiciais. Observa-se o aumento do índice da população mundial com problemas de obesidade, altos níveis de colesterol, sedentarismo e consumo de tabaco e álcool. Manter uma dieta saudável (com o controle dos níveis de gordura, sal e açúcar), controlar o peso corporal, praticar atividades físicas, evitar o uso do fumo e de bebidas alcoólicas são comportamentos importantes que devem ser adotados por todos os indivíduos, mas especialmente pelos coronariopatas no sentido de um prognóstico mais favorável (Straub, 2005; Vale & Martinez, 2000). A atividade física diária por si só já diminui o risco de doenças cardíacas que é oito vezes maior nos indivíduos sedentários.

No final da década de 50, cardiologistas começaram a investigar a influência de aspectos psicológicos como fatores de risco para as doenças cardiovasculares. Nos estudos de Meyer Friedman e Ray Rosenman (1959) citado por Straub (2005) encontraram um padrão de comportamento propenso a

problemas coronarianos como: competitividade, forte senso de urgência e hostilidade, que denominaram tipo A. Romano (2001) apresentou um conjunto de características psicológicas pré-mórbidas que se manifestam como fatores de risco, entre elas: competitividade, intolerância, estados de ansiedade permanentes, baixa resistência à frustração, vida emocional ausente ou diminuída e preferência pelo trabalho em detrimento do lazer e das relações afetivas. Segundo Tesar e Stern (1993), evidências clínicas apontam a depressão como fator de risco para a DAC, apresentando forte relação com as taxas de mortalidade e má qualidade de vida desses pacientes, principalmente, na parcela feminina da população cardíaca, com idade inferior a 50 anos.

Segundo Novaco (1992), é crescente o número de estudos que identificam a raiva e a hostilidade também como fatores de risco para a DAC. Indivíduos propensos a ter raiva, atitudes hostis e inibição do comportamento social têm aumentado o risco de serem acometidos por doenças coronarianas. Nestes estudos verificou-se também fatores psicossociais como: conflitos familiares, desemprego, isolamento social e stress (Straub, 2005). O *The Stockholm Female Coronary Risk Study* (2000) referiu sobre a influência dos fatores psicossociais como o stress no trabalho e stress marital no prognóstico de DAC em homens e mulheres. O trabalho estressante está associado à piora no prognóstico dos homens, enquanto que o stress conjugal foi associado a um pior prognóstico nas mulheres com DAC com aumento do risco de eventos recorrentes. Os resultados mais detalhados desta pesquisa serão apresentados ao discorrer sobre os relacionamentos conjugais e as DAC. Neste mesmo sentido sugerem os estudos de Orth-Gomer (2007) que as experiências de trabalhos estressantes após evento

de IAM, aumentaram significativamente o risco de recorrência de novos eventos após retornarem para as atividades, comparado com aqueles sem trabalhos estressantes. Quanto às mulheres com DAC, o risco de recorrência de tais eventos estiveram associados às experiências estressantes com familiares/marital. Todos esses comportamentos de risco compõem um quadro característico do estilo de vida dos pacientes coronarianos. Os dados evidenciam a importância de pesquisas neste campo, com a produção de conhecimento que traga novos olhares para essa parcela da população.

De uma forma geral, os estudos têm avançado no que diz respeito às áreas médicas, farmacológicas e tecnológicas, visando à redução dos riscos de mortalidade por doenças cardiovasculares, com o desenvolvimento de técnicas, instrumentos e drogas a serem utilizados no tratamento desses pacientes. No entanto, seus efeitos estão restritos aos países desenvolvidos, onde existe maior viabilidade e condições para atendimento desta população. Em contrapartida, algumas projeções apontam para um aumento dessa mortalidade nos países em desenvolvimento (Ishitani & cols, 2006, Vale & Martinez, 2000). Na área das ciências psicológicas, por exemplo, encontra-se pouco avanço comparado com as demais. Segundo o Manual de Cardiologia (Tesar & Stern, 1993), muitos dos estudos são baseados em impressões clínicas e investigações retrospectivas, o que evidencia a necessidade de estudos controlados que ampliem o conhecimento dos aspectos psicológicos que envolvem os pacientes coronariopatas, nos campos afetivo (das emoções) e relacional.

As alterações psicológicas agudas ou crônicas, como o *stress* e a depressão, por exemplo, precedem o infarto do miocárdio, as arritmias e outras

patologias cardíacas (Tesar & Stern,1993). O adoecer fragiliza os pacientes, acarretando sentimentos de insegurança diante do abalo sofrido pela perda da onipotência e controle com o seu corpo. Percebe-se então como uma pessoa com limitações. O medo, a depressão e a raiva são algumas das reações emocionais apresentadas diante do diagnóstico de ataques cardíacos. O medo do desconhecido é um sentimento frequentemente observado no momento de exames e ao longo do tratamento (Silver,1998). Oliveira, Sharovsky e Ismael, (1995) referem-se ainda às alterações emocionais de negação da doença, ansiedade, depressão, agitação e raiva como mecanismos para lidar com o adoecimento.

Tesar e Stern (1993), em um estudo a partir de impressões clínicas, caracterizaram essa parcela da população como sendo “preocupada” e com um padrão para lidar com as emoções e o enfrentamento dos obstáculos "sem alegria". Ainda, constataram que os pacientes coronarianos apresentam uma tendência para reprimir a raiva, sendo mais propensos a deprimir. Segundo Perez e cols., (2005), o quadro típico de depressão nos pacientes coronarianos, em que são comuns sintomas somáticos tais como cansaço, falta de energia, lentidão psicomotora, perda ou aumento de apetite, insônia e hipersonia, é muitas vezes confundido com os sintomas da DAC.

Segundo Silver (1998), a raiva muito observada no padrão de comportamento dos pacientes coronarianos, tende a ser exacerbada diante necessidade brusca das mudanças dos hábitos de vida como: parar de fumar, manter uma dieta com baixo nível de colesterol, evitar elevação da pressão arterial, diminuição do ritmo de trabalho e todos os novos comportamentos que

estes pacientes devem passar a adotar em função dos cuidados com a saúde. Segundo Straub (2005), algumas teorias sustentam que adultos hostis têm vidas mais estressantes e níveis baixos de apoio social, o que, com os anos, pode vir a se refletir sobre a saúde cardíaca. Esses traços de personalidade afetam diretamente a saúde e a vida do indivíduo na forma como lida com a sua doença e a enfrenta, de como, a partir daí, estabelece suas relações sociais e realiza suas atividades diárias. Assim, novas especulações estão sendo realizadas quanto à vulnerabilidade psicossocial do paciente cardíaco. A observação da importância da falta de suporte social, da privação e do acúmulo de eventos estressantes na vida desses pacientes, decorrentes do estado patológico e emocional (perda de autonomia e sentimentos de impotência) são fatores psicossociais que abriram as portas para investigações que envolvem os relacionamentos conjugais.

O Relacionamento Conjugal e a Doença Arterial Coronária (DAC)

As qualidades dos relacionamentos conjugais têm mostrado influência significativa na vida dos pacientes em geral. O cônjuge neste momento é a pessoa significativa que exerce um papel de suporte, apoio e segurança para os pacientes cardíacos. Segundo Moraes e Dantas (2007), pesquisas identificaram que, após um evento cardíaco, o apoio percebido pelo paciente, principalmente quando é proveniente do cônjuge, tem sido relacionado ao favorecimento de sua reabilitação, já que contribui para o indivíduo sentir-se cuidado, valorizado, estimado e seguro. Indivíduos casados tendem a apresentar maior suporte emocional, e este fator está positivamente associado ao estado emocional

(diminuição da depressão e ansiedade) e a melhora na qualidade de vida. Por outro lado, morar sozinho, isolamento social e falta de suporte social estão entre as justificativas encontradas para a re-hospitalização desses pacientes. De Vogli, DPhil e Marmot (2007) dizem que um extenso corpo de pesquisa tem mostrado a relevância das relações sociais na melhora da saúde e redução de riscos cardiovasculares.

O *Stockholm Female Coronary Risk Study* (2000), apontou que o stress marital e o baixo suporte emocional percebidos pelas mulheres estão relacionados à piora do prognóstico da DAC. Tais associações foram evidenciadas em comportamentos como: baixa aderência às mudanças do estilo de vida, à terapia médica e aumento dos efeitos negativos dos estados emocionais de ansiedade e depressão. Que resultou em aumento potencial do risco de IAM e a recorrência de novos eventos. Uma das vertentes investigadas nestes estudos foi a percepção do suporte social para os homens e mulheres. Os resultados indicam que as mulheres parecem perceber os relacionamentos delas com os esposos menos suportivos que os homens, além disso, os homens apontam suas esposas como primeira provedora para garantir suporte social, enquanto as mulheres referem-se a outros parentes e normalmente do sexo feminino.

Em pesquisa recente, que buscou investigar a associação entre os aspectos negativos dos relacionamentos íntimos e aumento do risco de DAC e a associação entre mulheres e pessoas de baixa posição social, De Vogli, DPhil e Marmot (2007), constataram que os efeitos negativos dos relacionamentos íntimos foram mais experienciados pelos indivíduos jovens e homens com baixa posição no emprego. Experiências negativas no relacionamento íntimo foram associadas

com afetividade negativa, depressão, stress no trabalho, baixa confiança/ suporte emocional.

Além disso, há pesquisas indicando a associação entre o status conjugal, medidas de stress conjugal e o prognóstico de doenças do coração. Uma das medidas de stress detectada foi a tendência para silenciar os pensamentos e sentimentos para o cônjuge, durante o conflito. Essa atitude visa manter o individuo seguro e particularmente íntimo no relacionamento. No entanto, o silêncio dos pensamentos e sentimentos implica em uma auto-negação e desvalorização dos próprios pensamentos e crenças e, como consequência, está correlacionado significativamente com sintomas depressivos na população de homens e mulheres cardíacas (Eaker, Kelly-Hayes, Sullivan, D'Agostinho & Benjamin, 2007).

Segundo De Vogli e cols. (2007), interações negativas nos relacionamentos íntimos aumentam o risco de incidência de DAC, principalmente entre as mulheres e pessoas com baixa posição social. Neste estudo constataram que os efeitos negativos dos relacionamentos íntimos são melhores preditores de saúde do que os aspectos do suporte social, já que o poder negativo dos relacionamentos íntimos ativa fortemente as emoções como preocupações e ansiedade.

Nos levantamentos dos estudos feitos por Eaker e cols., (2007) foram recuperados dados interessantes descobertos por Medalie e Golbourt, em 1976, que relacionaram a importância do cônjuge para algumas manifestações clínicas específicas da doença arterial coronariana (DAC). Naquele estudo, com 10.000 homens israelenses, mostrou-se que o amor e o suporte das esposas foram importantes para reduzir o risco de desenvolvimento de angina peitoral. Em

levantamento recente de Eaker e cols., (2007), em um estudo com mulheres que tinham sido hospitalizadas por risco de infarto do miocárdio ou angina peitoral instável, encontraram associações entre stress conjugal e o risco de recorrência desses eventos. Segundo Eaker e cols., (2007) a maioria dos estudos sobre relacionamentos conjugais se concentram em investigações quanto aos sentimentos de felicidade e satisfação, havendo necessidade de investigação quanto à influência desse stress na saúde. Sugerem que a comunicação dos conflitos e tensão está associada a diversos resultados de saúde.

Considerando a importância dos fatores psicológicos, tanto para o surgimento quanto para a evolução da doença cardíaca, torna-se relevante para o psicólogo que atende a esta população, contar com instrumentos de avaliação válidos para orientar sua prática. Dentre as medidas que podem ser úteis para o diagnóstico e as intervenções de pacientes cardíacos, incluem-se os instrumentos capazes de fornecer indicações do padrão de relacionamento conflituoso do paciente com seus pares amorosos. Com vistas a contribuir para o conhecimento das propriedades psicométricas do Questionário de Relacionamento Central-CRQ (Barber & cols., 1998) de pacientes coronarianos, seguem os objetivos do estudo.

Objetivos

Objetivo Geral

Estudar a validade e a precisão do Questionário de Relacionamento Central 6.0 – CRQ 6.0 de pacientes com Doença Arterial Coronariana (DAC).

Objetivos Específicos

1. Avaliar a consistência interna do CRQ;
2. Avaliar a validade convergente e discriminante do CRQ com a EAS-40.
3. Avaliar a validade de critério do CRQ com grupos contrastantes

Método

Participantes

A amostra ficou composta por 70 participantes, divididos em dois subgrupos. O primeiro, denominado Grupo Um (G1), ficou representado por 40 pacientes diagnosticado com Doença Arterial Coronariana, do Ambulatório de Cardiologia e da Unidade Coronariana (UCO) do Hospital e Maternidade Celso Pierro (HMCP). O segundo, denominado de Grupo Dois (G2) ficou representado por 30 participantes, acompanhantes de pacientes de outras enfermarias, que não apresentaram diagnóstico de doença crônica. A composição das amostras não foi randomizada, por conveniência.

As características sócio-demográficas dos participantes nos dois grupos estão representadas na Tabela 2.

Tabela 2. Distribuição Sócio- Demográficas da Amostra (N=70)

| | G1 | | G2 | | Total | |
|----------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|--------------|-------|
| | F | % | F | % | F | % |
| Sexo | | | | | | |
| Masculino | 26 | 65 | 13 | 43,3 | 39 | 55,7 |
| Feminino | 14 | 35 | 17 | 56,6 | 31 | 44,28 |
| Idade | | | | | | |
| 18 a 19 | - | - | 1 | 3 | 01 | 1 |
| 20 a 39 | - | - | 16 | 53 | 16 | 23 |
| 40 a 49 | 05 | 12 | 8 | 27 | 13 | 19 |
| 50 a 59 | 16 | 40 | 5 | 17 | 21 | 30 |
| 60 a 69 | 13 | 32 | - | - | 13 | 19 |
| 70 a 79 | 06 | 15 | - | - | 06 | 9 |
| Idade Média | | 59 | | 37 | | |
| Idade Mediana | | 58 | | 38 | | |
| D.P da Idade | | 9 | | 11 | | |
| Idade Mulheres | | 55 | | | | |
| Idade Homens | | 61 | | | | |
| Estado Civil | | | | | | |
| Casado | 34 | 85 | 23 | 77 | 57 | 81 |
| Separado | 03 | 7 | 3 | 10 | 06 | 9 |
| Solteiro | 0 | - | 4 | 13 | 04 | 6 |
| Viúvo | 03 | 7 | - | - | 03 | 4 |
| Escolaridade | | | | | | |
| Analfabeto | 01 | 2 | - | - | 01 | 1 |
| Fundamental inc | 25 | 62 | 06 | 20 | 31 | 44 |
| Fundamental c | 05 | 12 | 02 | 7 | 07 | 10 |
| Médio inc | 04 | 10 | 05 | 17 | 09 | 13 |
| Médio completo | 03 | 7 | 14 | 47 | 17 | 24 |
| Superior inc | - | - | - | - | - | - |
| Superior c | 02 | 5 | 02 | 7 | 04 | 6 |

Pode-se observar na Tabela 2 que, os dois grupos diferiram em relação à distribuição quanto ao sexo (com predomínio de homens no G1 e de mulheres no G2), às idades médias e medianas (no G1 mais velhos) e quanto à escolaridade (inferior no G1). Quanto às comorbidades físicas associadas ao G1, nomeadas por alguns autores como: fatores de risco não controláveis (hereditariedade)

controláveis (diabetes, hipertensão, colesterol, tabagismo e etilismo) (Straub, 2005), estão apresentados na Tabela 3.

Tabela 3. Comorbidades físicas associadas à G1

| CONTROLÁVEIS | (N) | % |
|-------------------------|------------|----------|
| DIABETES | 16 | 40% |
| HIPERTENSÃO | 30 | 75% |
| COLESTEROL | 22 | 55% |
| TABAGISMO | 28 | 70% |
| ETILISMO | 13 | 32% |
| NÃO CONTROLÁVEIS | | |
| HEREDITARIEDADE | 34 | 85% |

Em acordo com o esperado pela literatura, os dados da Tabela 3 apontam a incidência de fatores de riscos controláveis e não controláveis na amostra clínica do presente estudo.(Straub, 2005). Quanto às comorbidades físicas ditas controláveis, é significativa a relação do tabagismo e hipertensão nos pacientes coronarianos, representada por 70% e 75% da amostra. Quanto aos fatores de risco não controláveis a hereditariedade representou 85%.

Instrumentos

Central Relationship Questionnaire CRQ 6.0 (Barber & cols., 1998). Trata-se de um instrumento de 40 itens que se referem aos desejos (D) dos sujeitos, 23 itens referentes às respostas das outras pessoas (RO) e 38 itens que dizem respeito às respostas do sujeito ou as repostas do eu (RE) frente à reação das outras pessoas. Os itens de D, correspondem a oito subescalas: ser suportivo, sentir-se bem, estar em conflito, ser amado, ser reconhecido, ser verdadeiro (confiável), ser independente e ser sexualmente atraente. Quanto aos itens de RO são subdivididos em seis subescalas: me machuca ou me magoa, me ama, é independente, me controla, está fora de controle, é sexy ou é sexualmente atraente. E RE com a oito subescalas: sentir-se valorizado, cuidar dos outros, sentir-se ansioso, sentir-se não amado, sentir-se bem-sucedido, ser independente, evitar conflitos, ser sexy". O indivíduo é solicitado a responder o questionário referindo-se ao relacionamento com seu último parceiro romântico por, pelo menos, três meses nos últimos três anos. As respostas são de tipo Likert de 7 pontos, variando de 1 (nunca verdadeiro ou não típico de mim) a 7 (sempre verdadeiro ou típico de mim). Para avaliação do CRQ 6.0 quanto menor o escore maior a intensidade do conflito. Os itens negativos devem ser invertidos. São itens negativos na dimensão D: 2, 6, 7, 8, 10, 14, 21, 24, 25, 33, 35, 38 e 40; de RO são: 3, 4, 6, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20 e 21; e de RE são: 4, 5, 6, 7, 10, 12, 13, 15, 16, 17, 19, 21, 23, 26, 29, 30, 31, 32, 36 e 37. Como apresentado anteriormente, nos estudos americanos (Barber & cols, 1998) e suecos (Weinryb & cols, 2000), o CRQ 6.0 apresentou boa qualidade psicométrica, com bons índices

de consistência interna, precisão por teste-reteste.

A *Escala de Avaliação de Sintomas psicopatológicos EAS-40* (Laloni, 2001) é uma escala multidimensional, de auto-relato, formada por 40 itens que medem sintomas psicopatológicos segundo 4 dimensões: psicoticismo, obsessividade-compulsividade, somatização e ansiedade. Com respostas do tipo Likert de 3 pontos que variam de nenhum pouco, um pouco e muito. Corresponde a uma adaptação com pacientes de hospitais gerais brasileiro, do Symptom Checklist -90 - Revised (SCL-90-R) (Derogatis, 1994, citado por Laloni, 2001). O estudo de validação da EAS-40, apresentou boa consistência interna em todas as dimensões variando de 0,73 a 0,88, precisão de teste-reteste (coeficiente de correlação de *Pearson* entre 0,40 e 0,82) e validade de constructo (Laloni, 2001). Em estudo realizado por Yoshida e Silva (2007), com o objetivo de estudar as qualidades psicométricas da escala junto a estudantes universitários, foi evidenciada estabilidade temporal (r_s entre 0,80 e 0,93), boa consistência interna, e os universitários apresentaram médias inferiores se comparados com os pacientes do estudo de Laloni (2001), mostrando evidências da capacidade de discriminação entre população clínica e não-clínica.

- *Questionário sócio- demográfico* – questionário elaborado para a pesquisa com questões referentes às variáveis como sexo, faixa etária, estado civil, grau de escolaridade, condição laboral, tempo de diagnóstico, comorbidades físicas associadas à patologia (fatores de risco controláveis e incontroláveis). (Anexo A)

Procedimento

1. Foi estabelecido contato com os médicos responsáveis pelo Ambulatório de Cardiologia e da Unidade Coronária (UCO) do Hospital e Maternidade Celso Pierro da PUC de Campinas (HMCP), para obter informações sobre a viabilidade da coleta de dados nas enfermarias.
2. Foi obtida autorização junto ao responsável pelo Ambulatório de Cardiologia e Unidade Coronária(UCO) do HMCP, para a realização da coleta de dados no serviço (autorização no Anexo B e C).
3. Foi obtida autorização junto ao responsável pelas enfermarias do HMCP para a realização da coleta de dados no serviço (Anexo D).
4. Carta de solicitação de autorização ao superintendente do HMCP para a realização da coleta de dados no serviço (Anexo E).
5. O projeto foi submetido e aprovado pelo “Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da PUC de Campinas”.(Anexo F)
6. Na aplicação dos instrumentos CRQ e EAS-40 a pesquisadora entrou em contato, de forma individual, com os pacientes no momento anterior ou posterior à consulta médica realizada no ambulatório. No caso de pacientes da UCO a coleta foi realizada junto ao leito do paciente. Foi estabelecido um breve *rapport* com o participante, buscando certificar-se quanto às suas condições físicas e emocionais. Somente então este era consultado quanto ao interesse em participar da pesquisa. Os pacientes ambulatoriais foram convidados a se deslocar até a sala reservada para aplicação do instrumento, no próprio local. Após explicação quanto aos objetivos da pesquisa, o participante era solicitado a assinar o Termo

de Consentimento Livre Esclarecido (Anexo G) que era previamente lido em voz alta pela pesquisadora.

7. A aplicação dos instrumentos ocorreu de forma alternada para cada participante, de modo a evitar algum viés devido à ordem de aplicação.

8. A aplicação foi assistida, isto é, a cada item de cada instrumento foi lido, sem sugestão de nenhuma alternativa de resposta. No caso do participante que não entendeu algum item, ele foi novamente lido.

9. Para o levantamento das variáveis sócio-demográficas foi utilizado um questionário elaborado para a pesquisa.

10. Os mesmos procedimentos foram utilizados para a avaliação dos participantes do G2, sendo selecionados os acompanhantes de pacientes de outras enfermarias e ambulatórios que não os da cardiologia.

Resultados

Consistência Interna

Foram calculados os alfas de Cronbach (α) de cada dimensão e para o CRQ6.0 total, de cada grupo. Considerou-se índices significantes representados por alfa maior ou igual a 0,70, de acordo com o limite mínimo estabelecido por Barber Foltz e Weinryb (1998), para a versão original do instrumento (Tabela 4) .

Tabela 4. Consistência Interna das dimensões do CRQ 6.0 para G1 e G2

| CRQ (Dimensão) | G1 (N=40) | | G2 (N=30) | |
|--------------------|--------------|------------|--------------|------------|
| | α | α^* | α | α^* |
| D | 0,83 | 0,89 | 0,81 | 0,86 |
| RO | 0,58 | 0,62 | 0,85 | 0,85 |
| RE | 0,79 | 0,80 | 0,86 | 0,87 |
| CRQ (Total) | 0,89 | 0,91 | 0,90 | 0,91 |

α^* após retirada dos itens com baixa consistencia

Para o G1 a consistência foi elevada nas dimensões D (0,83) e RE (0,79) e também para o CRQ 6.0 total (0,89), no entanto foi baixa na dimensão RO (0,58) (Tabela 4). Quanto ao G2 a consistência foi alta ($\alpha=0,81$ a 0,90) nas três dimensões e para o CRQ 6.0 total. Vale ressaltar que também foram calculadas as consistências depois de retirados os itens com baixa consistência, em G1 “desejo ser dependente” da dimensão D; “meu parceiro toma suas próprias decisões” de RO e “eu evito entrar em conflitos” de RE. Para G2 na dimensão D foi retirado o item “eu desejo ser independente”, em RO “meu parceiro toma suas

próprias decisões e em RE “eu evito problemas com meu parceiro”.o que resultou em aumento considerável dos valores dos alfas encontrados.

A seguir são comparados os resultados da consistência interna dos estudos de Barber e cols. (1998), Weinryb e cols (2000) com os da presente pesquisa (Tabela 5).

Tabela 5. Consistência Interna dos estudos realizados com CRQ 6.0

| | <i>Barber e Cols.(1998)*</i> | <i>Weinryb e Cols. (2000)*</i> | | <i>Presente Estudo</i> | | |
|----|------------------------------|--------------------------------|-------------|------------------------|-------------|-------------|
| | Amostra Total | Pctes | Univ.suecos | Univ.norte-american | G1 | G2 |
| | <i>N=411</i> | <i>N=30</i> | <i>N=91</i> | <i>N=98</i> | <i>N=40</i> | <i>N=30</i> |
| D | 0,90 | 0,85 | 0,84 | 0,89 | 0,83 | 0,80 |
| RO | 0,88 | 0,91 | 0,88 | 0,88 | 0,58 | 0,85 |
| RE | 0,89 | 0,82 | 0,89 | 0,87 | 0,79 | 0,86 |

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

O presente estudo obteve bons índices de consistência interna comparado aos estudos internacionais com o CRQ 6.0. Apenas na dimensão RO do G1, o valor ficou abaixo do considerado como significativo (0,70).

Evidências de Validade Convergente

O estudo de validade convergente do CRQ 6.0 e a EAS-40 foi calculada pelo Coeficiente de Correlação de Spearman para o G1 e G2, como mostra a Tabela 6.

Tabela 6. Coeficiente de Spearman do CRQ 6.0 e EAS-40 para G1 e G2

| CRQXEAS | Psicoticismo (F1) | | Obsessividade/Compulsividade (F2) | | Somatização (F3) | | Ansiedade (F4) | | EAS/Total (FT) | |
|---------|-------------------|---------------|-----------------------------------|---------------|------------------|--------|----------------|-------|----------------|---------------|
| | G1 | G2 | G1 | G2 | G1 | G2 | G1 | G2 | G1 | G2 |
| D | 0,005 | 0,035 | 0,223 | -0,005 | 0,232 | -0,140 | 0,001 | 0,010 | 0,196 | -0,024 |
| RO | -0,013 | 0,456* | -0,029 | 0,215 | 0,064 | 0,052 | -0,042 | 0,058 | -0,014 | 0,242 |
| RE | 0,178 | 0,575* | 0,287 | 0,490* | 0,264 | 0,177 | 0,121 | 0,261 | 0,290 | 0,442* |

p<0,01*

Não foram encontradas associações significantes entre as três dimensões do CRQ 6.0 e as dimensões da EAS-40 que medem os sintomas psicopatológicos em G1. Quanto ao G2 (Tabela 6) obteve-se correlações positivas e significantes entre a dimensão RO do CRQ 6.0 e a F1 da EAS-40 ($p<0,01$), indicando que maior conflito em relação às respostas do outro estão associados a sintomas de psicoticismo em pessoas que não têm histórico de doença coronariana. Em relação às RE, no G2 foram encontradas correlações significantes com (F1), (F2) e EAS-40 total ($p<0,01$), apontando associação, respectivamente, entre as repostas do eu e a severidade dos sintomas de psicoticismo, obsessividade-compulsividade e os sintomas totais.

Evidências de Validade Discriminante

O estudo de validade de discriminante que aferiu as diferenças entre os dois grupos foi realizado utilizando-se o teste U de Mann-Whitney (Tabela 7).

Tabela 7. Distribuição dos escores mínimo, máximo, média e desvio padrão e teste Mann-Whitney entre G1 e G2

| | G1 (N=40) | | | | G2 (N=30) | | | | p |
|----|--------------|------|------|------|--------------|------|------|------|--------|
| | Mín | Max | M | DP | Mín | Max | M | DP | |
| D | 2,95 | 6,48 | 5,53 | 0,64 | 3,41 | 6,50 | 5,80 | 0,61 | 0,018* |
| RO | 3,61 | 6,39 | 4,82 | 0,66 | 3,17 | 6,39 | 5,01 | 1,02 | 0,144 |
| RE | 3,68 | 6,18 | 4,79 | 0,67 | 3,84 | 6,84 | 5,21 | 0,75 | 0,026* |

* $p < 0,05$

Os resultados mostram que houve diferença significativa entre o G1 e G2 nas dimensões D e RE do CRQ 6.0, em que o G2 apresentou menores índices de conflito nos relacionamentos amorosos.

Discussão

Para dar início a discussão vale ressaltar e considerar a discrepância das características sócio-demográficas entre as amostras do G1 e G2, referentes ao sexo, idade e nível de escolaridade. O grupo G1 foi caracterizado por amostra de pacientes com maior número de homens (65%), idade média de 59 anos e nível escolar fundamental incompleto (62%). E quanto ao G2, houve predomínio de mulheres (56,6%), com idade média de 37 anos e ensino médio completo (47%). Mediante a possibilidade da influência de tais variáveis sob os resultados obtidos, estas sugerem cautela na interpretação dos mesmos.

Conforme os resultados apresentados, o CRQ 6.0 apresentou índices de consistência interna na maioria das dimensões do instrumento ($\alpha > 0,70$) para os dois grupos amostrais (com exceção de RO no G1), o que sugere que a versão em português tem índices de precisão compatíveis com os da versão em inglês e em sueco, conforme, respectivamente, os estudos de Barber e cols., (1998) e de Weinryb e cols (2000). Em relação à baixa consistência de RO ($\alpha = 0,58$), no G1, é possível que o nível relativamente mais baixo de escolaridade dos participantes tenha colaborado para a dificuldade de compreensão de alguns itens e para a variação das respostas em escala de 7 pontos. Efetivamente, durante a aplicação dos testes, constatou-se a dificuldade dos participantes para compreensão de alguns itens negativos e respectivas palavras. Por exemplo, “eu não desejo me abrir” (D), “meu parceiro não se abre” (RO), “eu não me abro” (RE). E palavras como: “submisso, competente, independente e dependente”. Esses aspectos

devem ser considerados quanto a sua influência sobre os resultados da consistência interna do instrumento. E ainda, para os novos estudos de adaptação semântica do CRQ 6.0 buscando torná-lo mais próximo e acessível à extrato da população brasileira, com baixo nível escolar.

Quanto ao estudo de validade convergente entre o CRQ 6.0 e a EAS-40 para o G1, os resultados sugerem que não existe associação entre a severidade dos sintomas psicopatológicos e a intensidade dos conflitos entre pacientes com doenças coronarianas. A ausência de correlações significantes se deve, provavelmente, a uma forma defensiva de distanciamento ao relatar os seus conflitos relacionais. Como visto, a literatura sobre o perfil psicológico desses pacientes revela isolamento social, dificuldade para expressar as emoções, vida emocional ausente ou diminuída com preferência pelo trabalho em detrimento do lazer e das relações afetivas (Romano, 2001; Straub, 2005). Mais precisamente, quanto aos relacionamentos amorosos, Eaker e cols (2007) referem à tendência para silenciar os pensamentos e sentimentos para o cônjuge durante o conflito, visto que essa atitude visa manter o indivíduo seguro e particularmente íntimo no relacionamento e durante os conflitos amorosos. Vale ressaltar que itens como: “eu não desejo me abrir”, “eu desejo evitar meu parceiro”, “eu desejo ser distante”, “eu me distancio”, “eu evito discussões com meu parceiro”, foram relatados como sendo muito característicos ou que os descreviam perfeitamente.

Estas características não se aplicam todavia aos participantes do G2, em que foram observadas correlações entre o componente RO e a dimensão psicoticismo (F1) da EAS-40 e RE com psicoticismo (F1), obsessividade-compulsividade (F2) e EAS-40 Total. Isto é, em pessoas em que não há histórico

de doenças cardíacas, a esperada associação entre severidade dos sintomas psicopatológicos e conflitos no relacionamento amoroso se evidenciou. Todavia, estudo de correlações com outras medidas de avaliação e também com maiores amostras se faz necessário para a ratificação ou não destas hipóteses. Por exemplo, em pacientes coronarianos estudos com medidas de: alexitimia (dificuldade para expressar as emoções), medidas de stress e depressão seriam de grande relevância, por serem características associadas ao perfil psicológico desses pacientes.

Quanto aos resultados do estudo de validade discriminante entre os dois grupos G1 e G2. Estes sugerem diferenças significantes em D e RE, com escores médios menores para o G1, indicativa de que é possível que os pacientes coronarianos apresentem maior dificuldade nos relacionamentos amoroso em aspectos que envolvam os desejos e às respostas do eu do que os participantes que não apresentam tal patologia. É possível que RO não tenha obtido diferença significativa entre os grupos em razão da baixa consistência no G1. Embora tais diferenças tenham sido encontradas, vale considerar as limitações deste estudo quanto às diferenças das amostras no que respeita às variáveis sócio-demográficas. Sugere-se em estudos futuros maior rigor no pareamento dos grupos de forma a evitar possíveis interferências devidas a estas variáveis.

Vale considerar ainda as limitações deste estudo ao tratar dos dados referentes as características clínicas do grupo G1. Composto por pacientes ambulatoriais e pacientes internados. Estes não puderam ser estudados separadamente, devido às dificuldades na obtenção de amostra pareáveis dos pacientes ambulatoriais durante a coleta de dados, resultando num número baixo

de participantes pouco representativo comparado aos demais participantes. Sugere-se em estudos futuros o controle destas variáveis para assim obter resultados mais precisos e que melhor caracterizem a população em estudo. Além, disto seria interessante obter medidas do nível de alexitimia e stress.

Considerações Finais e Conclusões

Os resultados permitem concluir que a versão brasileira do CRQ 6.0 apresentou qualidades psicométricas adequadas para avaliação dos pacientes coronarianos, com índices satisfatórios de consistência interna e evidências de validade discriminante. Em relação à validade convergente não foram encontradas evidências de associação entre a intensidade do conflito no relacionamento amoroso e os sintomas psicopatológicos de pacientes coronarianos, quando avaliados com a EAS-40. Para pesquisas futuras com o CRQ 6.0 e pacientes diagnosticados com DAC, deve-se buscar ter amostras melhor pareadas quanto às variáveis sócio-demográficas. Além disto, seria interessante obter medidas do nível de alexitimia, stress.

Referências

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

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

Bezerra, P.P.L. (2003). *Revascularização do miocárdio: stress, qualidade de vida e restabelecimento pós-cirúrgico*. Dissertação de Mestrado, Campinas. Faculdade de Psicologia Pontifícia Universidade de Campinas. Disponível em: http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde_busca/index.php.

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

Botino, S.M.G. (2000). *Estudo da sistematização do diagnóstico e psicoterapia através do CCRT: “tema central de conflito nos relacionamentos”*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Brennan, K.A., Clark, C.L & Shaver, P.R. (1998) Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In: J.A Simpson, & W.S Rholes (Eds), *Attachment Theory and Close Relationship*, (p. 78-84) NY: Guilford.

De Vogli, R., DPhil T.C., & Marmot, M.G. (2007) Negative aspects of close relationships and heart disease. *Archives of Internal Medicine*, 167, 1951-1957

Eaker, E.D., Sullivan, L.M., Hayes, M.K., D'Ágostino, R.B., & Benjamin, E.J.; (2007). Marital status, marital strain, and risk of coronary heart disease or total mortality: The Framingham Offspring Study. *Psychosomatic Medicine*, 69, 509-513.

Favarato, M.E.C.S, Favarato D., Hueb W.A., & Aldrighi J. M (2006). Qualidade de vida em portadores de doença arterial coronária: comparação entre gêneros. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 52 (4), 236-241.

Orth-Gomér, K., Wamala, S.P., Horsten, M., Schenck-Gustafsson, K., Schneiderman, N & Mittleman, M.A., (2000). Marital stress worsens prognosis in women with coronary heart disease – *The Stockholm Female Coronary Risk Study*. *American medical association- JAMA*, 284, 3008-3014. Disponível em: [http:// www.jama.com](http://www.jama.com)

Ishitani, L.H., Franco, G.C., Perpétuo, I.H.O., & França, E. (2006). Desigualdades social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 40 (4), 684-691.

Laloni, D. T. (2001). *Escala de Avaliação de Sintomas-90-R-SCL-90-R: adaptação, precisão e validade*. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Brasil. Disponível em: http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde_busca/index.php.

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

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

Massei, A.C. (2008). *Propriedades Psicométricas do Questionário de Relacionamento Central (CRQ) em portadores de HIV/AIDS*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Brasil. Disponível em: http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde_busca/index.php.

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

Moraes, T.P.R., & Dantas, R.A.S.(2007). Avaliação do suporte social entre pacientes cardíacos cirúrgicos: subsídios para o planejamento da assistência de enfermagem. *Revista Latino Americana de Enfermagem*.2,(15) 40-47.

Novaco, R.W. (1992). A contextual perspective on anger with relevance to blood pressure. In: E.H. Johnson, W. D. Gentry & S. Julius (Eds), *Personality, Elevated Blood Pressure, and Essential Hypertension*. (pp.67 - 81). Washington DC: Hemisphere Publishing Corporation.

Oliveira, M.F.P., Sharovsky L.L., & Ismael, S.M.C (1995). Rumos da psicologia hospitalar em cardiologia. Campinas: Papirus.

Orth-Gomér, K.M.D. (2007). Job strain and risk of recurrent coronary events. *American Medical Association – JAMA*, 298, 1693-1694 Disponível em: <http://www.jama.com>

Perez, G.H, Nicolau, J.C, Romano, B,W., & Laranjeira, R. (2005). Depressão e síndromes isquêmicas miocárdicas instáveis: diferenças entre homens e mulheres. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 85, 319-326.

Risso, G. (2008). *Questionário de Relacionamento Central (CRQ): Validade e precisão em Hepatite C Crônica*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Brasil. Disponível em:

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

Rocha, G.M.A. (2004). O Método do Tema Central de Relacionamento Conflituoso – CCRT. In: E.M.P Yoshida & M.L.E. Enéas (Eds.), *Psicoterapias Psicodinâmicas Breves: propostas atuais*, 1ª ed. (pp. 69-93), Campinas: Alínea.

Rocha, G. M. (2007). *Tradução e adaptação cultural do Central Relationship Questionnaire – CRQ*. Projeto de Pesquisa. (manuscrito).

Silva, F.R. (2008). *Validade do Questionário de Relacionamento Central -CRQ de Mulheres vítimas de violência*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Brasil. Disponível em: http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde_busca/index.php.

Silver, M.D.; (1998). How attitude and emotion affect heart failure. In: M.A. Silver & L.W.Stevenson (Eds), *Success With Heart Failure and Hope for those with Congestive Heart Failure* (p.47-60). Cambridge, Massachusetts: Perseus Books.

Straub, R.O. (2005) Doenças cardiovasculares e diabetes. *Psicologia da Saúde*. Artmed. 9, 314-350.

Stanojevic, T.S.;(2004) Adult attachment and prediction of close relationship. *Facta Universitatis: Philosophy, Sociology and Psychology*, 1(3), 67-81.

Tesar, G.E., & Stern,T.A. (1993) Problemas psiquiátricos no paciente cardíaco. In: K.A., Eagle, E. Haber., R.W. DeSanctis & G. W. Austen (Orgs.), *Cardiologia*. (p.1597-1640). 2ª.ed.Rio de Janeiro: Medsi

Vale, A.A.L & Martinez, T.L.R (2000) Fatores de risco coronário: quais os já consagrados e sua importância na gênese da doença coronária. In: A., Timerman & L.A.M. César (Eds), *Manual de Cardiologia- Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo-SOCESP*, (pp.1597-1599). São Paulo: Atheneu.

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

ANEXOS

Questionário sócio-demográfico

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

Iniciais:

Idade:

Gênero masculino feminino outro.....

Estado civil:

casado solteiro amasiado viúvo

outro:

Escolaridade

analfabeto 1º grau incompleto 1º grau completo

2º grau incompleto 2º grau completo superior incompleto

superior completo

Profissão:.....

Tempo de tratamento:.....

Toma medicação Sim Não

Tempo de diagnóstico:.....

Número de internações:

Campinas, 18 de Março de 2008

Ao

Comitê de Ética com Seres Humanos

Pontifícia Universidade Católica de Campinas

Prezados Senhores,

Declaro concordar que a aluna, *Fabricia Medeiros Sanches*, regularmente matriculada no Programa de Pós Graduação em Psicologia (RA 07505134), entre em contato com os pacientes do ambulatório de cardiologia sob minha responsabilidade, a fim de convidá-los a participar voluntariamente da pesquisa, “*Central Relationship Questionnaire (CRQ): evidências de validade em amostra de pacientes cardíacos*”.

Dra. Maria Helena Vidotti
Médica Responsável do Ambulatório de Cardiologia
Hospital e Maternidade Celso Pierro
(HMCP)

Campinas, 05 de março de 2008

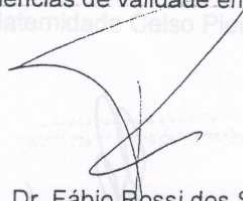
Campinas, 18 de Março de 2008

Ao

- Comitê de Ética com Seres Humanos
- Pontifícia Universidade Católica de Campinas

Prezados Senhores,

Declaro concordar que a aluna, *Fabírcia Medeiros Sanches*, regularmente matriculada no Programa de Pós Graduação em Psicologia (RA 07505134), entre em contato com os pacientes da unidade coronária sob minha responsabilidade, a fim de convidá-los a participar voluntariamente da pesquisa, "*Central Relationship Questionnaire (CRQ): evidências de validade em amostra de pacientes cardíacos*".



Dr. Fábio Rossi dos Santos

Médico Responsável da Unidade Coronária - UCO do
Hospital e Maternidade Celso Pierrô
(HMCP)



Fabírcia Medeiros Sanches
Aluna Do Programa de Pós-Graduação
em Psicologia

Fabírcia Medeiros Sanches
Mestranda

Campinas, 05 de março de 2008

Ao

Comitê de Ética com Seres Humanos

Pontifícia universidade Católica de Campinas

Prezados Senhores,

Declaro concordar que a aluna, Fabrícia Medeiros Sanches, regularmente matriculada no Programa de Pós-Graduação de Psicologia (RA 07505134), realize a coleta de dados para pesquisa, “*Central Relationship Questionnaire (CRQ): evidências de validade em amostra de pacientes cardíacos*”. A pesquisa contará com pacientes e acompanhantes das enfermarias do Hospital e Maternidade Celso Pierro – HMCP.

Luciane Cunha

Responsável pelas enfermarias do Sistema Único de Saúde do
Hospital e Maternidade Celso Pierro – HMCP

Elisa Medici Pizão Yoshida

Profa. Do Programa de Pós-Graduação
em Psicologia

Fabrícia Medeiros Sanches

Mestranda

Campinas, 03 de Março de 2008

Dr. Antonio Celso de Moraes

Superintendente do Hospital Maternidade Celso Pierro (HMCP)

Prezado Senhor

A aluna do mestrado de psicologia da PUC-Campinas, Fabrícia Medeiros Sanches, deverá realizar a pesquisa “Central Relationship Questionnaire (CRQ): evidências de validade em amostra de pacientes cardíacos”, relativa à sua dissertação de mestrado.

Vimos solicitar a autorização de V. Sa. para que a aluna realize a coleta de dados nas Instalações do Hospital Maternidade Celso Pierro (HMCP), sob sua responsabilidade.

Para outras informações que se façam necessárias, estamos à disposição pelo tel. (11) 3684-1497, ou por e.mail: eyoshida.tln@terra.com.br.

Certas de que poderemos contar com sua compreensão e boa vontade, agradecemos antecipadamente.

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

Campinas, 08 de maio de 2008

Protocolo 289/08

Prezada Senhora Fabrícia Medeiros Sanches,

C/C: Pós-Graduação da Psicologia

Parecer Projeto: PROJETO APROVADO

I – Identificação:

Título do projeto: Central Relationship* Questionnaire (CRQ): evidências de validade em amostra de pacientes cardíacos

Pesquisador responsável: Fabrícia Medeiros Sanches

Orientadora: Elisa Medici Pizão Yoshida

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

Data de apresentação das reformulações solicitadas pelo CEP: 07.05.2008

II – Objetivo:

Estudar as evidências de validade convergente, discriminante e de critério do *Central Relationship Questionnaire (CRQ)*, em amostra de pacientes com Doença Arterial Coronariana (DAC).

III – Sumário:

Este projeto contará com pacientes com diagnóstico de Doença Arterial Coronária. O primeiro Grupo será composto de 60 pacientes, sendo 30 homens e 30 mulheres, com idade mínima de 18 anos. O segundo Grupo será composto por 60 indivíduos, acompanhantes de pacientes de outras enfermarias, que não apresentem diagnóstico de doença crônica, que tenham o mesmo nível sócio-cultural, independentemente de gênero e grau de escolaridade.

IV – 2º Parecer do CEP:

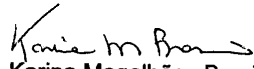
Dessa forma, e considerando a Resolução no. 196/96 item VII.13.b, que **define as atribuições dos CEPs e classifica os pareceres emitidos aos projetos de pesquisa envolvendo seres humanos**, e, ainda que a documentação apresentada atende ao solicitado, emitiu-se o parecer para o presente projeto: **Aprovado**.

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

V - Data da A'provação: 08/05/08

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

Atenciosamente.


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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Esta pesquisa faz parte do mestrado da Fabrícia Medeiros sanches, sob a responsabilidade da Dra. Elisa Medici Pizão Yoshida, professora da PUC-Campinas.

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

Nesta pesquisa você responderá a dois testes: o Central Relationship Questionnaire, e a Escala de Avaliação Sintomática, sendo que um sobre relacionamentos amorosos e o outro sobre sintomas psicopatológicos.

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

Saiba que sua participação nesta pesquisa é totalmente voluntária, e que você é totalmente livre para abandoná-la, a qualquer momento sem nenhuma penalidade por isto. Além disto, ela é independente do tratamento a que você está se submetendo e você poderá solicitar que se retire dela qualquer contribuição que você já tenha, eventualmente, prestado.

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

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

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: _____

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos: (019) 3343 6777

Fabrícia Medeiros Sanches: (019) 8190 5916

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)