

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

**CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA:
CLÍNICA MÉDICA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**Aplicabilidade e valor diagnóstico da escala FACES III -
versão para casal sem filhos- para aferição da percepção
do cônjuge, e dos conceitos de seu modelo teórico
(coesão e adaptação)**

AUTORA: MARIA PAZ LOAYZA HIDALGO

ORIENTADORA: Prof. Dra. MÁRCIA LORENA FAGUNDES CHAVES

PORTO ALEGRE, MAIO DE 1997.

À Angélica, pelo incentivo

AGRADECIMENTOS

Ao Dr. Wolnei Caumo, pelo companheirismo, auxílio, críticas e sugestões.

Às Dr.a Ana Baron e Lorena Caleffi pela trabalhosa colaboração na realização deste trabalho.

Aos colegas Luciana Parizotto, Marta Xavier, Beatriz Jonh Santos, Fábio Wilhelms, Rachel Tavares Padilha e Eunice Nedel Mattana sem os quais seria impossível terminar a tese.

À Ellen Garber por tornar este trabalho “compreensível” em Português.

Ao Dr. Busnello pelo estímulo e exemplo de psiquiatra.

Ao Dr. Eduardo Passos e à equipe do ambulatório de infertilidade do HCPA pelo apoio na seleção dos pacientes.

Aos funcionários do HCPA e aos pacientes do ambulatório de infertilidade por permitirem a pesquisa.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À Dr.a Márcia Chaves pela dedicação, conhecimento,
espírito crítico e estímulo para a atividade científica.

ÍNDICE

1-INTRODUÇÃO	6
2-REVISÃO DA LITERATURA	7
2.1-infertilidade	7
2.1.1-conceito	7
2.1.2-investigação	7
2.1.3-aspectos cognitivos e comportamentais	14
2.1.3.1-aspectos religiosos	14
2.1.3.2- aspectos psicológicos	17
2.2- métodos de avaliação da relação do casal	22
2.2.1- conceito de família	23
2.2.2- ciclo da vida familiar	24
2.2.3- modelo de análise da estrutura e funcionamento familiar	30
2.2.4- histórico do desenvolvimento do FACESIII	31
3- OBJETIVOS	35
3.1- objetivos geral	35
3.2- objetivos específicos	35
4- MATERIAL E MÉTODOS	37
4.1-delineamento	37
4.2- população	39
4.3- amostra	39
4.4-instrumentos	42
4.5- treinamento da equipe	45
4.6- controle de qualidade	46
4.7- estudo piloto	47
4.8- análise estatística	49
4.9- considerações éticas	50
5- RESULTADOS	52
5.1- análise descritiva dos dados	53
5.2- análise da variáveis potencialmente confundidoras	56
5.3- análise da distribuição das categorias ...	66
5.4- análise da distribuição das dezesseis categorias	67
5.5- análise de correlação entre as categorias	68
5.6- análise da diferença entre a percepção real e ideal	77
5.7- análise dos componentes principais da escala	78
5.8- análise discriminante	91
5.9- análise dos padrões diagnósticos	96
5.10- análise da avaliação da entrevista pelo psiquiatras	98
6-DISCUSSÃO	101
6.1- justificativa	101
6.2- protocolo de pesquisa	102
6.3- delineamento	103
6.4- controle de erros sistemáticos	106
6.5- resultados	112
7-CONCLUSÃO	118
8- BIBLIOGRAFIA	120
9-ANEXOS	131

1. INTRODUÇÃO

No presente trabalho, realizou-se a adaptação do instrumento Family Adaptability and Cohesion Scale, FACES III, para aferir a percepção sobre o funcionamento da relação de casais sem filhos. Esse questionário, desenvolvido para ser usado em pesquisa e na clínica, avalia a percepção de real e de ideal do relacionamento quanto à coesão e à adaptação.

A avaliação dos aspectos cognitivos e comportamentais do ser humano no transcorrer do ciclo-vital tem sido foco de pesquisa a fim de compreender-se melhor os seus aspectos mais instintivos: proteção, alimentação, reprodução, etc. Assim, pode-se entender melhor a junção entre biologia, cognição e comportamento. Nesse sentido, o tema eleito foi a relação do casal, estudada sob o ponto de vista das mudanças e crises existentes durante o ciclo reprodutivo.

Avaliaremos, pois, o desempenho da escala para discriminar casais que se sabem inférteis daqueles que não apresentam essa queixa.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1- Infertilidade

2.1.1- Conceito

Infertilidade é a incapacidade de procriar após um ano de exposição ao coito sem proteção (69, 40). Quanto à classificação, ela pode ser primária, se não houver fertilidade prévia confirmada ou secundária, se a fertilidade prévia for confirmada por já ter um filho, ou por ter abortamentos de repetição ou gestação ectópica (69). A prevalência de casais inférteis está em torno de 15%. De todos os casos em geral, 30-40% são devidos a fator masculino, e 40-50% a causa é feminina (75).

2.1.2- Investigação Diagnóstica

A investigação de infertilidade requer o acompanhamento tanto do homem como da mulher. O serviço que se dispõe a ter um ambulatório de infertilidade deve oferecer acompanhamento ao casal como um todo, o que inclui avaliação ginecológica, urológica, laboratorial e acompanhamento psiquiátrico (75, 69).

A fase inicial da investigação constitui-se de anamnese completa, de exame físico detalhado e de exames laboratoriais. Na anamnese, são incluídas informações sobre idade, características da atividade sexual (tempo de exposição, frequência, técnicas, práticas pré e pós-coitais, atividade extraconjugal, ajustamento sexual), antecedentes gineco-obstétricos, antecedentes mórbidos (cirurgias, principalmente abdominais; doenças crônicas, doenças inflamatórias pélvicas) e antecedentes familiares (principalmente distúrbios genéticos, endócrinos e metabólicos). No exame físico, deve-se observar o contorno corporal, depósito de gordura, distribuição de pêlos, desenvolvimento das mamas, presença de galactorréia, e sinais de hipo ou hipertireoidismo. O exame pélvico deve ser detalhado, observando a genitália interna e externa. Os exames laboratoriais consistem de hemograma, exame comum de urina, e sorologia para lues. Conforme a hipótese clínica,

podem ser solicitados testes de função tireoidiana, de adrenal, de prolactina, de estradiol, FSH, LH, e esfregaço bucal para testagem cromossômica (40,69).

Na continuação da investigação, deve-se ter em mente as hipóteses diagnósticas que envolvem os fatores de infertilidade. Para investigação dos fatores masculinos (azoospermia, oligospermia, aspermia e astenospermia) é feito o espermocitograma, cuja técnica de coleta é a masturbação. O sêmen é coletado em recipiente atóxico e sem antissépticos, após 2 a 3 dias de abstinência sexual. É importante realizar a análise seriada de três amostras, com duas a três semanas de intervalo, pois, além de haver grande variação com o tempo, existem outros fatores que alteram o resultado, como o estresse (18, 75).

Já a investigação dos fatores femininos é mais complexa: devem ser examinados o fator ovariano, tubário, peritoneal e uterino. Para investigação do fator ovariano, é realizado (1) o registro da temperatura corporal basal de no mínimo três ciclos, (2) dosagem de progesterona durante a segunda fase do ciclo, (podendo-se obter três amostras seriadas que devem ser repetidas em dois ciclos), (3) biópsia de endométrio (durante a segunda fase do ciclo, para identificar as características do endométrio secretor ou insuficiente durante fase lútea), (4) avaliação do muco cervical, (diagnóstico presuntivo de ovulação), e (5) por fim, dosagem de LH. A investigação através de

histerossalpingografia, que deve ser feita na primeira fase do ciclo por laparoscopia, tem por objetivo o diagnóstico de aderências, endometriose, miomatoses, local de obstrução tubária e patologias ovarianas. Este exame está indicado para o fator tubário, considerado responsável por 20, 30% e até 40, 60% das infertilidades (40), e para o fator perineal. O fator uterino, responsável por 22,5%, é avaliado por biópsia de endométrio, laparoscopia, histerossalpingografia (não é um exame de rotina) e, nas raras ocasiões em que se desconfia de que haja endometrite causando infertilidade, solicita-se cultura de endométrio (69).

O tratamento para a infertilidade vai depender do fator ou fatores envolvidos. Para os fatores ovarianos, existem os tratamentos de indução da ovulação, de diminuição da hiperprolactinemia, de emprego de LRH pulsátil e de gonadotrofinas exógenas. Para os fatores tubário e peritoneal, são feitos tratamentos através da salpingostomia, de fibroplastia, de fribrinólise, de anastomose tubária término-terminal, de implantação tubária, de secção de aderências pélvicas e de plicatura dos ligamentos. Para o fator uterino, os tratamentos são remover as lesões, restaurar o contorno normal da cavidade uterina, mantê-la permeável, prevenir lesões recorrentes, eliminar infecções recorrentes, outras infecções e promover o crescimento endometrial. Portanto, faz-se uso de dilatação e curetagem seguidas da inserção de um dreno, catéter de Foley ou DIU por três ciclos. Para o fator cervical, quando há alteração

anatômica, faz-se a correção cirúrgica; quando há endocervicites, trata-se a infecção; no caso de muco hostil, trata-se com pequenas doses de estrógeno (69).

Já os casos nos quais a causa da infertilidade é o fator masculino, ou o imunológico, ovariano (não responsivo à terapêutica de indução), tubário irreversível, ou ainda peritoneal grave, estes são tratados através da inseminação e da fertilização *in vitro* (69, 75).

Ao adquirir poder sobre a reprodução, o homem supera em parte os obstáculos seculares (78). Casais estéreis ou inférteis podem vir a ter seus próprios filhos, se não com a participação de ambos, pelo menos com a interferência de um deles. Portanto, a partir da inseminação e da fertilização *in vitro*, juntamente com as inovadoras descobertas da engenharia genética, é redefinido o conceito de maternidade e paternidade. Segundo Scaparo (85), há, do ponto de vista cultural, uma transição do pensamento judaico-cristão. Antes, a geração da prole era encarada como obrigação divina e, por isso, se constituía em causa determinante e exclusiva para a formação do casal; no momento atual evolutivo, a reprodução passa a ser compreendida como direito individual dentro de um conceito existencial da espécie (33, 62).

Uma das formas de técnica de fertilização assistida (*in vitro* ou bebê de proveta) consiste na obtenção de gametas femininos e masculinos para serem fertilizados em laboratório; posteriormente, os embriões são transferidos diretamente para a cavidade uterina. A coleta dos óvulos pode ser feita por laparoscopia ecográfica ou por via vaginal. Após ser aspirado, o líquido folicular é submetido a exame laboratorial, com a finalidade de identificar e de classificar o grau de maturidade do complexo *cumulos-oócito*. Dois grupos são potencialmente observados, os maduros (pré-ovulatórios e intermediários) e os imaturos (prófase I). A seguir, os óvulos são colocados numa placa que contém meio de cultura e completado com soro humano, são então incubados em estufa, na temperatura de 37°C. Após 6 horas, os óvulos maduros são submetidos à inseminação com espermatozóides previamente preparados. A escolha dos gametas masculinos se baseia nas condições do sêmen; a preparação se inicia uma hora e meia antes da inseminação, feita pela adição, de 60.000 a 150.000 espermatozóides móveis e normais, ao meio de cultura onde já está o óvulo (40,69).

Após a inseminação, a placa retorna à estufa, onde permanece por mais 12 a 18 horas, quando será reexaminada, para constatar se houve ou não fertilização, o que é feito mediante a observação de dois pró-núcleos, que desaparecem após estas 18 horas. Os embriões, então, são colocados em outra placa sem espermatozóides e com maior concentração de soro, para

complementação do meio. Os embriões permanecem na estufa até atingirem o estágio de 2 a 4 células. Nesse momento, ocorre a transferência: a inserção de um catéter pelo orifício cervical até a cavidade uterina, mantendo-se a paciente em repouso por horas até receber alta. Acredita-se que o sucesso da fertilização depende do número ideal de embriões transferidos (em torno de 3 a 4), da qualidade dos gametas e da idade da paciente. O risco de abortamento em pacientes com idade acima de 40 anos é de 20 a 50% (75).

2.1.3- Aspectos Cognitivos e Comportamentais

2.1.3.1- Aspecto Religioso

A igreja (a doutrina da fé) organiza crenças e comportamentos sociais, por isso, juntamente com outros aspectos culturais, a religião é fundamental para se compreender os aspectos cognitivos. Segundo a Igreja Católica, a gestação só é admitida se for o fruto de uma relação sexual entre um homem e uma mulher casados. Portanto, na nossa sociedade judaico-cristã, a reprodução é vista como um mandamento divino “Criou, pois, Deus os grandes animais marinhos e todos os seres vivos que rastejam, os quais povoam as águas, segundo as suas espécies; e todas as aves, segundo as suas espécies. E viu Deus que isso era bom. E Deus os abençoou, dizendo: Sede fecundos, multiplicai-vos e enchei as águas dos mares; e, na terra, se multipliquem as aves “(10). Dessa forma, as técnicas médicas que interferem no ritmo natural da vida (inseminação artificial, bebê de proveta, aluguel de útero) são execrados, e em caso de infertilidade, a única solução apresentada pela Igreja é a adoção (85).

Porém, segundo Scaparo, a rejeição à inseminação artificial heteróloga não ocorre exclusivamente por parte da Igreja Católica, A Igreja Anglicana e o

Judaísmo se opõem ao método por restrições de ordem moral. A Igreja Presbiteriana sequer admite a inseminação homóloga. A Seicho-no-iê afirma que sua filosofia não aceita a inseminação por não ser natural. Assim, o conjunto de regras morais valoriza a vida que provém do “natural” em detrimento da possibilidade de vida oferecida pela ciência (85).

A Igreja Católica, a Umbanda e o Espiritismo levantam controvérsias. Para a Umbanda o homem pode usar a própria inteligência para corrigir defeitos da natureza; idêntica atitude de aceitação ocorre no Espiritismo, que vê nos processos resultantes da revolução científica um esforço em busca da verdade.

A questão dentro da Igreja Católica ainda é controversa, Guareschi (85) a discute da seguinte forma: “... ***Costuma-se dizer que os filhos são o fruto deste amor... Se formos aplicar essas reflexões ao problema da inseminação in vitro, poderíamos dizer que essa ação, quando contém em si esse princípio fundamental do amor e da realização e complementação mútua, se coloca muito bem dentro dos princípios cristãos***”.

O desejo da paternidade e da maternidade foram, ao longo dos tempos, inscritos pela cultura no caráter do Homem (33, 62). Nesse aspecto, a infertilidade toma um sentido de estigma em muitas culturas, chegando muitas

vezes à conotação de castigo divino. Um casal infecundo, ainda que vivendo em um período histórico no qual a relação sexual e a reprodução são vistas de forma mais desvinculada, sentir-se-á desviado do padrão dominante em uma sociedade em que a paternidade é muito valorizada (18, 33, 40, 79, 89). Portanto, o tratamento da infertilidade assume uma importância clínica e principalmente ético-moral (85), surgem questões como a validade dos resultados dos tratamentos, quem está qualificado para o tratamento, o que fazer com os embriões congelados, como proteger os direitos legais de todos os envolvidos, quando parar a tentativa de engravidar, e quem tem condições de adotar (85, 91). Esta questão é controversa e suscita inquietações muito provavelmente por abranger a preservação da espécie e a sexualidade, i.e., deve-se priorizar a manutenção do binômio homem-ser vivo.

2.1.3.2- Aspectos Psicológicos

A infertilidade é a “inabilidade de ter filhos quando desejado, e tal impossibilidade pode produzir uma série de reações psicológicas” (90): o senso de intimidade reforça o casamento, e a mutualidade pode modificar, quando sexo e procriação são “separados” pela tecnologia, o que gera problemas interpessoais e intrapsíquicos (9, 89, 90). O tratamento para infertilidade pode

exigir testes diagnósticos invasivos, o que, somado à dificuldade de identificação do fator causal, pode deixar tanto pacientes como médicos à mercê da magia do pensamento (9, 19, 54).

Segundo Kedem e Nathanson (52), os estudos que relacionam infertilidade e psicologia, geralmente, enfocam um dos três aspectos a seguir: (1) o impacto da infertilidade no bem estar psíquico e social do casal, (2) o tratamento da infertilidade como causa de estresse, e (3) fatores psicológicos como causa de infertilidade.

Saber-se infértil pode prejudicar a relação do casal, especialmente quando pelo menos um dos cônjuges reage inadequadamente, com diminuição da auto-estima, tensão, culpa, ansiedade, depressão, raiva, inferioridade, sentimentos de inadequação sexual (muitas vezes acompanhado de impotência sexual, de vaginismo, de dispareunia, de anorgasmia) (9, 19, 40, 51, 55, 58, 63, 89, 90, 91) . Essas reações não somente atuam em nível individual, como também em nível interpessoal: a função e a satisfação sexual e a satisfação e ajustamento marital ficam alterados (89, 90, 91). Isso ocorre porque, ao saber-se infértil, o casal, na tentativa de adaptar-se à nova situação, acaba, na maioria dos casos, alterando a comunicação, piorando a capacidade de comunicação, e diminuindo a confiança, a empatia, a

flexibilidade e a capacidade de chegarem a um acordo. Tudo isso faz com que os casais tornem-se menos íntimos, menos empáticos e mais rígidos (19, 25).

Segundo Keye (53), existem três fases de estresse reacional à infertilidade. A primeira caracteriza-se pela presença do diagnóstico de infertilidade: o casal reage com choque, descrença, ou negação, e começa a questionar seu comportamento tentando formular teorias para explicar a infertilidade, e, muitas vezes, culpam-se por algo que tenham feito no passado, como, por exemplo, abortos provocados e relacionamentos extraconjugais, e passam a acreditar que esses comportamentos possam estar associados com a causa da infertilidade. A segunda fase só ocorre se houver insucesso do tratamento: neste caso, o casal pode reagir com luto e pensar que perdeu a aceitação social (valor social da gravidez e da manutenção da família). A terceira fase ocorre se, através do tratamento de inseminação homóloga, forem esgotadas as possibilidades de fertilização, apresentando-se as alternativas da inseminação heteróloga ou da mãe de aluguel ou da adoção (53). Essas alternativas comumente são rejeitadas pelo casal por problemas religiosos, ou por não terem sido bem aceitas pelos familiares ou amigos (19). Andrews (3) estuda o estresse relacionado à fertilidade quanto à diferença em relação a outros estresses provocados por outras situações de crise que os casais férteis passem. O trabalho compara a dinâmica do estresse relacionado ao problema da fertilidade experimentado por homens e por mulheres, com a dinâmica do

estresse relacionado a outros problemas nos cônjuges potencialmente férteis. Como resultado, o autor encontrou diferença entre mulheres e homens. Para as mulheres, o estresse está relacionado com insatisfação marital, diminuição de auto-estima, insatisfação sexual e diminuição da frequência das relações sexuais, mostrando características diferentes desse estresse em comparação com outros fatores estressantes. Isso não ocorre para os homens, isto é, eles vivenciam o estresse da infertilidade como outro estresse qualquer.

Além de se adaptar à inabilidade de ter um filho quando desejado, o casal deve enfrentar o estresse do tratamento. Segundo Talbot (91) os novos desenvolvimentos que oferecem esperança também complicam as mudanças éticas e psicológicas da infertilidade. Os tratamentos para a infertilidade tornam-se mais caros e invasivos, exaurindo reservas emocionais e financeiras e estruturando a vida na interação sexual. Freeman et alli (40) em estudo realizado com 200 casais encontraram escores altos no Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) e na Manifest Anxiety Scale (MAS), concluindo ser o tratamento um potencial estressor. Segundo Daniluk (25), no decorrer do tratamento, os pacientes apresentam escores maiores de somatização, obsessão-compulsão, agressividade, ideação paranóide, depressão e ansiedade, sendo que esses sintomas diminuem à medida que o tratamento progride. Boivin & Takefman (11, 12) estudaram o impacto da fertilização *in vitro* no processo emocional, físico e de relacionamento. Em um estudo de

coorte, os autores identificaram diferença estatística no estresse, otimismo, desconforto físico e suporte social, entre as fases do tratamento: o desconforto físico, o estresse e o otimismo apresentam escores maiores, durante a fase da transferência do embrião, enquanto que suporte social é menor nesta fase. Como suporte social, entende-se as relações familiares, nas quais, a relação com o esposo é a mais importante.

O terceiro enfoque (estresse causando infertilidade), estudado por Boivin e Takefman em um estudo de coorte comparado, (11) foi demonstrado através dos escores de ansiedade mais elevados entre as mulheres que apresentavam menor possibilidade de engravidar pela fertilização *in vitro*. Seguindo o mesmo enfoque, Wasser et alli (99) estudaram o estresse psicossocial como uma causa de infertilidade. Relataram que mais de 50% das concepções abortam espontaneamente. Biólogos, estudiosos da evolução, têm desenvolvido um modelo teórico para explicar porque as taxas de falhas reprodutivas são tão altas entre a maioria dos mamíferos. O chamado "Modelo de Filtração Reprodutiva" (Reproductive Filtering Model) defende que o alto custo da reprodução (em termos de tempo, energia e riscos) é naturalmente selecionado por mecanismos psicofisiológicos que findam as tentativas reprodutivas quando a probabilidade de produzir uma prole viável é relativamente baixa, tal como uma reação que conserva tempo e energia para uma reprodução que é mais provável de ter sucesso. O modelo conclui que o

sistema reprodutivo tem uma fisiologia altamente responsiva às mudanças do ambiente. Este modelo, aplicado ao homem, reflete que a “terapia do ambiente” de curto ou longo tempo (dietas, diminuição do estresse e/ou terapias psicossociais) é tratamento para algumas formas de falha reprodutiva. Uma das mais freqüentes condições negativas do ambiente, associada com a falha reprodutiva, é o estresse. Contrariamente, os trabalhos de Wasser (99) que comparam mulheres portadoras de fatores anatômicos para infertilidade com aqueles que possuem problemas endocrinológicos como fator de infertilidade, em relação a um grupo de mulheres férteis com problema endocrinológico, mostraram que as mulheres com infertilidade provocada por problemas endocrinológicos apresentaram maiores escores de ansiedade do que as do grupo anatômico, mas escores semelhantes às mulheres do grupo fértil. Concluíram que a ansiedade e a infertilidade podem ter um componente endocrinológico e não situacional como causa.

2.2-Métodos de Avaliação da Relação do Casal: A escala FACES III

2.2.1- Conceito de Família

Família é um sistema social natural com características próprias e com o desenvolvimento de um conjunto de papéis e regras, de uma estrutura de poder, de padrões específicos de comunicação, de formas de negociação e resolução de problemas. Através dessa estrutura desenvolvida, pode analisar-se a natureza do grupo, e deste como instituição social (7, 24, 29, 64, 90).

2.2.2- Ciclo da Vida Familiar

Existem três formas básicas de estudar a família como sistema: estrutural, funcional e evolutiva. Na forma estrutural, a família é encarada como um conjunto invisível de demandas funcionais que organizam a maneira através da qual os membros interagem e contemplam aspectos de sua organização, tais como subsistemas, limites, papéis e hierarquias. Na forma

funcional, são enfocados processos e padrões de interação afetiva, através dos quais a família cumpre suas funções afetivas e instrumentais. Na visão evolutiva, são identificados os estágios do desenvolvimento do ciclo da família, as características e tarefas típicas de cada estágio e padrões de transição pelos quais dá-se a evolução (7, 18, 24, 71). Assim, a família pode ser concebida como um sistema em movimento, e o ciclo da vida familiar pode determinar o desenvolvimento dos seus indivíduos e desta forma, apresentar um ciclo-vital próprio (30).

Segundo Olson, para definir ciclo-vital, devem ser identificados sete estágios (24, 71):

1) casais sem filhos: seus interesses fundamentais são formular e negociar as metas como indivíduos e como casal, integrando o próprio estilo de vida dentro de uma relação complementar e de mútuo apoio.

2) famílias com filhos em idade pré-escolar (filho maior entre 0 e 5 anos): caracterizam-se pela permanência do(s) filho(s), na maior parte do tempo, em casa; pela centralização da formação e do controle nos pais; além disso, a grande maioria das tarefas giram em torno da criação e proteção dos filhos. Assim, a família, nesse estágio, está voltada, totalmente, para os filhos.

3) famílias com filhos em idade escolar (filhos entre 6 e 12 anos): durante esta etapa, a família está centrada na educação formal e na socialização dos filhos.

4) famílias com adolescentes (filhos entre 13 e 18 anos): é nessa etapa que se dá a preparação para a saída do lar do adolescente, é um momento em que o adolescente questiona as regras, o tipo de comunicação, o tipo de funcionamento, posiciona-se sobre diferentes visões de mundo e procura novas vivências extrafamiliares. O momento é de conflito pois o adolescente passa a questionar a estrutura da própria família.

5) famílias em dissolução: o filho firma sua própria identidade, estabelece-se fora de casa e constrói suas próprias regras e papéis.

6) família "ninho vazio": os pais estão novamente sozinhos em casa; é o momento, portanto, de reorientar as necessidades do casal e redefinir seus próprios papéis em relação aos filhos e aos netos.

7) famílias de aposentados: os membros completaram seu ciclo laboral e terminaram o trabalho de criação e controle dos filhos.

Além da perspectiva evolutiva, a estrutura familiar pode também ser avaliada, segundo Olson, sob a perspectiva estrutural e analisada a partir de três dimensões- adaptação, coesão e comunicação (24).

A coesão é entendida como o "vínculo emocional que os membros da família têm entre si"(71). Os tópicos específicos, para medi-la e diagnosticá-la, são vínculo emocional, limites, coalizões, tempo, espaço, amigos, tomada de decisões, interesses e recreações. Além disso, para definir o grau de coesão, há quatro classificações: desligadas, separadas, conectadas e amalgamadas (71).

Adaptação é a habilidade que um sistema marital ou familiar tem para, em resposta a estresse situacional e a estresse próprio do desenvolvimento, mudar sua estrutura de poder, as relações entre papéis e regras das relações (71, 72). A fim de diagnosticar esse parâmetro, analisam-se conceitos como o poder dentro da família (assertividade, controle e disciplina), o estilo de negociação, as relações entre os papéis e as regras das relações. Para definição do grau de adaptação, são classificados quatro conceitos: rígidas, estruturadas, flexíveis e caóticas (71).

A partir dessas classificações, foram redefinidas dezesseis categorias diagnósticas. A partir dessas dezesseis classificações, define-se o diagnóstico:

(1) o que é funcional: separado-flexível, separado-estruturado, conectado-flexível, conectado-estruturado; (2) o que é intermediário: desligado-estruturado, desligado-flexível, amalgamado-estruturado, amalgamado-flexível, separado-rígido, separado-caótico, conectado-rígido, conectado-caótico; (3) o que é disfuncional: desligado-rígido, desligado-caótico, amalgamado-rígido, amalgamado-caótico (8, 28, 36, 42, 43, 71, 74).

Portanto, os níveis funcional e intermediário são facilitadores do funcionamento familiar. Enquanto que o nível disfuncional, que abarca as classes extremas, é visto como problemático. Ao se estipular a definição teórica do conceito de família funcional (ou balanceada), podemos dizer que o equilíbrio entre os parâmetros (coesão e adaptação) está diretamente relacionado com um melhor funcionamento familiar. Portanto, postula-se que as famílias, que se distribuem nas posições centrais do modelo (vide anexo 5), permitem a seus membros independência e conexão com os outros membros da família: até mesmo os extremos, nessas famílias, são tolerados e esperados, sem que haja estagnação nesses níveis. A partir de estudos com esse modelo, como resultado desse equilíbrio obteve-se que: (1) as famílias têm um repertório de funcionamento mais amplo de conduta e maior capacidade de mudança, em comparação às famílias que estão estagnadas nos níveis extremos de funcionamento; (2) funcionam mais adequadamente através do seu ciclo vital, do que aquelas que estão nos extremos das

dimensões; (3) funcionam mais adaptativamente às exigências de mudança do que aquelas que se localizam nos extremos do modelo; (4) têm maior habilidade para comunicação do que as famílias extremas (mensagens claras, empatia, afirmações de apoio e efetiva solução de problemas). Tal habilidade permite que os níveis de coesão e adaptação sejam modificados adaptativamente; (5) são capazes de mudar a coesão e a adaptação frente a estresse situacional e de desenvolvimento, enquanto as extremas resistem à mudança através dos tempos (8, 24, 28, 36, 42, 43, 71, 74).

O estágio do ciclo tem, portanto, considerável impacto sobre a estrutura do sistema familiar, conforme foi demonstrado no modelo de análise de casal e famílias estudado por Hill e Rogers, em 1964 (24). A relação entre estágio de relacionamento e estrutura foi também estudada por Olson e colaboradores (70): no estágio pré-marital, a coesão vai de conectada à amalgamada, e a adaptabilidade vai de estruturada à rígida; no estágio de recém-casados, a coesão é conectada, e a adaptabilidade vai de flexível à caótica; nas primeiras etapas do casamento, a coesão vai de separada à conectada e a adaptabilidade vai de flexível à estruturada, sistema que pode ser mantido durante todo o estágio até o primeiro filho nascer. Nesse estágio, porém, se houver problemas de ciclo vital, a estrutura pode modificar para uma coesão desligada ou amalgamada e para uma adaptabilidade rígida ou caótica (24, 29).

2.2.3- Modelo de Análise da Estrutura Familiar

A análise do modelo usado neste trabalho está baseado em três dimensões: coesão, adaptação e comunicação. A última dimensão (comunicação) acabou sendo excluída no decorrer do desenvolvimento do questionário por ser uma forma de viabilizar as outras duas dimensões.

As três dimensões iniciais (adaptação, coesão e comunicação) de conduta e de percepção familiar surgiram da integração conceitual de mais de cinquenta pressupostos desenvolvidos para descrever a dinâmica marital e familiar. “Depois de revisar as definições conceituais de muitas dessas categorias, foi evidente que apesar das variações na terminologia, as descrições se referiam a processos do funcionamento familiar estreitamente relacionados e conceitualmente similares” (43, 73).

No nosso meio, Falcetto menciona que, entre as variáveis para realizar o diagnóstico da estrutura e dinâmica familiar, estão (1) o nível socioeconômico, (2) as características etnoculturais, (3) o estágio de desenvolvimento da família e crise situacional, (4) as alianças e hierarquias, (5) a presença ou não de

diagnóstico psiquiátricos, (7) a capacidade de coesão, e (8) a capacidade de adaptação na família. “Esses dois últimos parâmetros de funcionamento familiar básicos são comuns a todas as escolas de terapia familiar” (29, 30).

2.3.4 - Histórico do Desenvolvimento do FACES III

Em 1978, o FACES original foi desenvolvido por Portner e Bell (24). Esse questionário foi, então, aplicado a 410 adultos jovens que, também, foram avaliados por 35 consultores de família e casais. A confiabilidade encontrada foi de 0.83 para coesão e 0.75 para adaptação (71). Além da boa confiabilidade, esse instrumento, em estudos clínicos, demonstrou ter poder de discriminação entre as famílias com algum problema psiquiátrico detectado e as famílias sem problemas detectados. Como resultado desses estudos, surgiu a hipótese de que as famílias balanceadas são mais funcionais do que as não-balanceadas e de que as primeiras possuem melhores canais de comunicação (71).

Em 1981, Portner comparou, através do FACES e do IPAC (Inventário de Conflitos entre Pais e Adolescentes), 55 famílias em terapia com um controle de 117 famílias sem problemas detectados (24, 71). Os resultados foram os seguintes: nas famílias em terapia, 30% eram classificadas nos tipos extremos; nas famílias sem problema, apenas 12% se distribuíam nessa classificação (24, 71).

Em 1982, Bell, seguindo o estudo realizado por Portner, comparou 33 famílias com funcionamento nômade, com 117 famílias sem problemas detectados. Nas famílias com funcionamento nômade, 29% se distribuíam entre as desligadas, enquanto, apenas 7% das famílias sem problemas se encontravam nesses níveis (24).

Seguindo a mesma hipótese, foram estudados quatro grupos de famílias: (1) famílias em tratamento (um dos membros era paciente com diagnóstico de esquizofrenia); (2) famílias nas quais um dos membros tinha diagnóstico de neurótico; (3) famílias que realizaram terapia familiar, (4) famílias sem problema detectado e sem tratamento psicoterápico. Os resultados para os níveis extremos de famílias não-balanceadas foram os seguintes: 64% das famílias com pacientes neuróticos, 56% das famílias com pacientes esquizofrênicos, 38% das famílias em terapia e 7% das famílias sem problemas detectados (53).

Em 1985, Olson comparou famílias de pacientes (pai ou mãe) alcoólatras, com famílias sem membros dependentes de drogas: 38% das famílias com pacientes alcoólatras se distribuíam nos níveis de famílias balanceadas; 65 % das famílias sem problemas detectados se encontravam nesses mesmos níveis.

Ainda em 1985, Patrick Carnes usou o questionário FACES II para estudar famílias cujo(s) membro(s) sofreram abuso sexual: 66% de famílias distribuíram-se entre os níveis de não-balanceadas, enquanto 19% das famílias sem abuso sexual se distribuíram nessas faixas (71).

O FACES II, desenvolvido em 1981, tinha como finalidade criar um instrumento menor (50 itens) que fosse compreendido por crianças e por pessoas com habilidade de leitura limitada. Portanto, foi diminuído o número de perguntas negativas e limitou-se o questionário para a avaliação de coesão e de adaptação (24).

O FACES III foi desenvolvido com o intuito de ser usado em pesquisa e em clínica. Houve uma redução para 20 questões tanto no questionário da percepção como no questionário da versão ideal. Elaboraram-se diferentes questionários levando em conta o estágio do ciclo da vida em que os membros da família se encontravam. Foram divididos, portanto, em casais jovens sem filhos, casais com filho em idade pré-escolar (filho maior entre 0-5 anos), com filhos em idade escolar (filho maior entre 6-12 anos), com filhos adolescentes (filho maior entre 13-18 anos), família em dissolução (com filhos adultos maior de 19 anos), ninho vazio (com filho que já não moram em casa) e família de aposentados (cônjuge com mais de 65 anos) (24, 48, 71).

Nessa última versão, ainda foram mantidas duas questões na formulação negativa, e as respostas poderiam ser nunca, raramente, às vezes, freqüentemente e quase sempre.

Green et alli, em um estudo publicado em 1991, avaliam a hipótese curvilínea em famílias funcionais e a validade concorrente da escala FACES III. A amostra consistiu de 2440 homens da Guarda Nacional de Virgínia. Usou-se a escala G.C.S. (Hudson's Generalized Contentment Scale) para aferir a satisfação com suas vidas e o KMSS (Kansas Marital Satisfaction Scale) para avaliar a satisfação com seu casamento. Obtiveram como resultados escores mais favoráveis no KMSS e no GCS em homens com famílias balanceadas do que em famílias extremas(43).

Como podemos observar, todos os artigos que se encontram disponíveis pelos sistemas de busca bibliográfica apresentam padrões diagnósticos excelentes para a escala, porém todos também utilizam como grupo de casos e/ou controles pessoas que estão ou estavam em tratamento psiquiátrico (2, 4, 8, 15, 24, 28, 36, 37, 38, 42, 47, 50, 59, 61, 67, 77, 91). Portanto, resolvemos verificar sua validade no nosso meio a partir de um grupo controle de casais em tratamento para infertilidade que, pela revisão já realizada acima, percebemos que estão em evidente crise de ciclo vital e que não estão

influenciados pelo tratamento psiquiátrico, nem pelos conceitos advindos deste.

3. OBJETIVOS

3.1- Objetivo Geral

1) Analisar a aplicabilidade e valor diagnóstico da escala FACES III versão para casal sem filhos para aferição da percepção do cônjuge, e dos conceitos de seu modelo teórico (coesão e adaptação).

3.2- Objetivos Específicos

1. avaliar a percepção do (a) cônjuge sobre a estrutura do casal sem filhos em relação às seguintes variáveis: sexo, idade, anos de união do casal e grau de instrução;

2. avaliar o poder diagnóstico da escala em relação à síndrome comportamental da infertilidade;

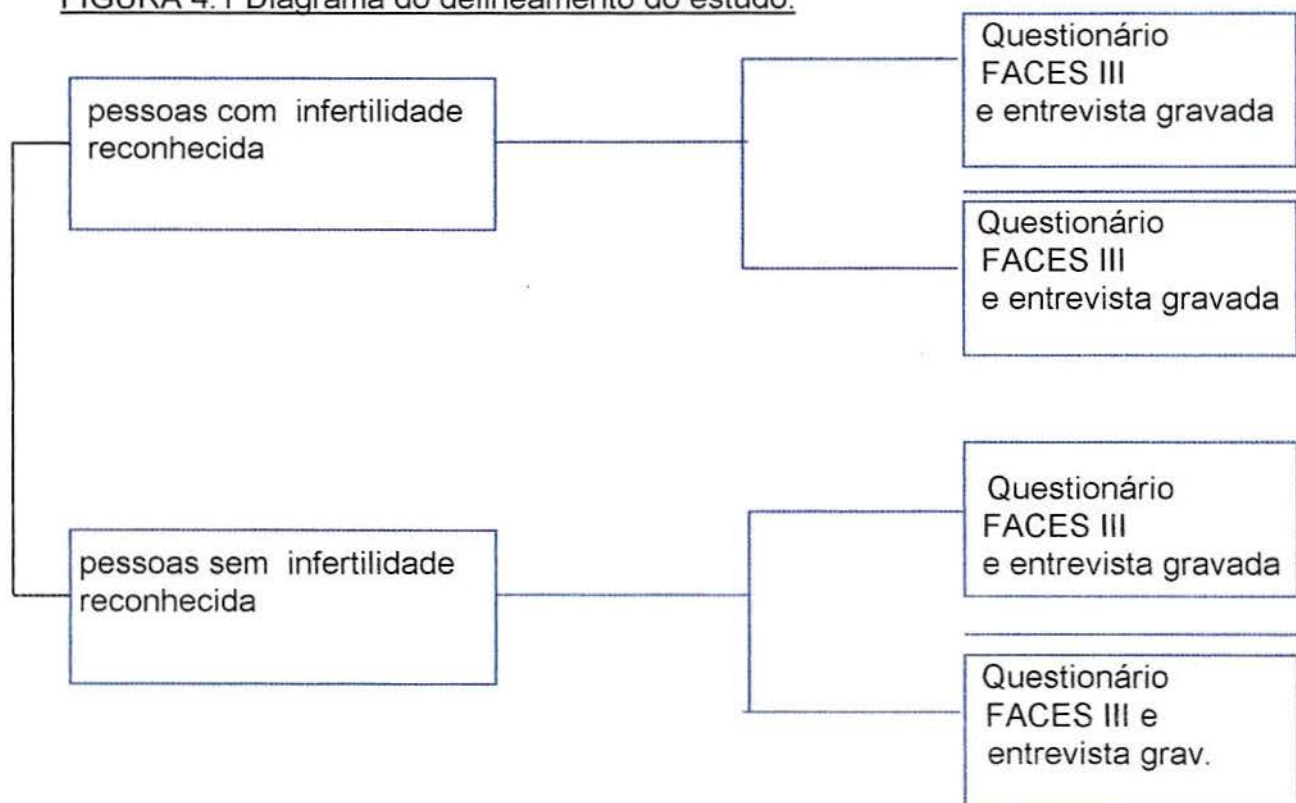
3. identificar a validade de construção da escala;
4. avaliar o grau de satisfação e de maturação da relação a partir da confrontação entre o que é real e o que é ideal pelos entrevistados;
5. avaliar a concordância entre os dois psiquiatras, e desses com a classificação resultante do questionário.

4- METODOLOGIA

4.1-Delineamento

Esta pesquisa, desenvolvida no período de 1995-1997, tem como delineamento estudo de caso-controle (35, 46, 57, 81) em que os fatores desse estudo são a escala FACES III versão para casais e a avaliação do funcionamento do casal por dois psiquiatras independentes através de uma entrevista semi-estruturada e gravada em audio-cassete. O desfecho é a presença de problema clínico (infertilidade) relacionado a uma crise vital (Figura 4.1).

FIGURA 4.1 Diagrama do delineamento do estudo.



4.2- População

A população, para a qual se deseja inferir os achados deste estudo, são pessoas casadas sem filhos.

4.3- Amostra

A amostra, que consiste de 146 pessoas casadas, faixa etária de vinte a trinta e cinco anos, é composta de dois grupos: grupo de controles e grupo de casos.

O grupo controle é composto de 100 funcionários do Hospital de Clínicas de Porto Alegre - quarenta e nove homens, e cinquenta e uma mulheres - escolhidas de forma aleatória sistemática (retirados de uma lista fornecida pelo setor de Recursos Humanos deste hospital). Todos os funcionários estavam ordenados, na lista em ordem alfabética, dividida por função. Se houvesse recusa para participar do estudo, a pessoa seria substituída pelo primeiro sujeito que constasse acima dela. Se houvesse nova recusa, seria escolhido o primeiro abaixo do primeiro selecionado. Todos os participantes estavam em atividade e passaram pela avaliação da Biometria do Hospital.

O grupo de casos, avaliado durante o período de junho a agosto de 1996, é composto por 46 pacientes casados e com problema de infertilidade - 20 homens e 26 mulheres. Os pacientes que formassem o mesmo casal eram entrevistados individualmente por diferentes pesquisadores. Todos os participantes faziam parte do ambulatório de infertilidade do Hospital e foram avaliados do ponto de vista clínico e psiquiátrico, através da rotina desse serviço.

O cálculo da amostra foi realizado seguindo os seguintes parâmetros: (1) frequência de exposição nos controles (2%), (2) diferença mínima entre os dois grupos (10%), (3) $1-\beta$ (90%), (4) $1-\alpha$ (95%), (5) número de controles para cada caso (2). O resultado desse cálculo (110 casos e 220 controles) (16, 26).

Portanto, a fim de poder afirmar que o número de sujeitos estudados é suficiente para sustentar os resultados encontrados, refez-se a análise pelo programa EPI-INFO 6.0 (26), utilizando para o cálculo de exposição o valor resultante do diagnóstico realizado a partir do uso das questões 36 e 38 por mostrarem ter um maior poder para discriminar os grupos (controles e casos). Os parâmetros para o cálculo da amostra foram (1) poder de 90%, (2) $1-\alpha$ (95%), (3) a exposição nos casos de 50%, (4) a exposição nos controles (23%). O resultado dessa análise foi de 82 controles e 41 casos..

4.3.1-Critérios de exclusão e de inclusão

Inclusão:

Para pertencer ao grupo controle, os critérios foram os seguintes

- 1) ser funcionário do Hospital de Clínicas de Porto Alegre em atividade e ter avaliação biométrica;
- 2) estar na primeira união (casado ou vivendo maritalmente);
- 3) ter idade entre 20 e 35 anos;
- 4) não possuir filhos.

Para pertencer ao grupo de casos os critérios foram os seguintes:

- 1) ser paciente do ambulatório de infertilidade do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e, portanto, ter passado pela avaliação de rotina;
- 2) estar na primeira união (casado ou vivendo maritalmente);
- 3) ter idade entre 20 e 35 anos.
- 4) não possuir filhos.

Exclusão:

Para exclusão do grupo controle, foram avaliados os seguintes pontos: (1) Um dos cônjuges se saber infértil; (2) ser analfabeto.

Para o grupo de casos, os critérios de exclusão foram (1) ser analfabeto e (2) ter diagnóstico clínico psiquiátrico.

Tanto no grupo de casos como no grupo controle, as variáveis controladas são tempo de união e anos de instrução

4.4-Instrumentos

A estrutura do casal, quanto à coesão e à adaptação, foi investigada através do questionário "Family Adaptability e Cohesion Evaluation Scales" (FACES III, versão para casal) (71). Esse questionário, traduzido e adaptado para o Português pelas autoras deste estudo, adotou do FACES III para famílias de adolescentes os resultados obtidos de estudo de tradução realizado em nosso meio (30, 95): as possibilidades de respostas que originalmente eram nunca, quase nunca, às vezes, quase sempre e sempre, foram diminuídas para nunca, às vezes e sempre, porque as discretas diferenças semânticas induzem os sujeitos de populações de níveis socio-econômicos mais baixos a optarem pela resposta central. Os escores atribuídos às respostas foram 1,2 e 3 para as respectivas opções nunca, às vezes e sempre. O somatório destes escores dividido pelo número de questões produzem a medida da intensidade de coesão (valores altos correspondem a excesso de coesão), e de adaptação (valores altos correspondem a excesso de

rigidez). Além disto, as questões de enunciado negativo foram modificadas para a forma afirmativa (Anexo1), para aumentar a confiabilidade das respostas.

Esse questionário auto-aplicado, de quarenta questões, aborda a maneira como o casal está estruturado quanto à coesão e à adaptação. As categorias de coesão, segundo este modelo teórico, são amalgamada, conectada, separada e desligada, que expressam numa ordem decrescente o grau de proximidade do casal. As categorias de adaptação são rígida, estruturada, flexível e caótica, expressando também em ordem decrescente o grau de plasticidade do casal. Vinte perguntas avaliam de que maneira o cônjuge percebe a relação e vinte de que maneira a relação poderia ser considerada ideal (tal confrontação, entre o real e o ideal, reflete o grau de satisfação e de maturação do casal) (71).

Os entrevistados que participaram voluntariamente deste estudo, responderam o questionário e depois foram submetidos a uma breve entrevista semi-estruturada que obedecia um roteiro abordando aspectos do funcionamento do casal, mas na qual o sujeito era estimulado a discursar livremente sobre estes aspectos (Anexo 2). As entrevistas gravadas em audio-cassete, sem identificar o grupo ao qual o sujeito pertencia, foram realizadas por médicos em formação psiquiátrica, e posteriormente analisadas por dois psiquiatras senior que classificaram, segundo os critérios de Olson, a relação do casamento, quanto à (1) coesão, (amalgamada, separada, conectada e desligada) e (2) adaptação, (rígida,

estruturada, flexível e caótica) (Anexo 3). Os psiquiatras senior também estavam “cegos” para a origem dos sujeitos e para o objetivo do estudo. Tanto a análise desses psiquiatras, quanto o questionário (FACES) foram fatores estudados em relação ao padrão de comportamento do casal em função da presença do problema clínico infertilidade (padrão ouro) (32).

4.5-Treinamento da Equipe

A equipe, composta por sete residentes de Psiquiatria, por uma psiquiatra (menstranda) e pela orientadora do projeto, na primeira fase do treinamento, simulou entrevistas entre os participantes, a fim de familiarizar-se com a entrevista gravada. Na segunda fase, foram realizadas, com outros colegas, 8 entrevistas das quais resultou a estruturação e padronização da forma final (anexo 4). Houve, nessa segunda fase, novas simulações, em que foi enfatizada a importância de, ao iniciar a entrevista, apresentar o consentimento informado ao funcionário ou ao paciente (6).

Para o treino da equipe e testagem dos instrumentos foi realizado o estudo piloto. Além disso foram feitas, semanalmente, reuniões entre orientanda e orientadora da pesquisa para discutir todos os passos do projeto. Outras reuniões, também semanais, foram feitas, com toda a equipe, para resolver dúvidas metodológicas (aplicação dos instrumentos, recusas de participação, seleção dos sujeitos da pesquisa), e para padronizar, constantemente, a entrevista gravada (6).

A coleta de dados foi dividida em duas fase: a primeira (coleta dos controles) contou com a participação de seis entrevistadores; a segunda fase (coleta dos casos), com três entrevistadores (6).

4.6-Controle de Qualidade

4.6.1) Coleta de Dados

Para garantir o correto preenchimento do questionário todos eles foram revisados, além disso, para garantir a padronização da entrevista estruturada, uma a cada quatro fitas cassete gravadas, era avaliada e uma entrevista, a cada quatro meses, era analisada pelo grupo de pesquisadores envolvidos na coleta dos dados(6).

4.6.2) Banco de Dados

Foram criados dois bancos de dados com o intuito de realizar a digitação cruzada, ambos em dBase (6) já que a "limpeza de dados é relativamente simples. Assim, os arquivos podem ser lidos diretamente por uma série de programas como o SPSS/PC (Statistical Package for the Social Sciences)". (68).- programa utilizado para tradução dos arquivos (6).

Além disso, os dados foram digitados duas vezes por pessoas diferentes; posteriormente, foram comparados pela autora com o intuito de identificar erros de

digitação: (1) erro de amplitude, 0.00001%(1+6862), devido a erro na transcrição para a coluna de codificação; (2) erros de consistência 0% (6).

4.7-Estudo Piloto

Através do estudo piloto, a equipe foi treinada para familiarizar-se com os instrumentos, e o comportamento de vinte homens e vinte mulheres - todos eles funcionários do HCPA - foi analisado a fim de se obter parâmetros para o cálculo da amostra. Assim, foram realizadas as análises de frequência das categorias diagnósticas; após foi feito teste de associação entre as variáveis demográficas e as categorias diagnósticas. Os resultados obtidos, dessa análise, foram os seguintes (34):

- I) Variáveis demográficas: 1) A idade variou de 21 a 35 anos, com média de 29,4; (2) o grau de instrução variou de 9 a 21 anos completos, com média de 14, 4; (3) anos de união variou de 1 a 13 anos, com média de 4,6 anos.

- II) Categorias Diagnósticas: (1) adaptação real do casal - 4 pessoas (10%) caracterizam-se por terem relação desligada; 11 pessoas (27,5%), separada; 12 (30%), conectada; 13 (32,5%), amalgamada. (2) coesão real do casal - 4 dos entrevistados (10%) classificam-se como relação

caótica; 9 (22,5%), como flexível; 17 (42,5%), estruturada e 10 (25%), rígida. (3) coesão ideal do casal - 3 (7,7%) gostariam de poder ter relação desligada; 9 (23%), separado; 6 (15,4%) gostariam de ser conectados e 21 (53,8%), amalgamada; (4) adaptação ideal do casal – 37 (94,9%) gostariam de poder ter relação caótica; 2 pessoas (5,1%), flexível; nenhuma resposta para estruturada e rígida.

- III) Teste de associação: Através do teste de Mantel-Haenzel analisou-se as associações existentes entre as variáveis (1) sexo X percepção real (não foi encontrada diferença estatística); (2) sexo X percepção ideal (não foi encontrada diferença estatística); (3) anos de união X percepção real (não houve diferença estatística); (4) anos de união x percepção ideal (houve diferença significativa na associação entre a variável anos de união e a categoria diagnóstica amalgamada, pois quanto mais tempo de união mais freqüente são os relacionamentos amalgamados).

Portanto, o funcionamento caótico-amalgamado foi o mais freqüente (21 pessoas gostariam de ter uma estrutura amalgamada e 37, caótica), também, não houve respostas para níveis centrais de funcionamento - estruturada, flexível, conectada, separada - considerados por Olson e colaboradores como facilitadores do funcionamento familiar.

Logo, esses resultados, quando comparados, com os de Olson e Cols. em uma população de Norte Americanos, demonstram que os níveis centrais de funcionamento não predominam nesta população. Por isso não poderíamos ter usado como parâmetros para cálculo da amostra aqueles encontrados na literatura, nem os parâmetros deste estudo já que a prevalência de casais disfuncionais é muito alta, sendo necessário um n muito pequeno. Portanto preferiu-se usar como parâmetros os que são descritos no item cálculo da amostra.

Tentou-se confirmar a tendência na associação entre coesão amalgamada e anos de união, no casal sem filhos, bem como a comprovação de não existir associação entre as outras variáveis controladas a partir do aumento do número de pessoas entrevistadas, no decorrer do estudo, a fim de evitar erro alfa e beta respectivamente (35).

4.8-Análise Estatística

A análise estatística foi realizada através de testes paramétricos (teste "t" de Student, correlação linear) quando se tratavam de variáveis contínuas e de testes não-paramétricos quando as variáveis eram ordinais (Mann-Whitney, Wilcoxon, correlação de Spearman). As análises multivariadas por covariância foram feitas

por MANOVA. Os estudos de associação entre categorias foram realizados por tabelas de contingência (2x2) e χ^2 de Mantel-Haenszel. Os valores diagnósticos (sensibilidade e especificidade) foram obtidos pelo estudo dos pontos de corte por curva ROC (receiver operating curve). Análise discriminante e de componentes principais dos itens da escala também foram utilizadas (21; 35; 36; 69; 82).

4.9-Considerações Éticas

Segundo Resolução número 01, de 13 de junho de 1988 do Conselho Nacional de Saúde, este estudo é classificado na categoria de pesquisa com risco mínimo, uma vez que é usado uma escala em que não se manipulará a conduta dos participantes e que já tem sido estudada no nosso meio (vide instrumentos) e é semelhante do ponto de vista de risco a diversas outras escalas e instrumentos para avaliação de sintomas subjetivos e comportamento (44).

A participação na validação do FACES III será somente mediante autorização dos entrevistados, através de um termo de consentimento em que é garantida plena liberdade para interromper a participação quando o desejar. Nesse documento, estão explicados os objetivos, as justificativas e os riscos desta pesquisa.(Anexo 3)(44).

O projeto de pesquisa foi avaliado pela comissão de ética na pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e o atual trabalho consiste na primeira fase desse projeto.

Todos os dados colhidos serão mantidos em sigilo e serão usados apenas para este estudo.

5-RESULTADOS

Os resultados serão apresentados seguindo a seguinte ordem: 1) análise descritiva dos dados; (2) análise das variáveis potencialmente confundidoras; (3) análise da distribuição das categorias coesão, coesão ideal, adaptação, adaptação ideal entre o grupo controle e grupo de casos; (4) análise da distribuição das 16 categorias resultantes da definição conceitual de coesão, coesão ideal, adaptação, adaptação ideal entre o grupo controle e grupo de casos; (5) análise de correlação entre as categorias; (6) análise da diferença entre a percepção real e ideal; (7) análise dos componentes principais da escala; (8) análise discriminante; (9) análise dos padrões diagnósticos; (10) análise da avaliação da entrevista pelos psiquiatras.

5.1-Análise descritiva dos dados

A análise descritiva da amostra foi realizada através de média, moda, mediana, freqüências, amplitude, desvio padrão (medidas de tendência central e dispersão).

A Tabela 1 mostra a distribuição de idade, grau de instrução e tempo de união dos grupos estudados. O grupo controle, de funcionários do HCPA, composto de 100 pessoas, 49 mulheres e 51 homens. O grupo de casos, pacientes com infertilidade, foi composto de 46 pessoas, 26 mulheres e 20 homens, dentre os quais 36 estavam empregados.

TABELA 1- Média, desvio padrão e valor de p das variáveis idade, grau de instrução em anos completos, e anos de união nos grupos estudados.

VARIÁVEL	CONTROLE Média/ Desvio padrão	CASOS Média/ Desvio padrão	Valor de p *
Idade	29,45 anos / 3,636	29,87anos / 3,79	0,531
Grau de instrução	14, 63 anos/ 3,7	8,13 anos / 3,39	0,000
Anos de união	5,16 anos / 9,97	7,87 anos / 3,4	0,017

- teste "t" de Student

Para análise da estrutura do casal, nesses grupos, foram utilizadas as classificações de coesão e adaptação a partir do modelo teórico sistêmico. A “coesão” é definida pela média das questões ímpares de 1 a 19, a “coesão ideal”, pela média das questões ímpares de 21 a 39; a “adaptação” é definida pela média das questões pares de 2 a 20, e a “adaptação ideal”, pela média das questões pares de 22 a 40. A partir dessas definições, na análise de distribuição, a adaptação e a adaptação ideal apresentaram em ambos os grupos, uma distribuição normal, enquanto as variáveis de coesão e coesão ideal apresentaram uma distribuição com concentração maior à direita (Figuras 1 a 8).

figure 1

Histograma de freqüências da variável coesão no grupo de controle (no eixo das ordenada está o número de sujeitos e no eixo das abcissas, os escores de coesão)

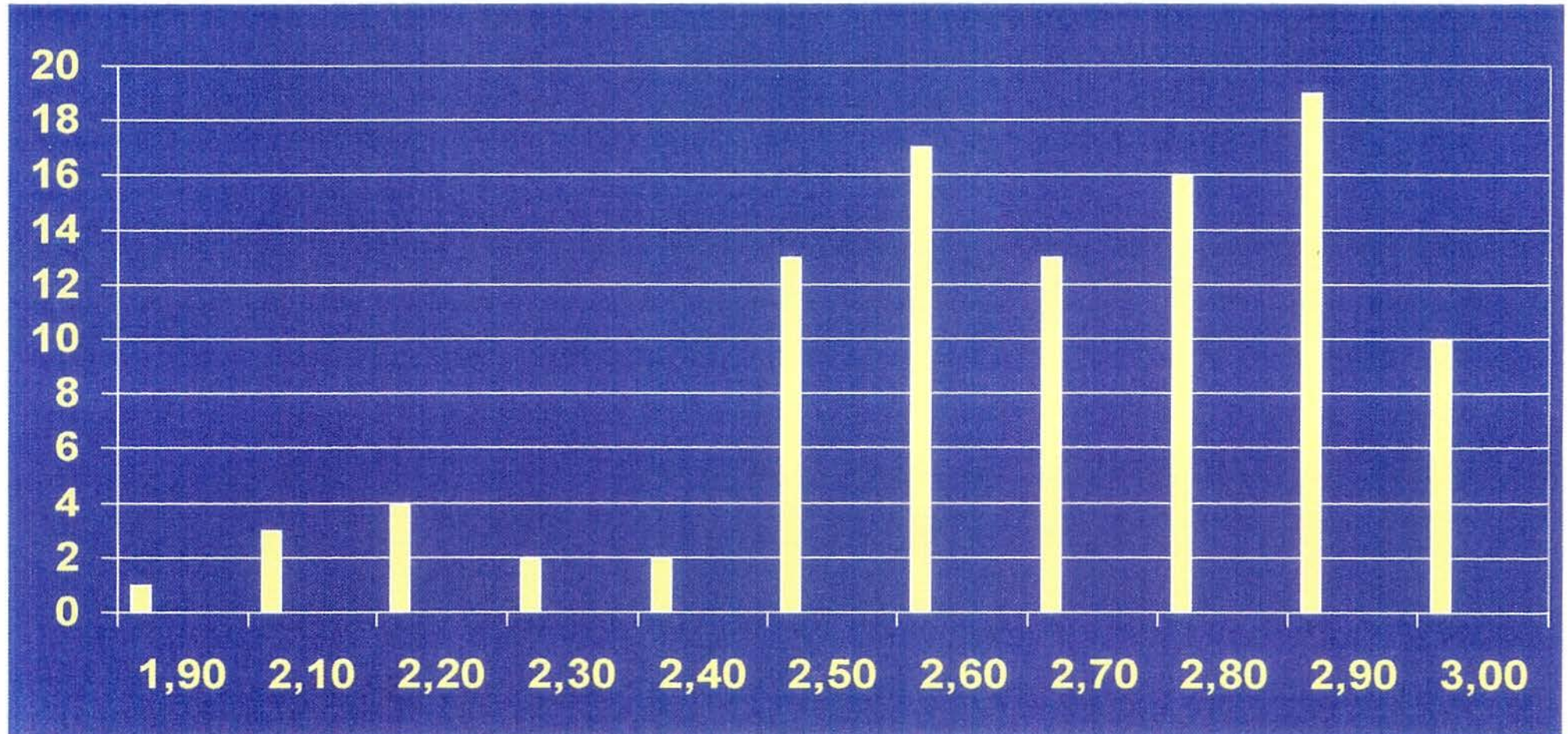


fig 2

Histograma de freqüências da variável adaptação no grupo de controle (no eixo das ordenada está o número de sujeitos e no eixo das abcissas, os escores de adaptação)

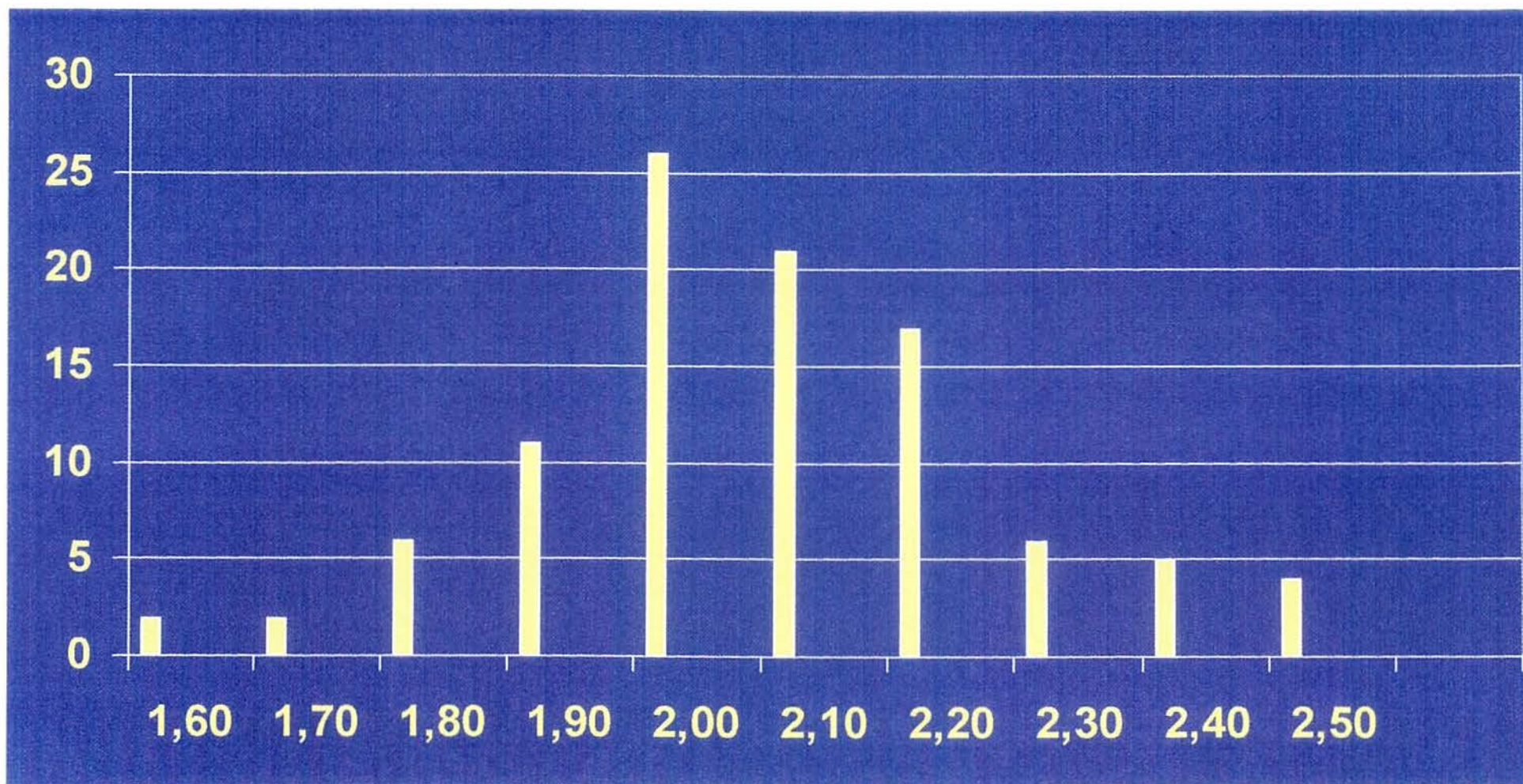


fig 3

Histograma de freqüências da variável coesão ideal no grupo de controle (no eixo das ordenadas está o número de sujeitos e no eixo das abcissas, os escores de coesão ideal)

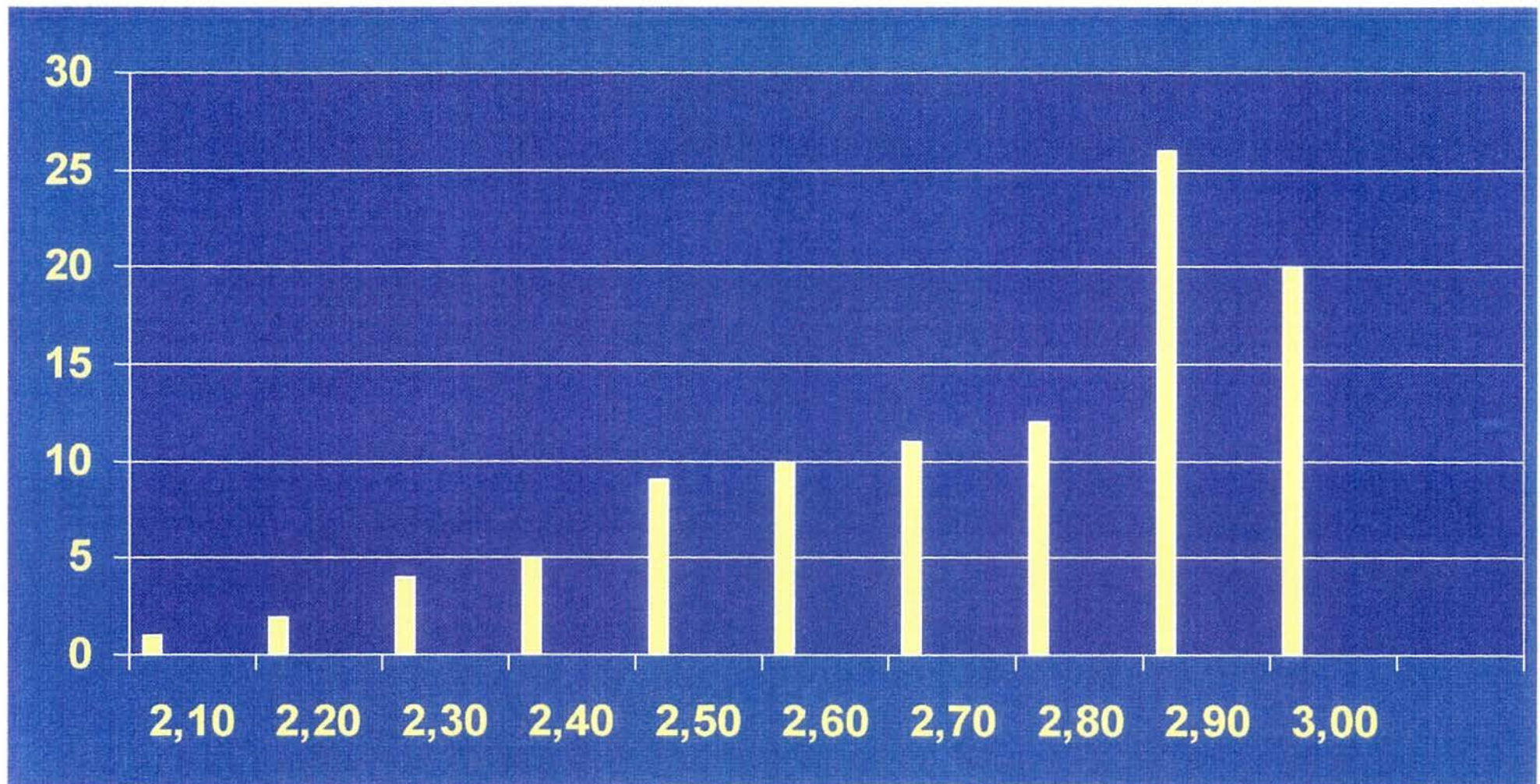


fig 4

Histograma de freqüências da variável adaptação ideal no grupo de controle (no eixo das ordenadas está o número de sujeitos e no eixo das abcissas, os escores de adaptação ideal)

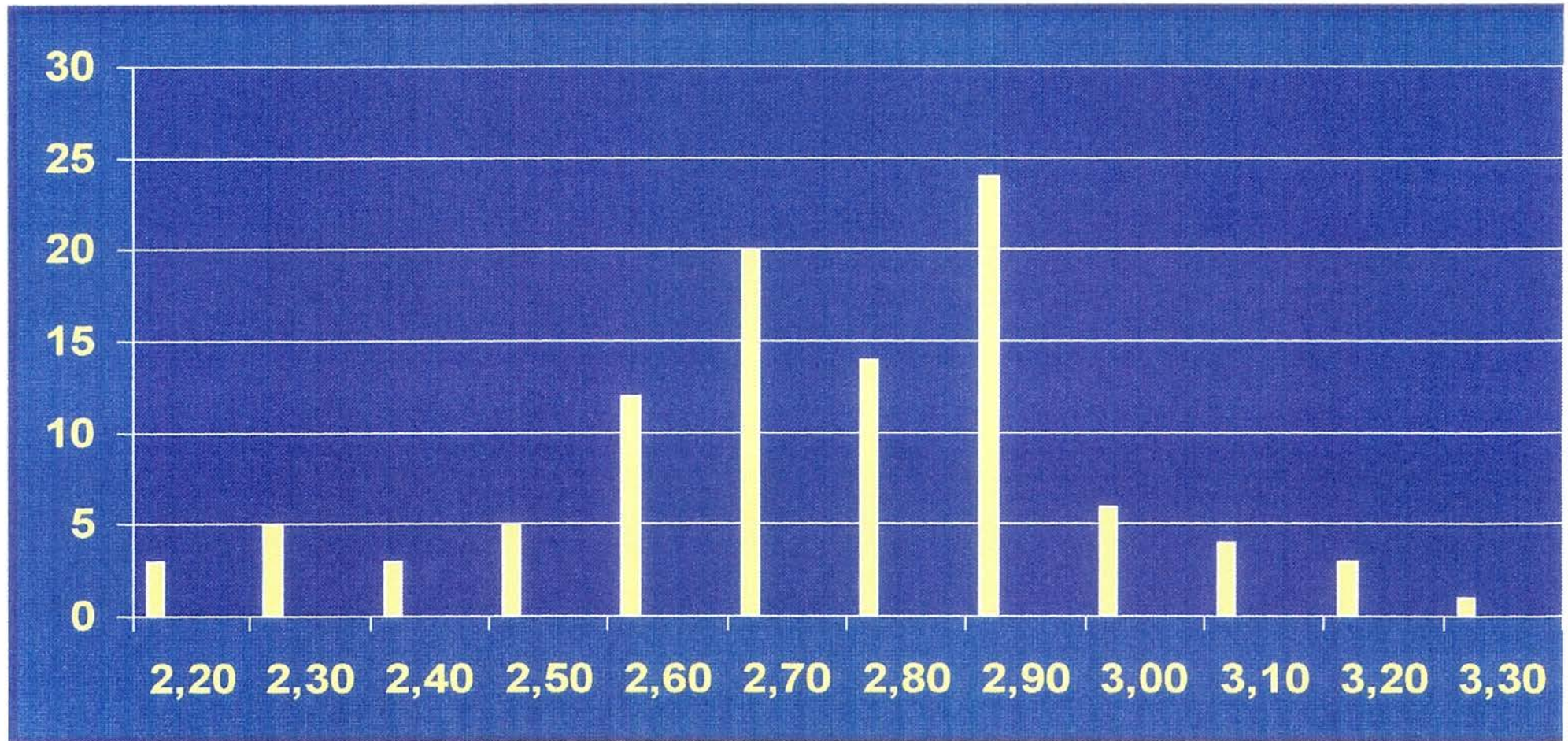


fig 5

Histograma de freqüências da variável coesão no grupo de casos (no eixo das ordenadas está o número de sujeitos e no eixo das abcissas, os escores de coesão)

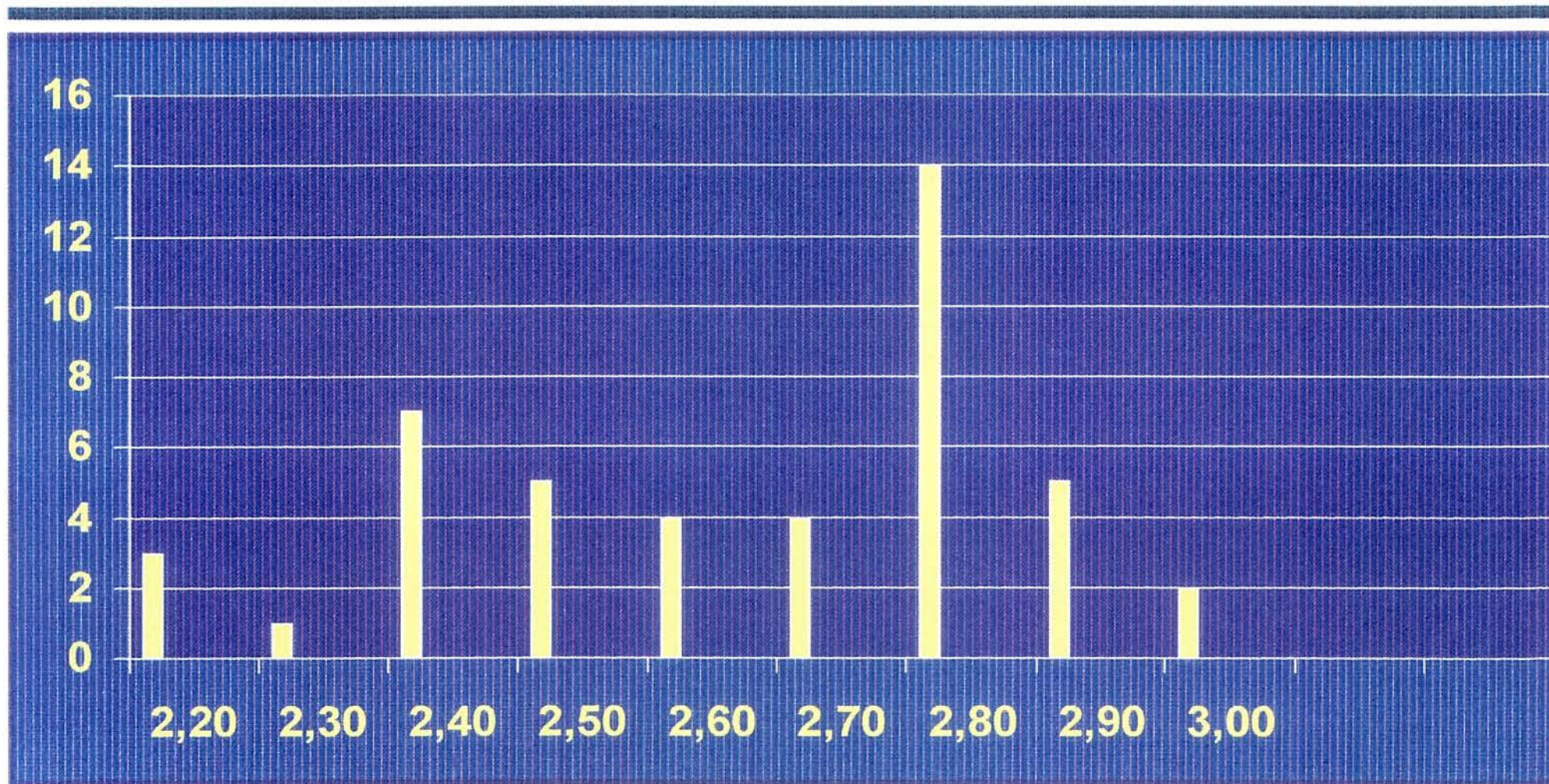


fig 6

Histograma de frequências da variável coesão ideal no grupo de casos (no eixo das ordenadas está o número de sujeitos e no eixo das abcissas, os escores de coesão ideal)

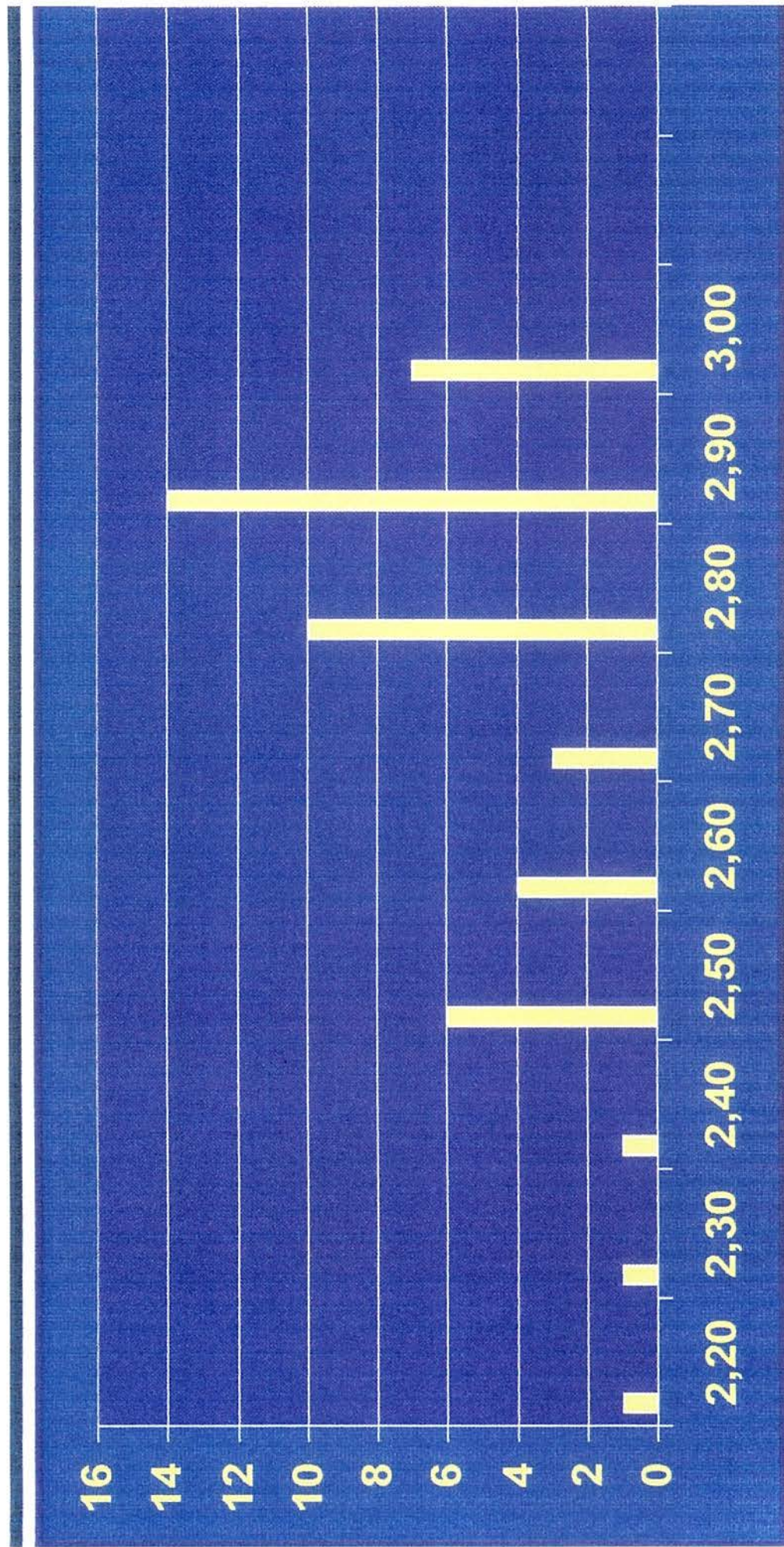


Fig 7

Histograma de freqüências da variável adaptação no grupo de casos (no eixo das ordenadas está o número de sujeitos e no eixo das abcissas, os escores de adaptação)

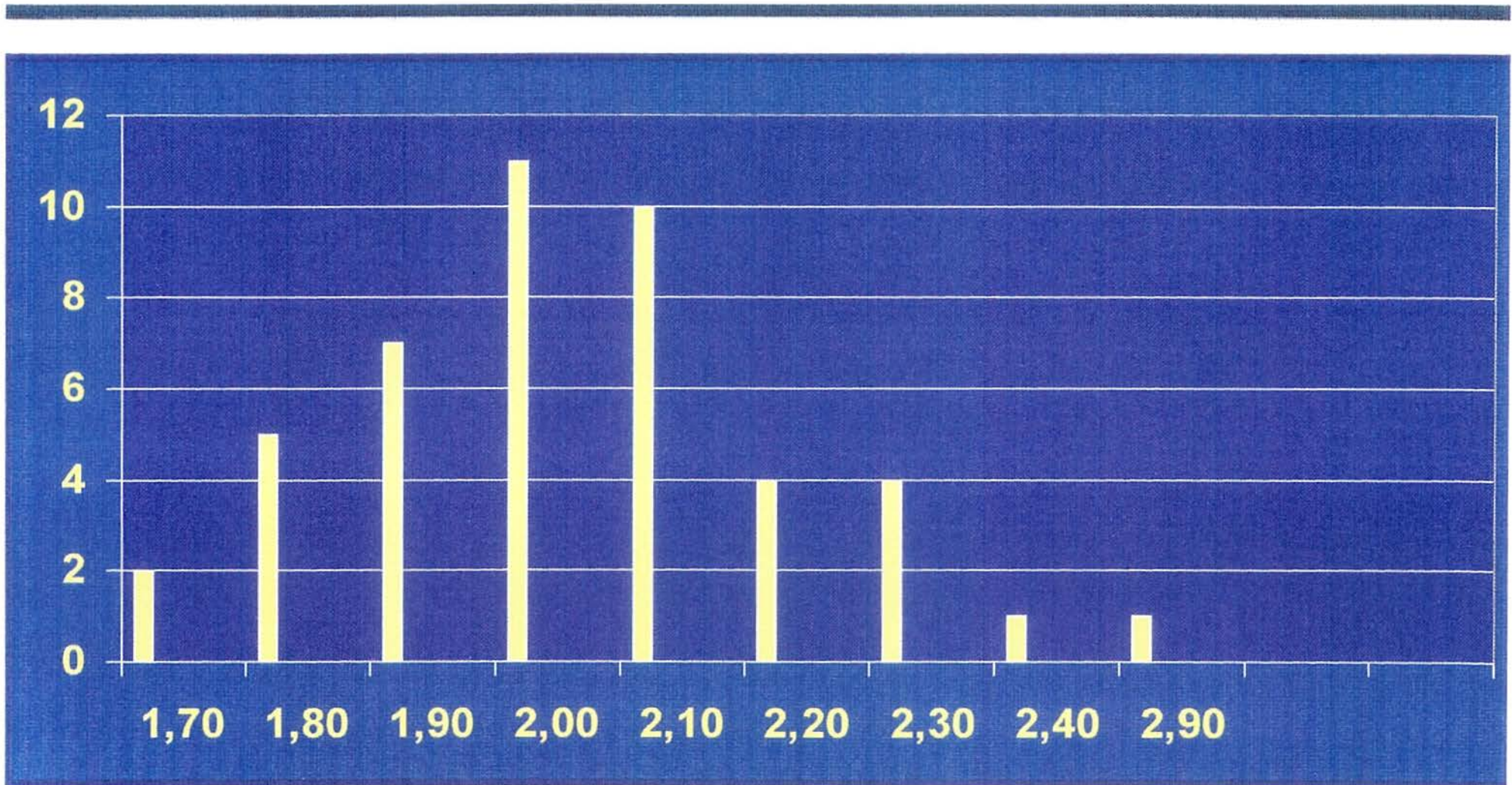
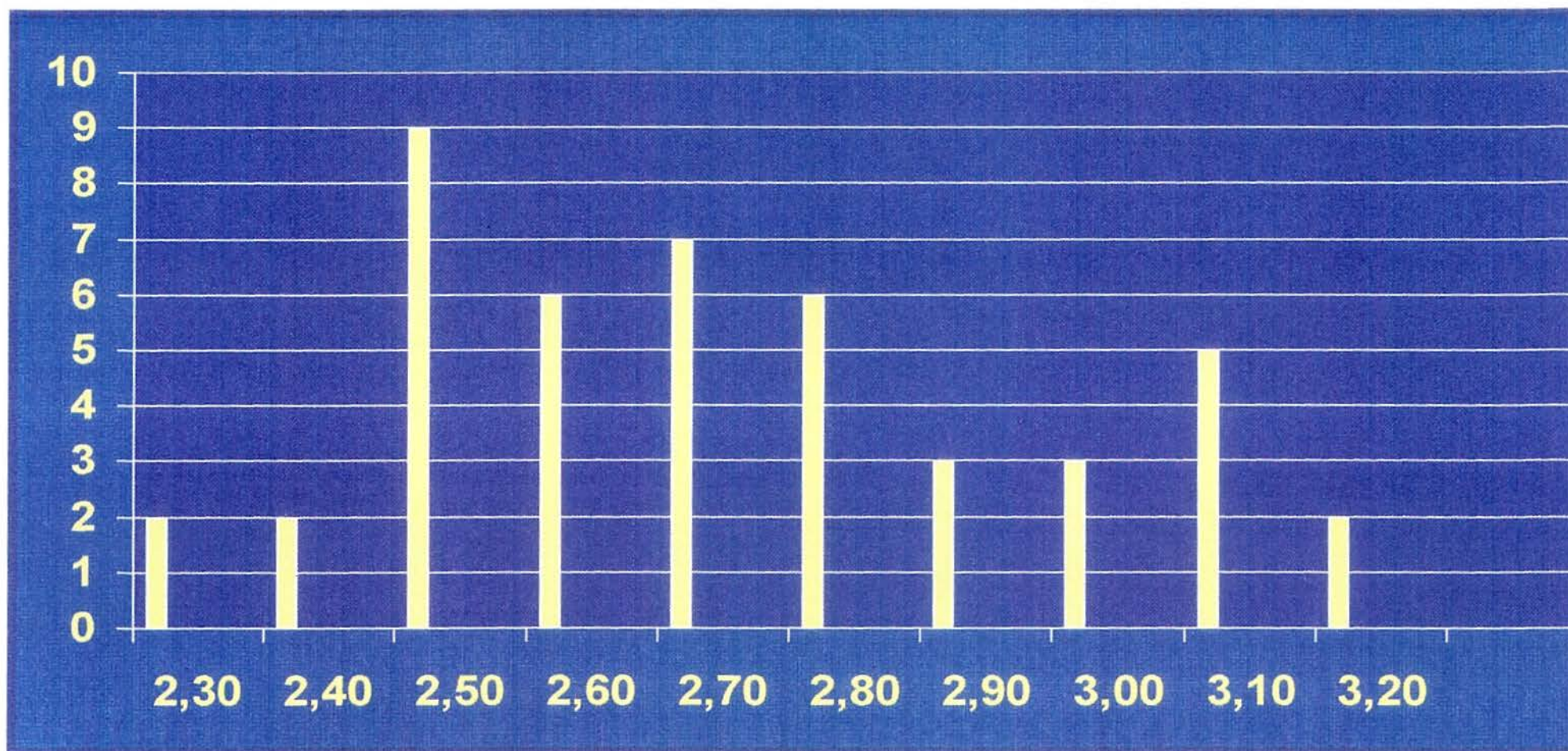


fig 8

Histograma de freqüências da variável adaptação ideal no grupo de casos (no eixo das ordenadas está o número de sujeitos e no eixo das abcissas, os escores de adaptação ideal)



No grupo de controles, a média dos escores da variável coesão foi 2,68, com desvio padrão de 0,24, a média da coesão ideal, de 2,75, com desvio padrão de 0,23; a média de adaptação foi 2,07, com desvio padrão de 0,19; a média de adaptação ideal foi 2,75, com desvio padrão 0,23 (Tabela 2). Estes valores são considerados altos pois estão muito próximos de 3, que seria o valor máximo possível, significando que quase a totalidade dos sujeitos atribuíram respostas “sempre” para a maioria das questões.

No grupo de casos, a média dos escores da variável coesão foi 2,39, com desvio padrão de 0,22, a média da coesão ideal, de 2,53, com desvio padrão de 0,17, a média de adaptação foi 2,05, com desvio padrão de 0,22, a média de adaptação ideal foi 2,27, com desvio padrão 0,22 (Tabela 2). Estes valores também podem ser considerados altos, porém o número de indivíduos que responderam “sempre” foi menor neste grupo. No entanto como não houve diferença significativa entre os grupos, isto pode ser atribuído à pouca variabilidade em cada grupo.

TABELA 2. Medidas de freqüências das categorias diagnósticas no grupo de controles (funcionários do HCPA) e no grupo de casos (pacientes do Ambulatório de Infertilidade)

Variável/Freqüência	Controle			Casos		
	média	mediana	desvio padrão	média	mediana	desvio padrão
Coesão	2.68	2.70	±0.24	2,39	2,43	±0,22
Adaptação	2.08	2.10	±0.19	2,05	2,03	±0,22
Coesão ideal	2.75	2.80	±0.23	2,53	2,57	±0,17
Adaptação ideal	2.75	2.80	±0.23	2,27	2,32	±0,22

5.2) Análise das variáveis potencialmente confundidoras

As variáveis potencialmente confundidoras (idade, grau de instrução, e anos de união) e classificadas como contínuas, foram avaliadas entre os grupos diagnósticos através do teste “t” de Student para amostras independentes. Os escores dos questionários foram analisados pelo sexo e grau de instrução, após categorização em dois níveis, através do teste Mann-Whitney U-Wilcoxon (16, 34). Em um segundo momento, após esta verificação, as variáveis que apresentaram diferenças entre os grupos (casos e controles), anos de união e grau de instrução,

foram analisadas pela análise multivariada de covariância MANOVA a fim de verificar seus pesos sobre as respostas do questionário e nas categorias diagnósticas (23, 68).

A Tabela 1 apresenta a distribuição das variáveis idade, anos de instrução e anos de união nos grupos estudados, bem como o grau de significância estatística de suas comparações.

Idade não apresentou diferença entre os grupos, porém instrução (anos de escolaridade completos) e anos de união apresentaram diferenças significativas entre os grupos

Sexo não demonstrou influência significativamente em relação aos escores das quatro categorias (coesão, coesão ideal, adaptação, adaptação ideal) tanto no grupo controle como no grupo de casos. Já a variável instrução (categorizada em dois grupos, acima e abaixo ou igual a oito anos) apresentou uma influência significativa nos escores de adaptação, sendo que os sujeitos de escolaridade acima de 8 anos apresentaram escores mais altos. No grupo de controles evidenciou-se diferença na adaptação e na adaptação ideal: os sujeitos de maior escolaridade apresentaram escores mais altos. No grupo de casos não foi encontrada diferença significativa entre as variáveis.

Para que as diferenças encontradas nas respostas dadas no questionário FACES III pelas pessoas infértéis e supostamente férteis, não decorressem devido à diferença de escolaridade entre esses dois grupos (uma distribuição maior de baixa escolaridade no grupo de inférteis) realizou-se análise multivariada de covariância por MANOVA. Através desta foi encontrada uma correlação significativa entre instrução e as questões de número 36 ($p=0.012$), 24 ($p=0.016$), e 30 (0.05) (vide tabela 5), portanto, quanto maior a escolaridade, maior o resultado das questões. O resultado da análise do efeito "grupo diagnóstico" (sem e com infertilidade), independente das correlações dos confundidores, demonstrou que a questão a 5 ($p=0.049$) (Tabela 6) foi a única a apresentar diferença entre os grupos, com média maior no grupo de controles.

Como a variável tempo de união também apresentou diferença nos dois grupos, com maior média nos casos, foi estudada através da MANOVA. Encontrou-se uma correlação significativa entre tempo de união e as questões 18 (0.01) e 24 (0.002) (Tabela 8). Portanto, quanto maior o tempo de união (mais de 7 anos) maior a média das questões. A análise do efeito do diagnóstico, após o controle da variável tempo de união, demonstrou diferença significativa nas questões 2 e 16, com médias maiores no grupo controle. Usando o mesmo teste, porém agora controlando a possível interação entre tempo de união e grupo, foi encontrada uma diferença significativa entre a interação **tempo de união*grupo** com as questões, 2 (0.0017), 16 (0.011), 29 (0.034), 35 (0.014), 36 (0.009), 38 (0.005) (Tabela 9).

A correlação entre as variáveis idade, grau de instrução, tempo de união e as categorias coesão, coesão ideal, adaptação, adaptação ideal, teve como resultado positivo somente entre "instrução" e coesão ideal ($p=0.04$), instrução e adaptação ideal ($p=0.04$).

TABELA 5- O efeito da escolaridade nas questões através da análise de variância

Variável	Valor de F	Valor de p
Q1	1.37811	.255
Q2	.44482	.642
Q3	.22255	.801
Q4	.86777	.422
Q5	1.49233	.228
Q6	.22200	.801
Q7	.88148	.416
Q8	.79860	.452
Q9	2.23675	.111
Q10	1.75707	.176
Q11	.73550	.481
Q12	1.89243	.155
Q13	.25658	.774
Q14	.65878	.519
Q15	.54971	.578
Q16	2.85607	.061
Q17	1.90157	.153
Q18	.24810	.781
Q19	.04910	.952
Q20	.68230	.507
Q21	.18578	.831
Q22	.37339	.689
Q23	.07724	.926
Q24	4.27143	.016
Q25	.24099	.786
Q26	.41581	.661
Q27	.13008	.878
Q28	2.55440	.081
Q29	.99363	.373
Q30	5.58608	.005
Q31	1.41208	.247
Q32	.14985	.861
Q33	.62708	.536
Q34	.84012	.434
Q35	2.51321	.085
Q36	4.58559	.012
Q37	.06030	.942
Q38	.72802	.485
Q39	.97029	.382
Q40	.39726	.673

TABELA 6- O efeito da variável grupo nas questões através da Análise de variância

Variável	Valor de F	Valor de p
Q1	3.53596	.062
Q2	3.40323	.067
Q3	.42057	.518
Q4	.58788	.445
Q5	3.94459	.049
Q6	.38378	.537
Q7	.75174	.387
Q8	2.26069	.135
Q9	.70879	.401
Q10	.04334	.835
Q11	.02160	.883
Q12	.07300	.787
Q13	.01425	.905
Q14	.07399	.786
Q15	.15893	.691
Q16	2.81226	.096
Q17	.91125	.341
Q18	2.27620	.134
Q19	.00337	.954
Q20	1.63619	.203
Q21	.04523	.832
Q22	1.00737	.317
Q23	1.47403	.227
Q24	.79509	.374
Q25	1.15487	.284
Q26	.02165	.883
Q27	.16975	.681
Q28	1.82833	.179
Q29	1.21028	.273
Q30	.89283	.346
Q31	.02400	.877
Q32	.28839	.592
Q33	.27972	.598
Q34	.04783	.827
Q35	2.46427	.119
Q36	.68008	.411
Q37	.10176	.750
Q38	2.31159	.131
Q39	.38121	.538
Q40	.01439	.905

TABELA 7 - o efeito da interação das variáveis grau de instrução e grupo nas questões através da Análise de variância

Variável	Valor de F	Valor de p
Q1	.60635	.547
Q2	.72294	.487
Q3	.72319	.487
Q4	.18868	.828
Q5	1.28722	.279
Q6	1.64138	.197
Q7	.08791	.916
Q8	.29865	.742
Q9	.86501	.423
Q10	.69842	.499
Q11	1.04032	.356
Q12	.07627	.927
Q13	1.25117	.289
Q14	1.68261	.190
Q15	.14451	.866
Q16	.51956	.596
Q17	.48925	.614
Q18	.49499	.611
Q19	.21975	.803
Q2	1.37490	.256
Q21	1.99707	.140
Q22	.76490	.467
Q23	1.09422	.338
Q24	2.57428	.080
Q25	1.62978	.200
Q26	1.73015	.181
Q27	1.50423	.226
Q28	1.28704	.279
Q29	1.04606	.354
Q30	3.07242	.049
Q31	.22751	.797
Q32	.98730	.375
Q33	.49902	.608
Q34	4.53558	.012
Q35	2.10728	.125
Q36	1.44054	.240
Q37	1.36638	.258
Q38	3.68032	.028
Q39	.31038	.734
Q40	3.35367	.038

TABELA 8- Análise do efeito da variável anos de união nas questões através da Análise de variância

Variável	Valor de F	Valor de <i>p</i>
Q1	.27721	.599
Q2	3.04036	.083
Q3	1.24853	.266
Q4	.69415	.406
Q5	1.08495	.299
Q6	.42702	.515
Q7	.01807	.893
Q8	.00126	.972
Q9	.94531	.333
Q10	.06708	.796
Q11	.42239	.517
Q12	1.63256	.203
Q13	.02446	.876
Q14	.00664	.935
Q15	3.06068	.082
Q16	.69618	.405
Q17	1.63116	.204
Q18	6.67172	.011
Q19	.02674	.870
Q20	.28197	.596
Q21	1.52312	.219
Q22	1.39341	.240
Q23	.31651	.575
Q24	10.23080	.002
Q25	1.12593	.290
Q26	.05889	.809
Q27	.03025	.862
Q28	1.50307	.222
Q29	.62824	.429
Q30	3.41448	.067
Q31	.31962	.573
Q32	.20680	.650
Q33	.56430	.454
Q34	.91136	.341
Q35	.85717	.356
Q36	.02531	.874
Q37	.49018	.485
Q38	.38606	.535
Q39	1.18974	.277
Q40	.14251	.706

TABELA 9- Análise de efeito da variável grupo através da Análise de variância.

Variável	Valor de F	Valor de p
Q1	1.81353	.180
Q2	5.83623	.017
Q3	1.47643	.226
Q4	.12082	.729
Q5	.15864	.691
Q6	.22337	.637
Q7	.31955	.573
Q8	.00698	.934
Q9	.48545	.487
Q10	.88726	.348
Q11	.07797	.780
Q12	1.61417	.206
Q13	.09454	.759
Q14	2.46871	.118
Q15	1.31455	.254
Q16	6.65113	.011
Q17	1.87055	.174
Q18	.00100	.975
Q19	.06105	.805
Q20	.94011	.334
Q21	.72901	.395
Q22	2.23429	.137
Q23	2.02409	.157
Q24	.05539	.814
Q25	.78209	.378
Q26	1.24608	.266
Q27	.16577	.685
Q28	.51725	.473
Q29	4.55747	.034
Q30	.00372	.951
Q31	.11729	.732
Q32	.70143	.404
Q33	.31008	.579
Q34	.04154	.839
Q35	6.17667	.014
Q36	6.93572	.009
Q37	.10368	.748
Q38	8.17845	.005
Q39	.02388	.877
Q40	.38016	.539

TABELA 10- Análise da interação entre a variável anos de união com a variável grupo nas questões através da análise da variância.

Variável	Valor de F	Valor de p
Q1	.72160	.397
Q2	.02130	.884
Q3	3.10937	.080
Q4	1.29706	.257
Q5	.00225	.962
Q6	2.37658	.125
Q7	1.40956	.237
Q8	10.32623	.002
Q9	.03671	.848
Q10	.11989	.730
Q11	.04458	.833
Q12	.05352	.817
Q13	2.54725	.113
Q14	.27323	.602
Q15	.23001	.632
Q16	.69618	.405
Q17	2.56571	.111
Q18	.06187	.804
Q19	.00443	.947
Q20	.45748	.500
Q21	5.58408	.019
Q22	.04200	.838
Q23	2.17994	.142
Q24	.40092	.528
Q25	2.59079	.110
Q26	.42271	.517
Q27	.66798	.415
Q28	1.43389	.233
Q29	1.50383	.222
Q30	.17518	.676
Q31	.09093	.763
Q32	.15113	.698
Q33	.35382	.553
Q34	1.17529	.280
Q35	.31486	.576
Q36	.08430	.772
Q37	.11765	.732
Q38	2.56213	.112
Q39	.39110	.533
Q40	1.54786	.216

5.3- Análise da distribuição das categorias coesão, coesão ideal, adaptação e adaptação ideal entre o grupo controle e grupo de casos

A análise dos escores de coesão e adaptação entre os grupos diagnósticos foi realizada através do teste Mann Whitney U-Wilcoxon para verificar diferenças, e através do teste X2 para verificar a distribuição dessas categorias entre os grupos (34). Não foram encontrados resultados com diferença significativa entre os grupos (Tabela 11).

Tabela 11- Distribuição dos escores das categorias diagnósticas entre o grupo de casos e controles (Mann-Whitney) apresentados pelo “ranking” obtido pela análise

Grupo/Categoria	coesão	coesão ideal	adaptação	adaptação ideal
Grupo casos	66.97	74.97	65.89	67.71
Grupo controle	76.50	72.82	77.00	76.17
Valor de p	0.20	0.13	0.13	0.26

Também não houve diferença significativa para um valor de $p < 0.05$, quando comparados os escores de adaptabilidade e coesão entre controles e

casos, através da **MANOVA** controlando as variáveis idade, grau de instrução, anos de união.

5.4- Análise da distribuição das 16 categorias resultantes da definição conceitual de coesão, coesão ideal, adaptação e adaptação ideal entre o grupo controle e grupo de casos

A partir da mediana, foram realizados pontos de corte para classificação das 16 categorias do modelo teórico: 4 que se localizam nos extremos do modelo consideradas patológicas; 8 consideradas intermediárias e 4 consideradas como balanceadas. Através do teste U-Mann Whitney, encontrou-se diferença significativa entre o grupo de pacientes e controles apenas na categoria rígida-separada ($p=0.037$): o "ranking" dos escores é maior no grupo de pacientes. Além disso, as 16 categorias foram reunidas em três agrupamentos: anormal; intermediário; e balanceado. Através do teste de associação χ^2 com correção de Yates, foram analisadas as três categorias para verificar diferença na distribuição entre os grupos. Como na análise anterior, não foi encontrada significância estatística no resultado (Tabela 12).

TABELA 12- Distribuição do diagnóstico de funcionamento do casal (número de sujeitos em cada categoria: normal, intermediário, e anormal) entre casos e controles

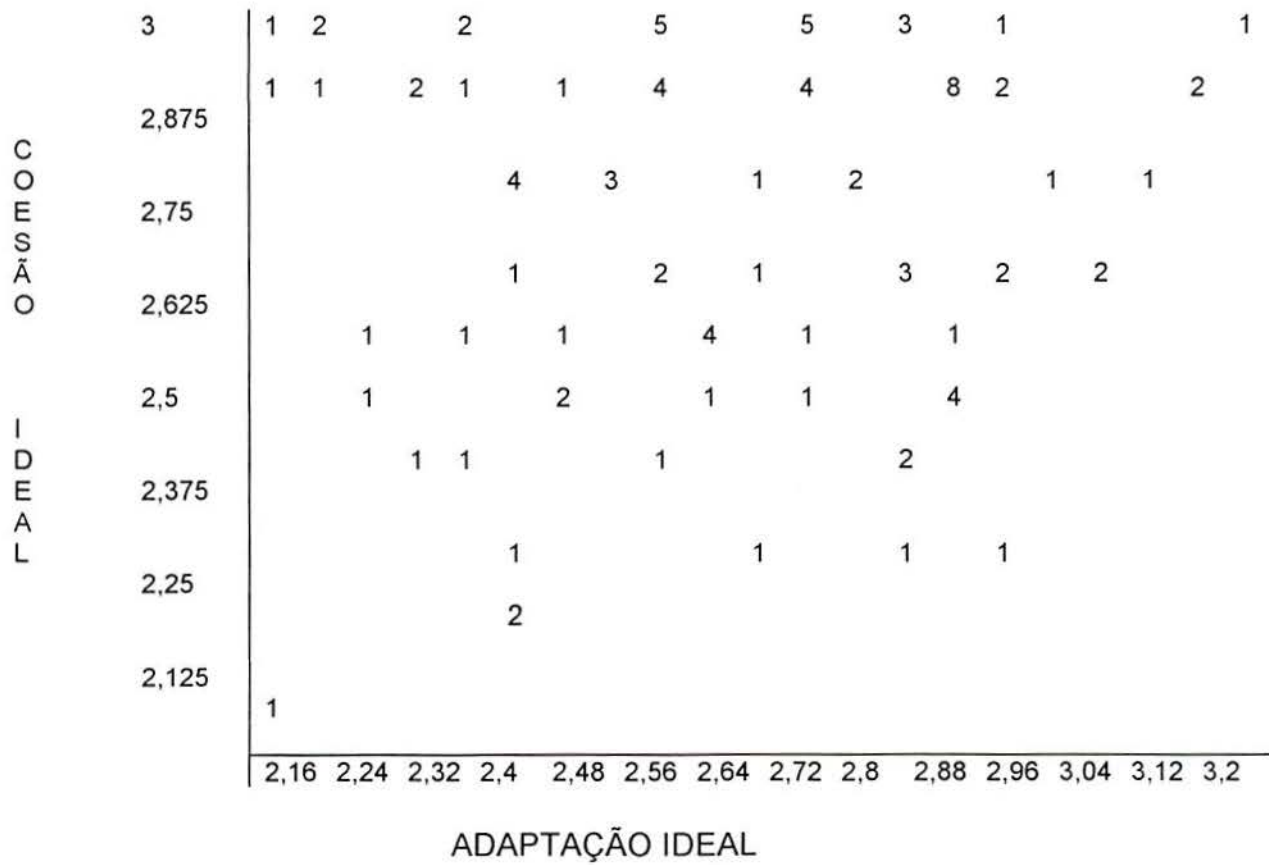
Grupo/Diagnóstico	NORMAL	INTERMEDIÁRIO	ANORMAL	TOTAL
Controles	44	42	11	97
Casos	22	16	5	43
Total	66	58	16	140

χ^2 com correção de Yates $p= 0.69$

5.5- Análise de correlação entre as categorias

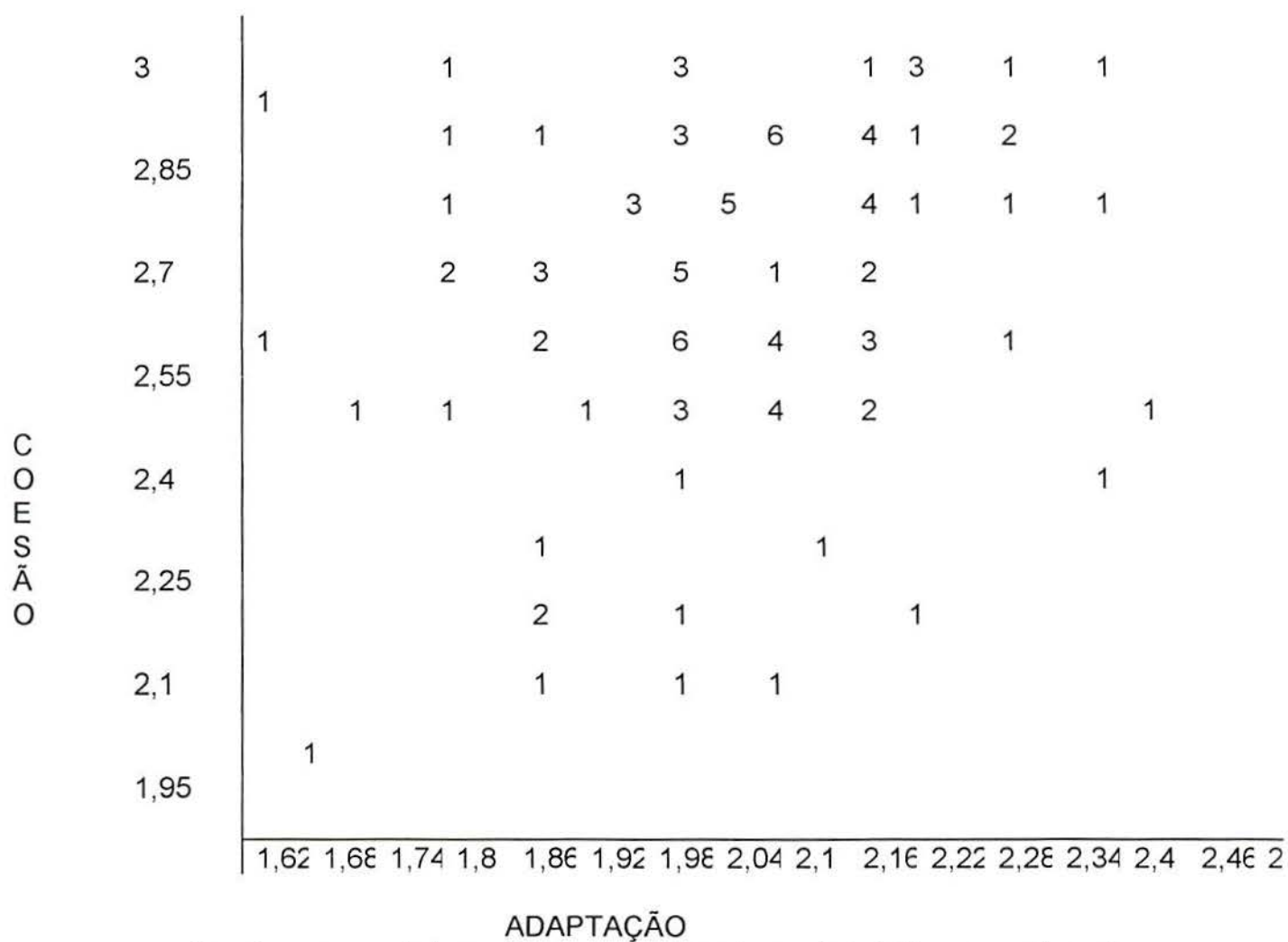
A análise de correlação dos escores de coesão, coesão ideal, adaptação e adaptação ideal foi realizada através do teste de correlação de Spearman para variáveis ordinais. No grupo controle foi encontrada uma correlação significativa entre coesão e adaptação ($p=0.018$), com um coeficiente de correlação $r=0.24$, entre coesão e coesão ideal, ($p=0.000$) com coeficiente de correlação $r=0.44$. No grupo de casos, foi encontrada uma correlação entre coesão ideal e adaptação ideal, ($p=0.003$) $r=0.42$, e entre coesão e coesão ideal ($p=0.025$) com $r=0.33$ (Figuras 9 a 16).

Figura 5.9 - Correlação dos "rankings" dos escores de coesão ideal e adaptação ideal no grupo controle (100 sujeitos) ($r=0,09041$, $p=0,3710$).



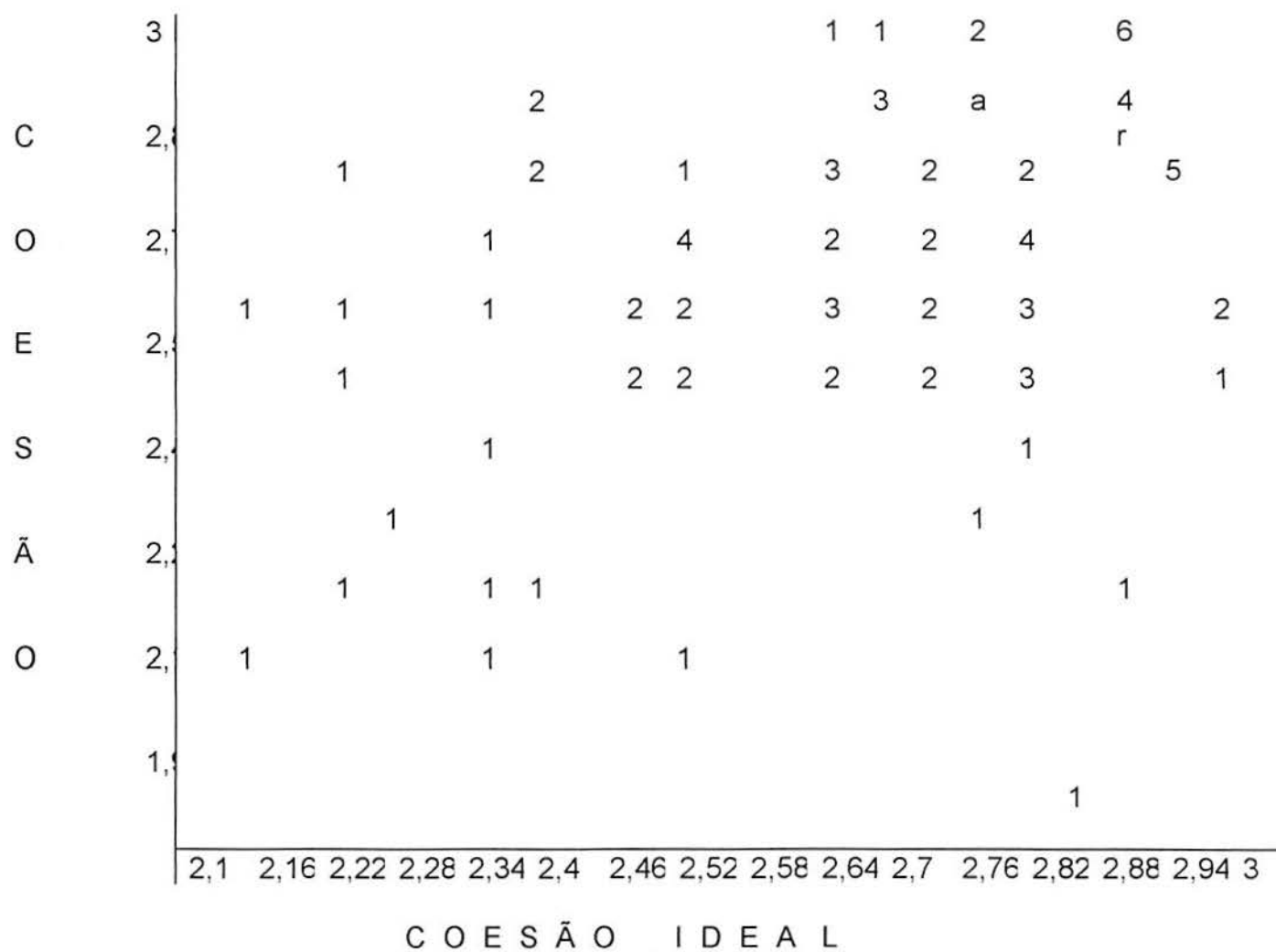
Os valores apresentados na figura representam número de indivíduos em cada ponto.

Figura 5.10- Correlação dos "rankings" dos escores de coesão e adaptação no grupo controle (100 sujeitos) ($r=0.23611$) ($p=0.0180$)



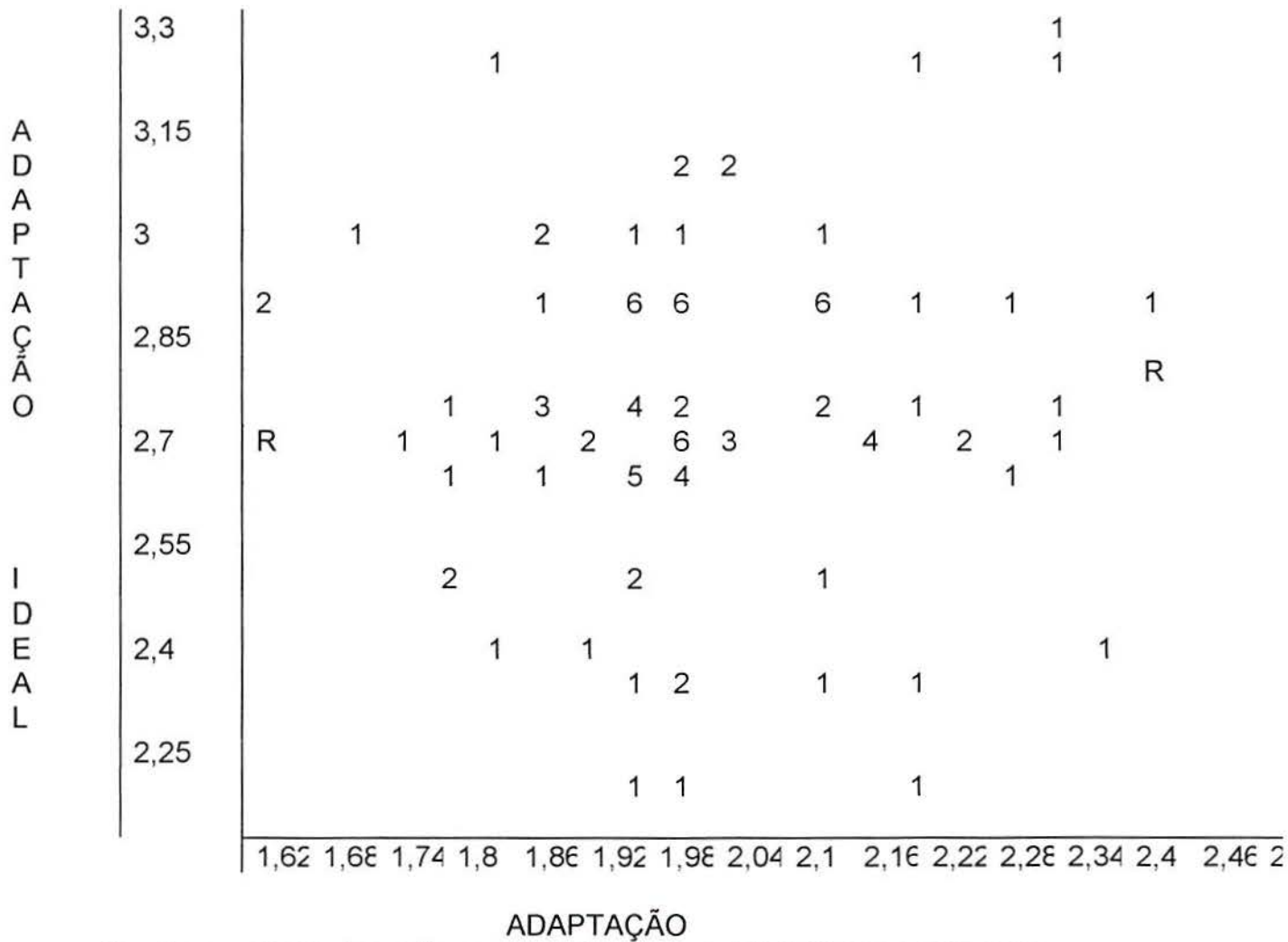
Os valores apresentados na figura representam número de indivíduos em cada ponto.

Figura 5.11- Correlação dos "rankings" dos escores de coesão e coesão ideal no grupo controle (100 sujeitos) ($r=0.43724$) ($p=0.0000$)



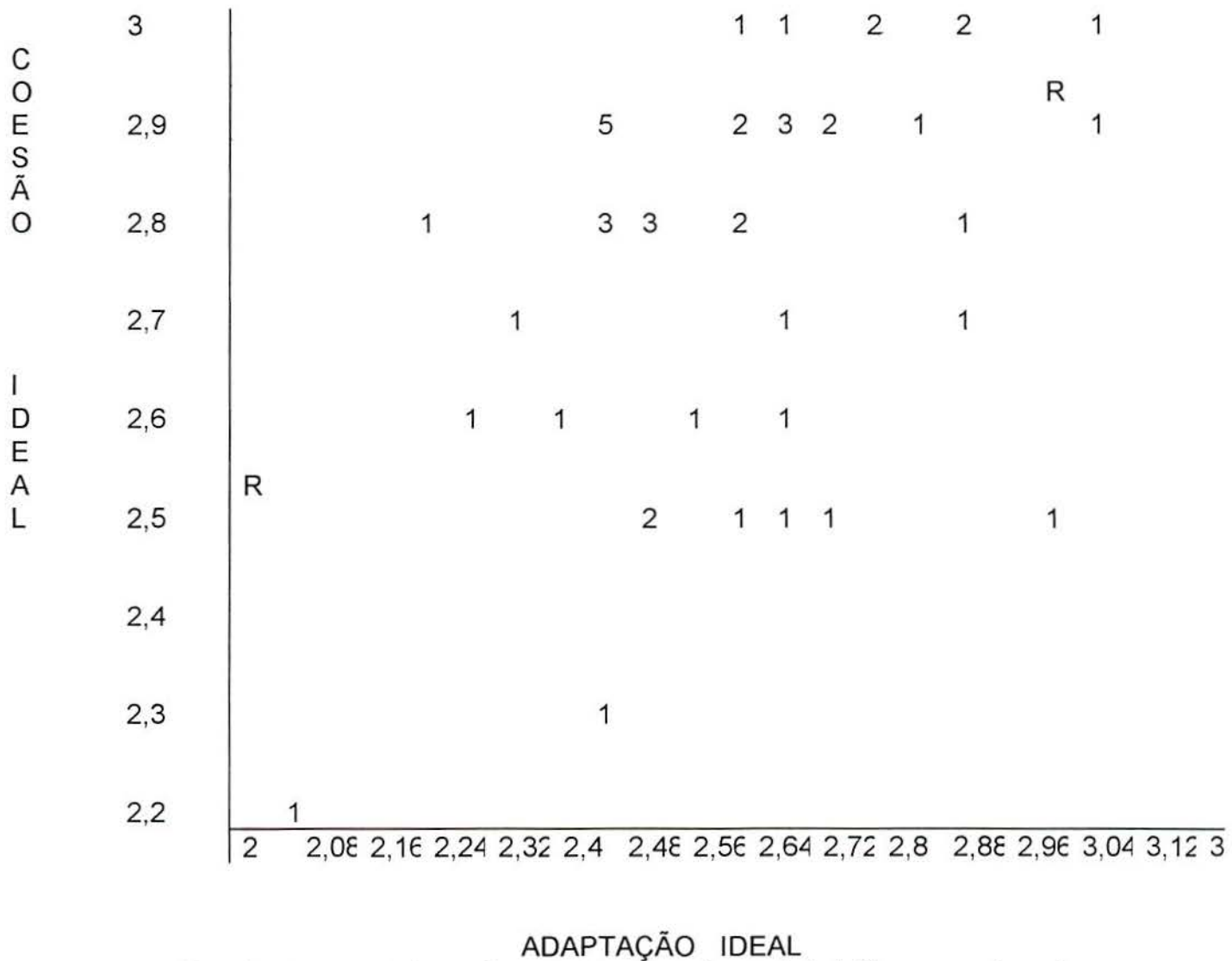
Os valores apresentados na figura representam número de indivíduos em cada ponto.

Figura 5.12- Correlação dos "rankings" dos escores de adaptação e adaptação ideal coesão ideal e adaptação ideal no grupo controle (100 sujeitos) ($r=0.10297$)($p=0,03080$)



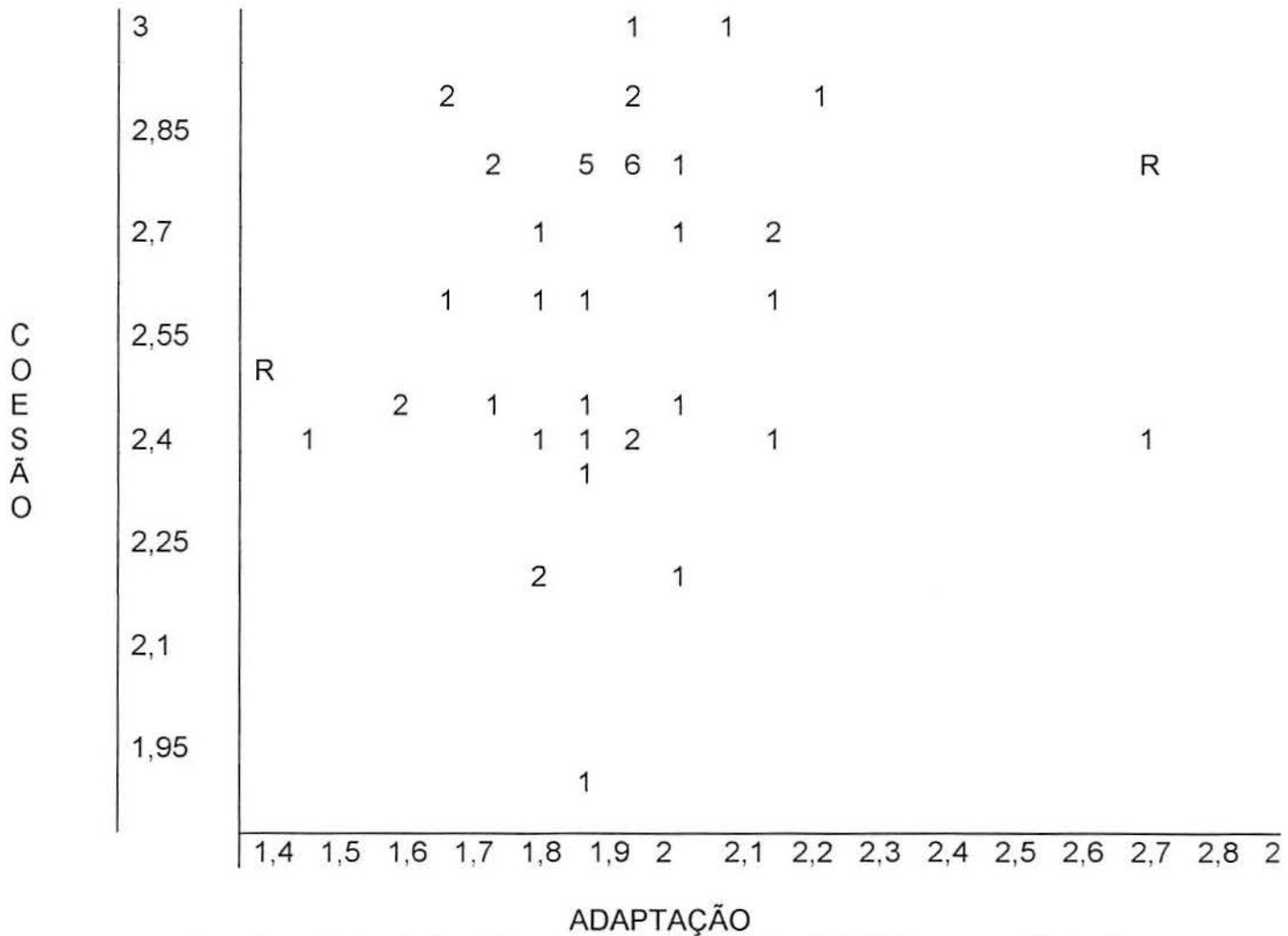
GRUPO DE CASOS

Figura 5.13- Correlação dos "rankings" dos escores de coesão ideal e adaptação ideal no grupo de casos (46 sujeitos) ($r=0.41796$) ($p=.0038$)



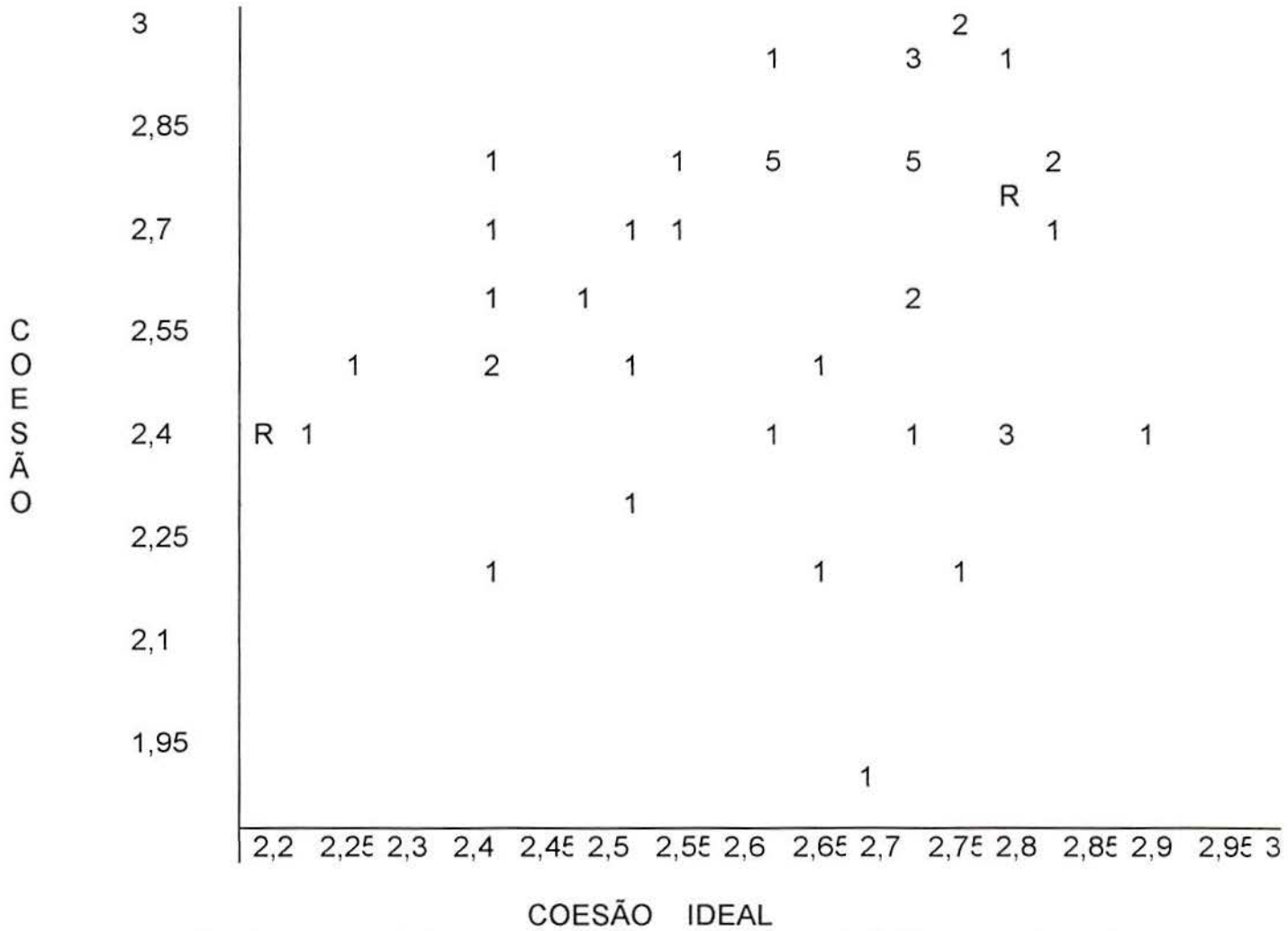
Os valores apresentados na figura representam número de indivíduos em cada ponto.

Figura 5.14- Correlação dos "rankings" dos escores de coesão e adaptação no grupo casos (46 sujeitos) ($r=15169$) ($p= 0.31420$)



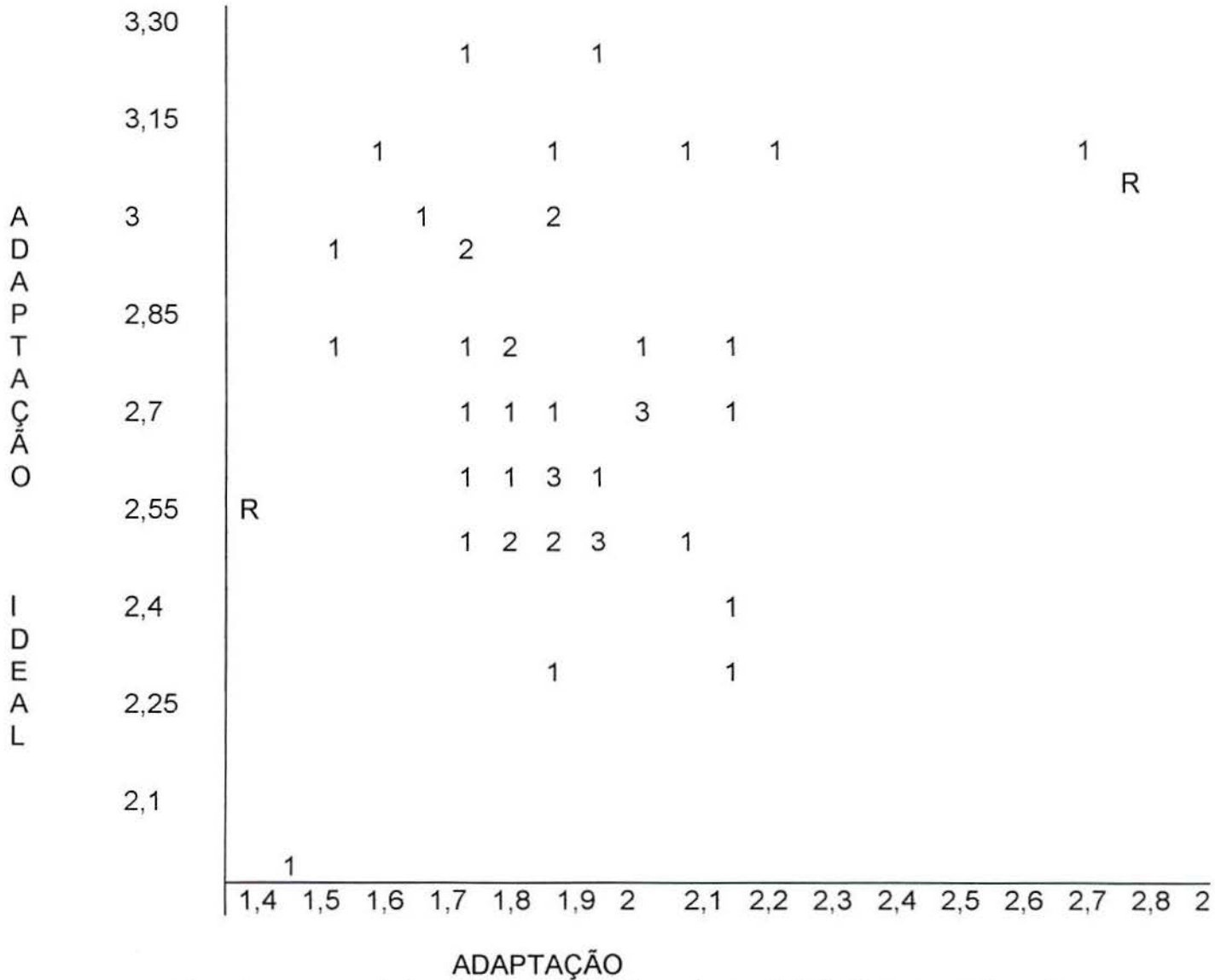
Os valores apresentados na figura representam número de indivíduos em cada ponto.

Figura 5.15- Correlação dos "rankings" dos escores de coesão e coesão ideal no grupo de casos (100 sujeitos) ($r= 0.33059$) ($p= 0.0248$)



Os valores apresentados na figura representam número de indivíduos em cada ponto.

Figura 5.16- Correlação dos "rankings" dos escores de adaptação ideal e adaptação no grupo casos (46 sujeitos) ($r= 0,27482$) ($p= 0.0645$)



Os valores apresentados na figura representam número de indivíduos em cada ponto.

5.6- Análise da diferença entre a percepção real e ideal

A fim de verificar a significância da diferença de escores entre o questionário da versão real (coesão e adaptação) e o questionário da versão ideal (coesão ideal e adaptação ideal) dentro de cada grupo (casos e controles) foi realizada através do teste T de Wilcoxon para amostras dependentes e variáveis ordinais (35).

Através do teste **Wilcoxon para amostras dependentes** foi realizada a análise para verificar a diferença entre as categorias consideradas como real e as consideradas como ideal nos dois grupos.

Nos controles (pessoas sem problema de infertilidade), houve diferença significativa entre coesão ideal e real ($p=0.009$): os escores atribuídos ao ideal foram maiores. O mesmo ocorreu com a categoria adaptação ($p=0.0000$): os escores são maiores para a versão ideal.

Nos casais inférteis, os escores para a versão ideal também foram maiores de forma significativa para coesão ($p=0.0009$) e adaptação ($p=0.0000$).

5.7- Análise dos componentes principais da escala

Para verificar se o questionário mantinha os dois conceitos (coesão e adaptação) do modelo teórico, as questões foram avaliadas através da análise dos componentes principais com dois fatores. Após este passo foi realizada uma análise fatorial sem determinar o número de fatores, cujos resultados foram analisados através do teste Mann-Whitney U-Wilcoxon para verificar significância na diferença do valor de tendência central dos dois grupos. Além desse teste foi realizada a análise para comparar todos os fatores entre os grupos diagnósticos através da ANOVA (16, 34).

A **análise fatorial** de componentes principais com dois fatores a partir da versão real conforme o modelo teórico, demonstrou que os itens para coesão foram agrupados da seguinte forma: o fator 1, composto pelas 10 questões de coesão mais as questões 12 e 2 da adaptação; o fator 2, resultou em 9 itens da adaptação mais a questão 3 da coesão (vide tabela 14).

Para a versão ideal, o fator 1, formado predominantemente por questões relacionadas à coesão, incluiu as questões número 32 e 40; o fator 2, composto em sua maioria por questões de adaptabilidade, incluiu questões referentes à coesão (questões 35, 21, 23) (Tabela 15).

No grupo controle, ao realizarmos a análise fatorial da versão real, encontramos o fator 1 com uma grande concentração de questões provenientes da coesão e mais a questão 14 da adaptação, e o fator 2 com as restantes 9 questões da adaptação (Tabela 16). Já na versão ideal, o fator 1 é composto em sua maioria pelas questões referentes à coesão ideal, incluindo as questões 32, 36, 38. O fator 2, composto pelas outras questões da adaptação mais as questões de número 21 e 23 (Tabela 17).

No grupo de casos o questionário da versão real, o fator 1 foi composto de questões referentes à coesão e a questão 14; O fator 2 foi composto pelas restantes questões referentes à adaptação (Tabela 18). No questionário da versão ideal, o fator 1 foi composto na sua maioria de perguntas relacionadas à coesão, adicionando a questão 32 e 38; O fator 2 foi composto pelas demais questões referentes à adaptação mais a questão 21 e 23 (Tabela 19).

O estudo do questionário através da análise fatorial sem determinar número de fatores, não apresentou agrupados constituídos pelos itens relacionados aos construtos do modelo teórico (coesão e adaptação). Os fatores formados foram em número de 8, cada um com poucas questões e sem correlação com os conteúdos teóricos, ou qualquer outro conceito derivado do próprio agrupamento. Isto tornou impossível qualquer tipo de análise entre os sujeitos com infertilidade e os

"normais", já que os fatores formados não apresentaram sentido clínico (Tabela 24 a 27). Além disto, estes grupamentos foram constituídos de itens muito diferentes no grupo de inférteis em relação ao de "voluntários", impossibilitando comparações por escores de fatores. O questionário FACES III não manteve os dois eixos do modelo circumplexo estudados por Olson e colaboradores.

Tabela 14. Análise dos componentes principais através da análise fatorial com rotação varimax para os itens do questionário FACES III (versão real) com 146 sujeitos (casos e controles)

	FACTOR 1	FACTOR 2
Q9	.73995	
Q13	.72113	
Q11	.58457	
Q19	.56313	
Q15	.49427	
Q5	.47994	
Q12	.43969	
Q1	.42933	
Q7	.42226	
Q2	.33163	
Q17	.26301	
Q20		-.61534
Q10		.52481
Q16		.48947
Q8		.47566
Q14		.47321
Q4		.35288
Q18		-.33972
Q3		-.24871
Q6		.16983

Tabela 15- Análise dos componentes principais através da análise fatorial com rotação varimax para os itens do questionário FACES III (versão ideal) com 146 sujeitos (casos e controles)

	FACTOR 1	FACTOR 2
Q33	.67672	
Q29	.67613	
Q39	.65106	
Q25	.56291	
Q31	.55732	
Q32	.52787	
Q27	.47837	
Q37	.42870	
Q40	.15383	
Q30		.58270
Q34		.56788
Q26		.53306
Q35		.48041
Q36		.47378
Q24		.42140
Q22		.40124
Q28		.38438
Q21		.36368
Q23		.29663
Q38		-.24656

Tabela 16- Análise dos componentes principais através da análise fatorial com rotação varimax para os itens do questionário FACES III (versão real) no grupo controle

	FACTOR 1	FACTOR 2
Q9	.70962	
Q19	.65097	
Q11	.64215	
Q13	.61565	
Q7	.60215	
Q15	.58058	
Q5	.53858	
Q1	.42780	
Q14	-.29628	
Q17	.21099	
Q3	.05737	
Q12		.62266
Q20		-.51054
Q2		.50102
Q18		-.49636
Q16		.48314
Q6		.44119
Q8		.42680
Q4		.42419
Q10		.32973

Tabela 17- Análise dos componentes principais através da análise fatorial com rotação varimax para os itens do questionário FACES III (versão ideal) no grupo de controles

	FACTOR 1	FACTOR 2
Q29	.69736	
Q33	.61023	
Q39	.60996	
Q31	.59653	
Q32	.57923	
Q25	.57019	
Q35	.55317	
Q37	.54534	
Q27	.48126	
Q36	.27461	
Q38	-.11272	
Q30		.70477
Q34		.64993
Q24		.49785
Q26		.47695
Q28		.42049
Q21		.39716
Q22		.28944
Q23		.24384
Q40		-.05355

Tabela 18- Análise dos componentes principais através da análise fatorial com rotação varimax para os itens do questionário FACES III (versão real) com 46 sujeitos (grupo de casos)

	FACTOR 1	FACTOR 2
Q9	.66030	
Q19	.64341	
Q11	.61291	
Q7	.58911	
Q15	.55217	
Q13	.50458	
Q1	.49506	
Q5	.47344	
Q14	-.32018	
Q17	.24157	
Q3	-.11403	
Q12		.67659
Q2		.53962
Q18		-.51258
Q6		.48728
Q20		-.44564
Q16		.44493
Q8		.40960
Q4		.40220
Q10		.28264

Tabela 19- Análise dos componentes principais através da análise fatorial com rotação varimax para os itens do questionário FACES III (versão ideal) com 46 sujeitos (grupo de casos)

	FACTOR 1	FACTOR 2
Q29	.71715	
Q33	.62400	
Q39	.60538	
Q31	.58881	
Q25	.58146	
Q32	.55741	
Q35	.53019	
Q37	.50196	
Q27	.48184	
Q38	-.11818	
Q30		.70389
Q34		.63259
Q24		.50774
Q26		.48901
Q21		.42102
Q28		.37944
Q22		.30967
Q23		.25530
Q36		.25142
Q40		.02765

5.8- Análise discriminante

As questões e as variáveis demográficas, também, foram testadas através da análise discriminante (68). para detectar aquelas que apresentavam maior poder de discriminação entre dois grupos. As questões que apresentaram maior poder foram analisadas pelo teste U-Wilcoxon Mann Whitney para verificar a diferença dos “rankings” entre os grupos (16, 35).

Como resultado da análise discriminante, obteve-se as variáveis com índice maior que 0.1: instrução (.62051), q38 (-.23059), q36 (.22002), q22 (.17045), q35 (.16813), q29 (-.15967), q16 (.14979), q25 (-.14631), q24 (.13353), q2 (.11306), anos de união (-.11038), q14 (.10908), q23 (.10319), q3 (.10318), q18 (-.10260) (Tabela 28). Se usadas todas as variáveis, incluindo as que apresentaram índice menor a 0.1, obteve-se o percentual de classificação correta de 92,47%. Se usada somente a variável grau de instrução, este percentual de classificação foi de 75,34% (Tabela 29). Portanto a variável grau de instrução foi a que apresentou o maior poder de diferenciação, restando para as demais variáveis, i.e., todas as questões do FACES III, um percentual de classificação correta muito baixo, 17,13%.

Para controlar a variável grau de instrução resultante da forma de seleção da amostra, usou-se o teste de covariância da MANOVA. O resultado foi de correlação com as respostas nas questões 24 ($p=0.016$), 30 ($p=0.05$) e 36 ($p=0.12$).

Tabela 28- Análise discriminante das variáveis entre grupo controle e grupo de casos (a tabela demonstra as variáveis e o valor do índice da discriminante)

Variáveis	Valor do índice
INSTRU	.62051
Q38	-.23059
Q36	.22002
Q22	.17045
Q35	.16813
Q29	-.15967
Q16	.14979
Q25	-.14631
Q24	.13353
Q2	.11306
UNIAO	-.11038
Q14	.10908
Q23	.10319
Q3	.10318
Q18	-.10260
Q32	.09305
Q9	.09105
Q33	-.08756
Q30	.08025
Q34	.07838
Q5	.07355
Q10	-.07063
Q20	-.06831
Q21	.06681
Q1	.06578
Q26	.06384
Q40	-.05880
SEXO	.05872
Q8	.05804
Q27	-.05652
Q12	.05125
Q37	-.04719
Q39	-.04417
IDADE	-.03936
Q4	.03769
Q6	-.03144
Q15	.02705
Q17	.02007
Q28	.01980
Q13	.01605
Q19	-.01403
Q7	-.01363
Q31	.00974
Q11	-.00067

Tabela 28b-Resultado da classificação da análise discriminante, nos grupos, em número absoluto e percentagem para todas as variável do estudo

Grupo/número de sujeitos	n	Controles	Casos
Grupo Controle	100	93 (93.0%)	7 (7.0%)
Grupo Casos	46	4 (8.7%)	42 (91.3%)

percentual de classificação correta entre os grupos: 92.47%

Tabela 29- Resultado da classificação da análise discriminante, nos grupos, em número absoluto e percentagem para variável **instrução**

grupo/predição do diagnóstico	Número de casos	controle	casos
grupo controle	100	68 68%	32 32%
grupo de casos	46	4 8,7%	42 91,3 %

Percentual de classificação correta: 75,34%

Para identificar as questões com diferença estatística entre grupo controle e grupo de casos, usou-se o teste U-Mann Withney. Entre as questões com índice maior ou igual a 0.1 na análise discriminante, foi encontrado como resultado diferença estatística entre as questões Q38($p=0.0004$), q36 ($p=0.0011$), q22($p=0.0068$), q35 ($p=0.0107$), q29 ($p=0.0047$), q16 ($p=0.0153$), q25 ($p=0.0194$), e q24 ($p=0.0198$). Porém a questão 2 com um poder de

discriminação de 0.11 não apresentou diferença significativa entre os grupos com valor de p de 0.06 (Tabela 30).

Tabela 30 Análise através do teste U-Mann Whitney das questões com maior poder para discriminar entre grupo de casos e de controles

Variável	Índice discriminante	mediana dos controles	mediana dos casos	valor de p
Q38	-0.23059	65.76	90.33	0.0004
Q36	.22002	80.22	58.89	0.0011
Q22	.17045	76.31	67.39	0.0068
Q35	.16813	77.57	64.64	0.0107
Q29	-.15967	68.35	84.70	0.0047
Q16	.14979	78.68	62.24	0.0153
Q25	-.14631	69.18	82.89	0.0194
Q24	.13353	77.51	64.78	0.0198
Q2	.11306	77.23	65.39	0.0687

5.9- Análise dos padrões diagnósticos

A análise da distribuição do grupo de questões que apresentou maior diferença de escores foi realizada através do teste de heterogeneidade χ^2 com correção de Yates e após foram calculadas a sensibilidade, especificidade e valores preditivos.

Foram também determinadas as especificidades e sensibilidades de cada ponto de corte e então foi construída uma curva ROC (receiver operating curve) (35, 36, 46).

Os valores diagnósticos, especificidade e sensibilidade, do questionário da versão ideal e versão real foram estudados a partir da curva ROC (receiver operating curve). Encontrou-se valores baixos para especificidade e para sensibilidade no diagnóstico da síndrome do comportamento relacionado à infertilidade nos dois questionários (Figure 17-20).

Além da curva ROC, foi utilizado o teste U-Mann Whitney a fim de analisar os rankings dos escores das variáveis com índice maior do que 0,1, provenientes da análise discriminante, e estimar-se a sensibilidade e a especificidade destas questões. A partir das respostas do grupo controle, os pontos de corte foram realizados da seguinte forma: (1) pelo somatório das oito questões (q38,q36, q22, q24, q25, q29, q35, q16) admitindo para problema a possibilidade de 4 questões positivas; (2) pelo somatório das oito questões (q38,q36, q22, q24, q25, q29, q35, q16) admitindo para problema 3 questões positivas; (3) pelo somatório das questões 38 e 36 que apresentaram maior poder de discriminação.

Após χ^2 com correção de Yates, no primeiro, segundo e terceiro caso não houve resultado significativo: no primeiro caso a sensibilidade foi de 50% e a especificidade, de 58%; no segundo caso a sensibilidade foi de 89.13% e a especificidade, de 30%; no terceiro caso a sensibilidade foi de 50% e especificidade, de 77%.

Fig 17

CURVA ROC DA VARIÁVEL COESÃO

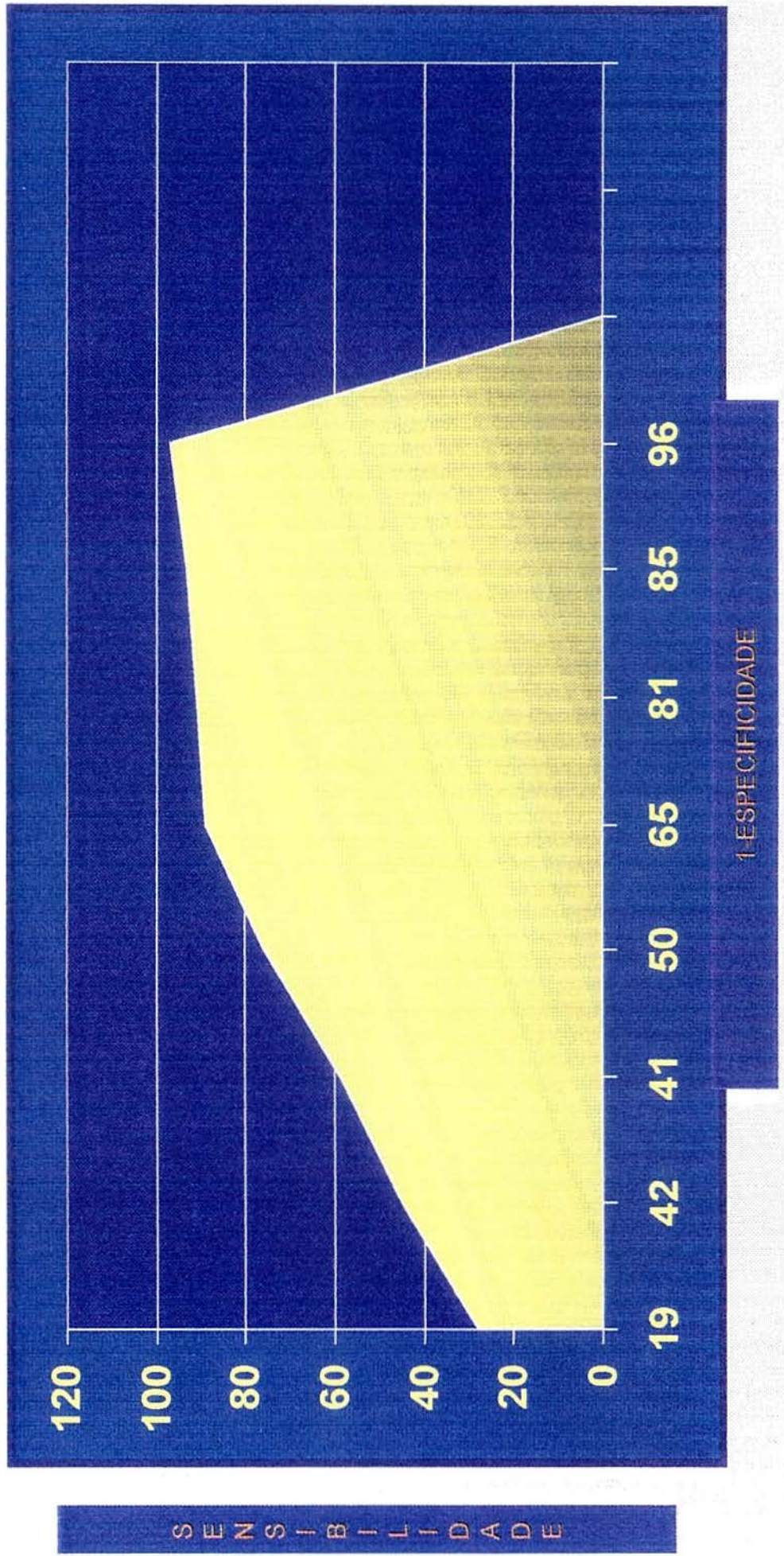


Fig 18

CURVA ROC DA VARIÁVEL COESÃO IDEAL

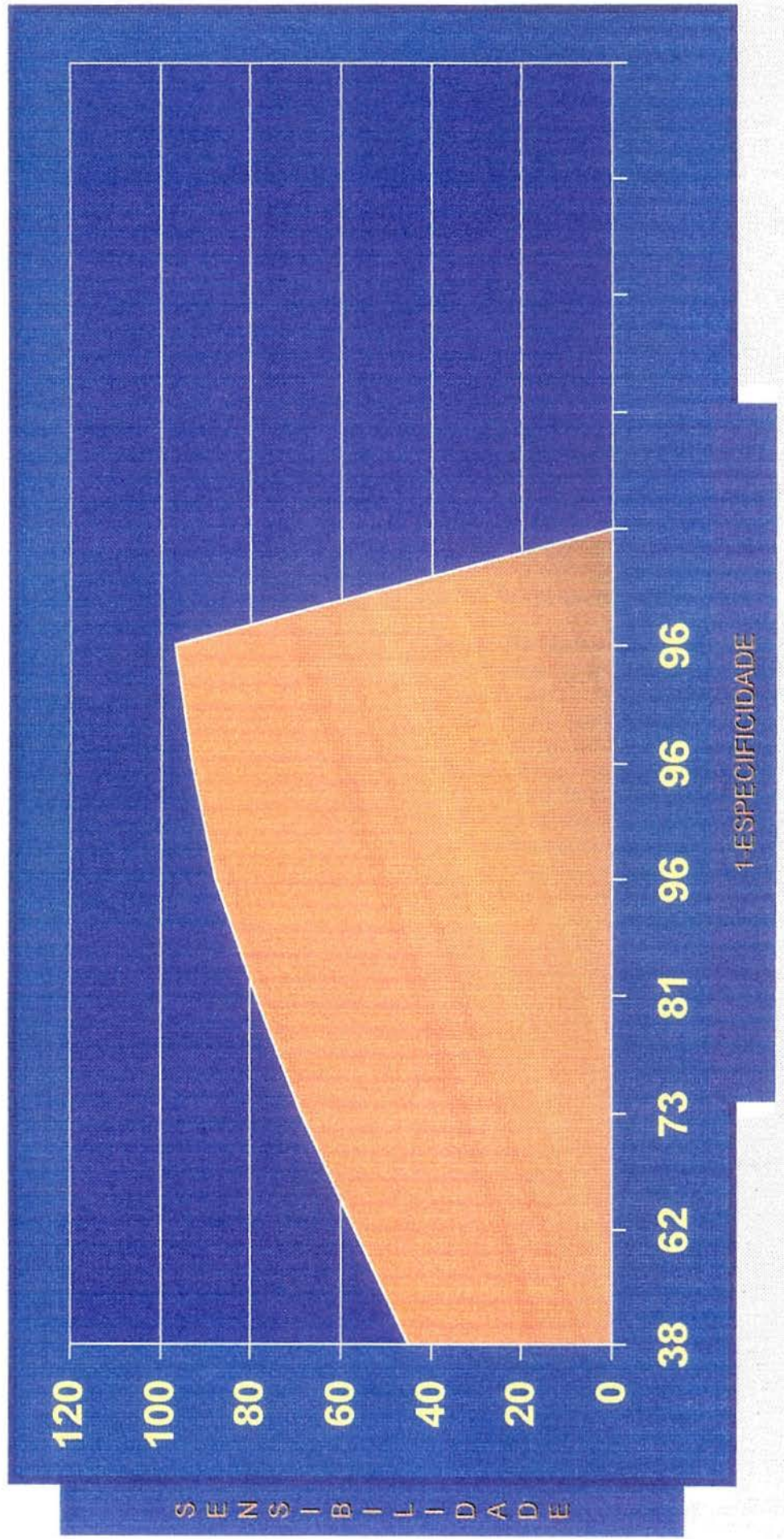


Fig 19

CURVA ROC DA VARIÁVEL ADAPTAÇÃO

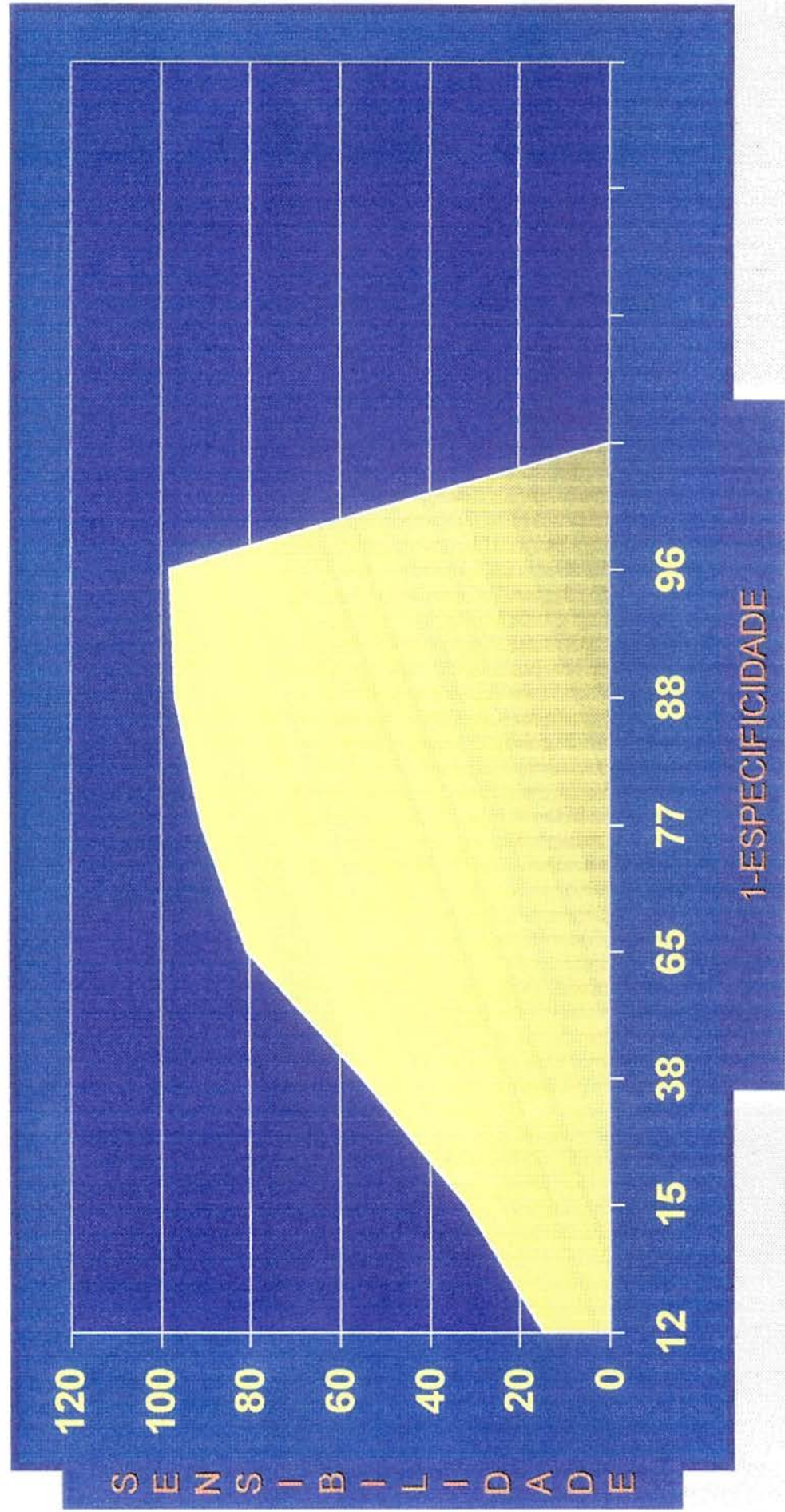
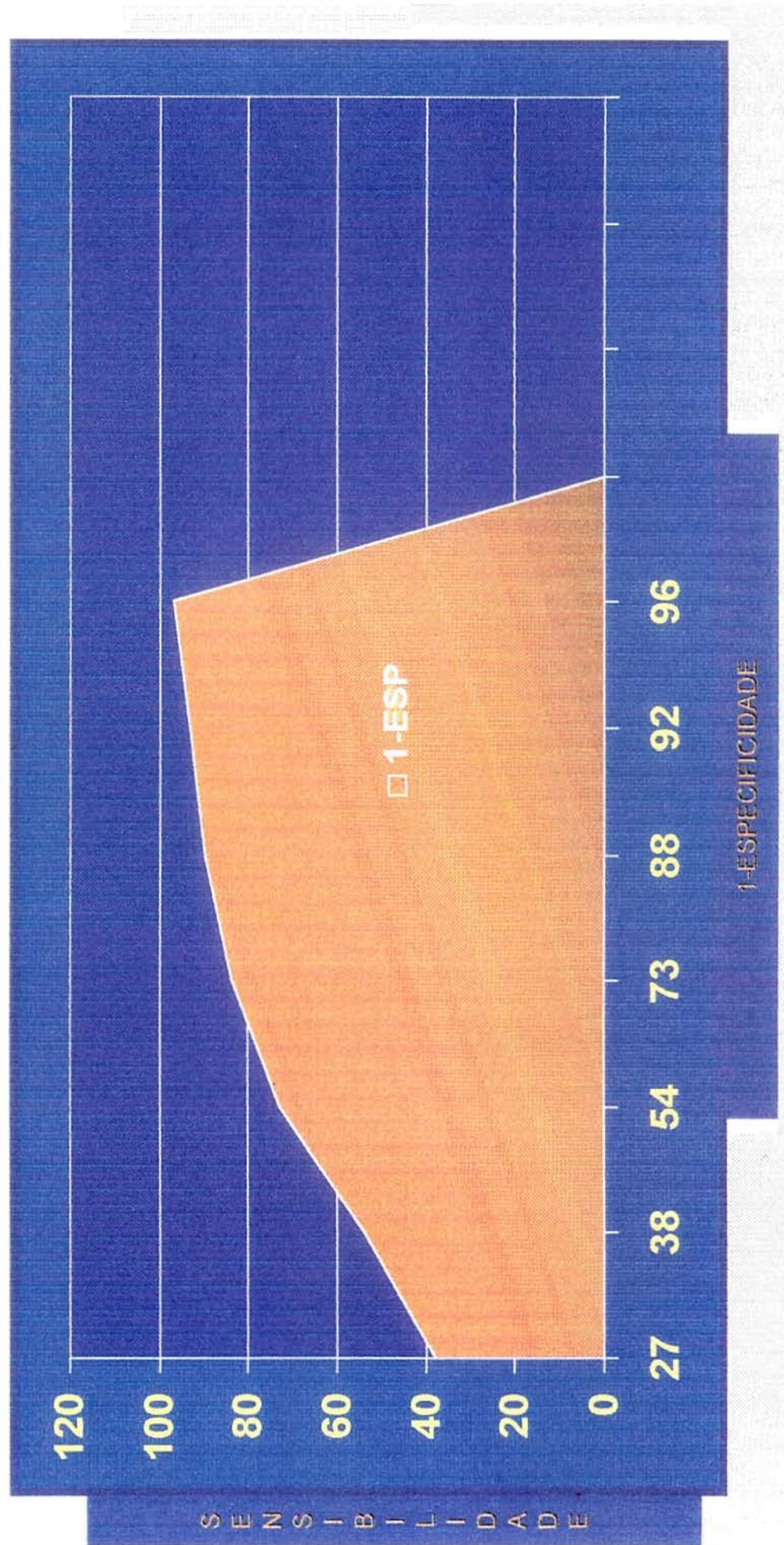


Fig 20

CURVA ROC DA VARIÁVEL ADAPTAÇÃO IDEAL



As questões usadas no terceiro caso (questão 36 e 38) foram analisadas através da análise de covariância da MANOVA para verificar associação com as variáveis instrução, anos de união e idade encontrou-se associação significativa entre a questão 36 e a idade ($p=0.03$): os escores mais altos foram para os sujeitos com maior idade. A idade foi uma variável de distribuição homogênea nos controles e casos.

5.10- Análise da avaliação da entrevista pelos psiquiatras

A concordância da avaliação dos psiquiatras e destes com a classificação resultante do questionário foi analisada através do teste de correlação de Spermann e através do teste de heterogeneidade χ^2 com correção de Yates (35).

Os dois avaliadores classificaram a entrevistas nas quatro categorias de coesão (desligada, separada, conectada e amalgamada) e de adaptação (caótica, flexível, estruturada e rígida). Em uma primeira fase da análise foi realizada, através do teste χ^2 para heterogeneidade, a concordância entre os avaliadores para as 16 categorias diagnósticas, como resultado obteve-se uma diferença significativa entre os dois psiquiatra. Em uma segunda fase da análise, essa classificação foi

reorganizada em três categorias: (1) funcional -flexível-separada, flexível-conectada, estruturada-separada, estruturada-conectada; (2) intermediária -caótica-separada, caótica-conectada, rígida-separada, rígida-conectada, flexível-desligada, flexível-amalgamada, estruturada-desligada, estruturada-amalgamada; (3) disfuncional -caótica-desligada, caótica-amalgamada, rígida-desligada, rígida-amalgamada. Após essa reorganização, através do teste χ^2 foi analisada a heterogeneidade entre a avaliação dos psiquiatras. Tanto no grupo controle como no grupo de casos, foi encontrada diferença estatística significativa ($p=0.0065$) na avaliação. Portanto, novamente, os dois avaliadores discordam, entre eles, na classificação diagnóstica.

A distribuição dessas três categorias no grupo controle e no grupo de casos foi igual, segundo a avaliação dos psiquiatras e do questionário. Portanto, contrário a nossa hipótese inicial, não houve uma maior prevalência de casais disfuncionais no grupo de casos.

No grupo de controles, a avaliação dos psiquiatras e a avaliação resultante do questionário, foram analisadas através do teste de Spearman. Encontrou-se uma correlação regular ($r=0.37$) entre os dois psiquiatras. Porém não foi estatisticamente significativo a correlação entre os psiquiatras e o questionário.

No grupo de casos, também, houve uma correlação regular ($r=0.49$) entre os psiquiatras, mas a correlação entre os psiquiatras e o questionário não foi significativa.

6. DISCUSSÃO

6.1- Justificativa

O questionário FACES III avalia a estrutura e funcionamento de casais usando duas dimensões teóricas: coesão e adaptação, conceitos amplamente empregados por terapeutas de família. Porém, as respostas observadas no questionário só são válidas para uma população na qual estes conceitos tenham sido testados.

Com base em dados retirados da nossa realidade, a adaptação do questionário FACES III redefine, para a população do estudo, os conceitos de estrutura e funcionamento. Tal redefinição é necessária porque não existe, no Brasil, um instrumento para aferir a variável relacionamento do casal, nem são conhecidos os parâmetros de normalidade que sustentem este modelo teórico.

Através da validação do instrumento avaliou-se a consistência dos conceitos de coesão e adaptação, imprescindíveis para diagnóstico de disfunção de relacionamento segundo este modelo teórico. Só a partir dessa redefinição poderia -se desfazer a confusão de conceitos entre clínica psiquiátrica e abordagem sistêmica.

6.2- Protocolo de Pesquisa

A variável relacionamento do casal para alguns pesquisadores constitui-se na própria causa do transtorno psiquiátrico; enquanto para outros é apenas grave consequência de transtorno psiquiátrico (65, 79, 81, 87, 91, 95). As opiniões se acumulam e se chocam. Apesar disso, é evidente que esta variável é importante para a grande maioria dos pesquisadores que trabalham com problemas sexuais, infertilidade, adoção, transtornos no pós-parto e transtornos mentais na infância (9, 90). Como não se dispunha de instrumentos prontos e localmente estudados para aferir essa variável, era necessária a validação da escala para ser usada em pesquisa e na prática clínica (20).

Além disso, existia também a hipótese de uma possível iatrogenia: a indicação de terapia sistêmica de casal ou de família quando existe um

transtorno psiquiátrico, principalmente, se envolve uma criança do grupo familiar. Tal inadequação de indicação talvez ocorra pelo fato de não existirem diagnósticos precisos para os transtornos mentais na infância (20, 46). Portanto, mais uma vez, o estudo da variabilidade da variável relacionamento do casal torna-se indispensável para a indicação de tratamento com Abordagem Sistêmica.

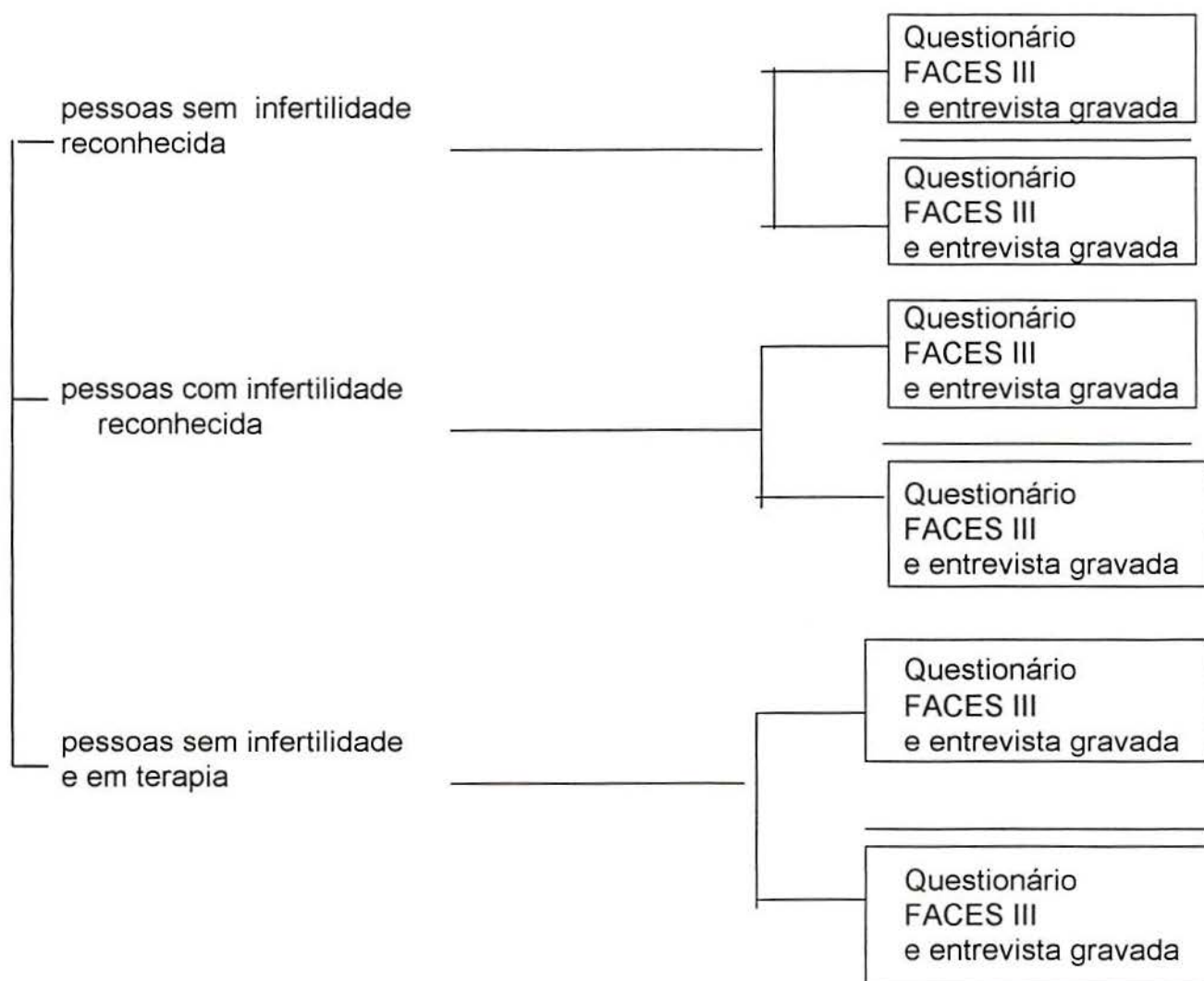
6.3- Delineamento

O estudo de caso-controle por não ter o intuito de testar uma relação causal (21, 33, 36, 47, 58, 82), foi utilizado como estratégia para resolver o problema da inexistência de um padrão ouro para esta condição (“disfunção de casal”) por isso partiu-se do desfecho clínico para garantir a presença de dois grupos diagnósticos: grupo no qual não existe infertilidade, e o grupo no qual existe a infertilidade (33).

Geralmente, os grupos escolhidos como controles, pela maioria dos pesquisadores, são compostos por famílias em tratamento psiquiátrico pelo fato de nelas existir um membro com doença mental. Isso, porém, cria seríssimas limitações metodológicas: os indivíduos ao se imbuírem dos conceitos de

coesão e adaptação (usados constantemente no tratamento) respondem ao questionário influenciadas pelas definições trabalhadas pelo seu terapeuta (corrente de conceitos empregada na técnica terapêutica) e não pelo comportamento assumido pela própria família ao se confrontar com o problema. Assim sendo, o questionário deveria ser aplicado a famílias durante crise de ciclo vital, mas não em tratamento psiquiátrico, isto é, não influenciados por nenhum tipo de definição de comportamentos padrão. A fim de completar a validação desta escala, bem como de testar a hipótese de que os conceitos podem ser aprendidos no tratamento, pretende-se, no futuro, avaliar o desempenho da escala num grupo constituído de pessoas que tenham problema no relacionamento conjugal, sem infertilidade, e que estejam em terapia baseada no modelo aqui apresentado (figura 5.1). A testagem desta hipótese torna-se importante para verificar a necessidade de intervenções preventivas em saúde mental, num plano não individual mas coletivo, deslocando do indivíduo para o grupo, o conceito de mínima unidade funcional, a fim de proporcionar um uso racional e verdadeiramente efetivo de medidas terapêuticas.

FIGURA 6.1 Diagrama do delineamento do estudo.



6.4- Controle dos Erros Sistemáticos

6.4.1-Viés de Seleção

6.4.1.1-Amostra

Para a definição da amostra, selecionada de forma aleatória, foi calculado o tamanho da amostra (N), bem como controlados os erros sistemáticos (vício de seleção e de aferição) (82).

Para o cálculo do "N" não existiam parâmetros disponíveis de prevalência do desfecho, nem do tipo de distribuição do mesmo, portanto o tamanho da amostra, para esse estudo, foi calculado duas vezes: cálculo inicial e final. Para o cálculo inicial, fez-se uma hipótese teórica com base nos seguintes parâmetros: (1) 2% de exposição do fator nos controles; (2) 10% de diferença mínima entre o grupo controle e grupo de casos; (3) 90% de erro β ;

(4) 5% de erro α (26), tendo-se obtido valores de 220 sujeitos para controles e 110 sujeitos para o grupo de casos.

Para o cálculo final realizado por programa epidemiológico (EPI-INFO 6.0) (26), utilizou-se como índice de exposição os resultados do melhor valor diagnóstico obtido para coesão e adaptação nos grupos estudados (questão 38 -com poder de discriminação de 0,23, mediana nos controles de 65,76 e mediana nos casos de 90,33- e a questão 36 -com poder de discriminação de 0,22, com mediana nos controles de 80,22 e com mediana nos caso de 58,89). O somatório das questões 36 e 38 apresentou uma sensibilidade de 50% e especificidade, de 77%. Portanto, foi usado para o cálculo da amostra o comportamento de casais sem filhos de uma amostra de nossa população com características culturais próprias em relação aos conceitos de coesão e adaptação. Como resultado obteve-se 82 controles e 41 casos, ficando aquém do tamanho amostral realizado, que foi de 100 controles e 46 casos (26).

Porém, para que não ocorresse viés de seleção, não poderíamos ter cuidado, somente, com o tamanho da amostra, também era preciso ter, para validação do questionário, uma amostra homogênea, com critérios de exclusão e inclusão bem-definidos (vide capítulo metodologia critérios de exclusão e inclusão). Além do cuidado com o tamanho e a seleção da amostra, foi preciso escolher uma população que pudesse satisfazer aquilo que é essencial para

todo e qualquer trabalho científico: precisão nas respostas. Para tal, os sujeitos da amostra foram entrevistados separadamente e em local isolado, a fim de que a intimidade do casal (conteúdo do questionário) fosse relatada de forma fidedigna (20).

Portanto, essa amostra não pode, de modo algum, ser considerada como uma representação geral do que se encontra na população. ou seja os resultados descritos deste trabalho não podem ser generalizados a todos os casais sem filhos, em função das restrições realizadas à amostra com o intuito de torná-la o mais homogênea possível (36).

6.4.1.2- Seleção dos Casos: Infertilidade como Classe Latente

Além do estresse provocado pela transição através dos estágios do ciclo vital, o sistema familiar pode passar por crises “externas” como infertilidade, crise econômica, morte ou doença de algum dos membros. Esses estressores podem provocar mudanças nas relações no sistema familiar. O

quanto podem modificar vai depender tanto da intensidade do estressor como da capacidade de adaptação dos indivíduos.

A crise com a infertilidade advém do fato de o casal saber-se infértil e tem como conseqüências os seguintes aspectos cognitivos e comportamentais: 1, alteração do funcionamento psicológico (somatização, obsessão-compulsão, depressão, ansiedade, agressividade, ideação paranóide, entre outros); 2, a disfunção e a insatisfação sexual (sentimento de inadequação sexual, e, as vezes, com impotência sexual masculina); 3, insatisfação e desajustamento maritais (diminuição da compreensão em relação aos problemas do casal, diminuição da flexibilidade, etc.). Nos estudos de Judith Daniluk, estes aspectos não apresentaram relação com a fase do tratamento, e podiam aparecer em qualquer fase, de forma independente do prognóstico do problema doença (18, 25).

Além disso, o estudo de Daniluk mostrou que o tratamento psicológico foi considerado importante pelos casais inférteis estudados: 96,6% gostaria de acompanhamento psicológico, sendo que 61,9% destes desejariam fazê-lo em forma de terapia de casal, e 20,4% em tratamento individual. Assim, ao ser oferecida a oportunidade de tratamento, os pacientes tendem a desejá-lo, apesar de não saberem a necessidade clínica do mesmo (25). Por esta corrente, a reação de ajustamento à infertilidade toma proporções de doença

mental. No entanto, todas estas conclusões têm sido baseadas nos resultados de estudos metodologicamente comprometidos com a própria corrente de pensamento, a partir dos quais são então generalizados para todo e qualquer casal que lida com infertilidade.

6.4.2-Viés de aferição: padrão ouro e efeito do conhecimento da condição do entrevistado pelo avaliador(“cegueira”).

“A avaliação da acurácia de um teste baseia-se na sua relação com algum método que determina se a doença ou condição clínica está ou não realmente presente”. Esse método, um indicador mais fiel da verdade, é denominado de “padrão-ouro”, “gold standard” ou “teste padrão” (36).

O que mais freqüentemente tem sido usado como exemplo de padrão-ouro na prática médica são exames como, por exemplo, a pesquisa em cultura de material da orofaringe para identificar faringite estreptocócica. Neste caso, o padrão-ouro é simples e barato, porém, para a maioria das doenças, principalmente as crônicas e/ou degenerativas, este método pode ser extremamente invasivo e caro (36). Nestas situações, portanto, o resultado do

acompanhamento num estudo de coorte pode ser o melhor teste para determinação do diagnóstico (36).

Em psiquiatria, na maioria das vezes, o padrão-ouro não é um marcador biológico, e se isto ocorre pode torna-se extremamente invasivo e caro. Outras vezes, porém, o padrão-ouro pode ser um teste simples, de baixo custo e não invasivo, como o uso de escalas. Portanto o estudo da escalas deve ser metodologicamente rigoroso e cientificamente preciso (20).

Às vezes, na tentativa de ser rigoroso, os estudos de validação tornam-se confusos. É aplicado um raciocínio, denominado por Fletcher de "circular" (36), para estabelecer a validade de um teste, isto é, o resultado de uma escala é comparado com uma avaliação clínica de um *clínico senior*. Depois, o resultado da escala é usado para validar o diagnóstico clínico deste *senior*. Assim devido ao "raciocínio circular", o padrão-ouro não é definido (36).

Além da avaliação clínica, no estudo de validação de escalas, o padrão-ouro pode ser tanto a "responsividade" quanto a "classe-latente". Responsividade é quando a capacidade de mudança do valor de um teste ocorre a partir de mudanças clínicas bem estabelecidas (paciente com dor passa a não ter esta queixa após uso de analgésico) (36). Classe-latente é quando há fenômenos identificados através de um comportamento, como por

exemplo estados emocionais (felicidade, tristeza), habilidade intelectual (inteligência, 'burrice'), ou quando estados de doença "não-observáveis" (conjunto de comportamentos e de situações bem-definidas e relacionadas a um determinado estado) estão presentes (21, 33).

Neste trabalho, escolhemos para classe latente a infertilidade pelo fato de estar associada a mudanças cognitivas e comportamentais descritas na literatura. Além da classe-latente, como padrão-ouro, foi usada a avaliação de dois psiquiatras "senior", realizada especificamente para o estudo, de forma independente e cega, através de entrevistas gravadas em audio-cassete.

6.4.3-Viés de Confusão

As principais variáveis potencialmente confundidoras, como idade, grau de instrução, anos de união e sexo foram controladas através dos critérios de seleção da amostra (ver acima) e através da análise estatística (ver Resultados).

6.5-Resultados

A variável anos de instrução completos e anos de união, apesar de terem apresentado uma diferença entre casos e controles não interferiu nos resultados encontrados na análise da distribuição das categorias diagnósticas (coesão, coesão ideal, adaptação, adaptação ideal) entre os grupos com e sem infertilidade.

Porém a análise da associação entre o grau de instrução e os escores de adaptação mostrou existência de diferenças, na qual pessoas com menor escolaridade apresentam escores menores de adaptação, mensurada através da média do somatório das questões pares. Portanto, isto, e os demais achados de estudos transculturais e do impacto da escolarização sobre o desempenho em escalas que avaliam sintomatologia subjetiva (20, 21, 29), levam mais uma vez a pensar que a escolaridade possa ser mais um aspecto básico para a interpretação de conceitos e definição de valores. Este estudo não tinha por objetivo avaliar associação da escolarização com os padrões teóricos de relacionamento de casais, apenas procurou controlar um potencial confundidor, além disto não se dispunha de estudos prévios avaliando aspectos culturais, educacionais ou sociais sobre o desempenho nestas escalas, nem sobre a presença do modelo função/disfunção do casal como resultante do balanço entre coesão e adaptação (15, 16, 22, 24). Seria de extrema importância que estudos desta natureza fossem desenvolvidos para

que as propostas terapêuticas atualmente em prática sejam realmente fiéis às necessidades das diferentes comunidades.

Outras variáveis socio-culturais, como idade, anos de união, e procedência, poderiam potencialmente estar associadas, porém esta hipótese tem de ser testada num estudo com maior representação destas variáveis (84).

Os construtos coesão e adaptação, como já citado no item Introdução, são conceitos usados por todas as tendências da terapia de casal e família (31, 32). Estes construtos não foram eficientes através dos itens da escala para diferenciar as pessoas casadas com diagnóstico de infertilidade potencialmente portadoras de uma síndrome comportamental que afeta o relacionamento do casal de pessoas sem problemas de infertilidade. Além disso, quando as entrevistas foram avaliadas por dois psiquiatras independentes com conhecimento do assunto e cegos quanto a condição da amostra e objetivos do estudo, os critérios atribuídos à identificação dos conceitos (coesão e adaptação) e auxiliados por um roteiro de itens a ser avaliados, resultaram em identificações muito diferentes, pois pessoas que foram julgadas disfuncionais por um avaliador, foram funcionais para o outro, e vice-versa. A maioria dos estudos encontrados na literatura apresentam defeitos metodológicos estruturais graves, i.e., avaliadores não cegos para as condições em estudo, constituindo-se, portanto, em erro de aferição seríssimo (8,12, 13, 14, 15, 22, 25, 27, 28, 36, 38, 41, 49, 59, 60, 67, 76, 82, 87, 92).

Outro aspecto importante a ser salientado é quanto a análise de componentes principais da escala FACES III, pois na análise fatorial para 2 fatores percebemos a formação de construtos que não mantinham os parâmetros do modelo de Olson, pois observou-se mistura das questões. Na análise sem definição do número de fatores (modelo fatorial livre, com definição de parâmetros mínimos de interação interna no grupo) formaram-se construtos sem sentido, completamente diferentes do modelo e completamente diferentes entre os dois grupos. Não foi possível formar categorias de poder discriminativo para casos e controles.

A intensidade dos escores obtidos pelo somatório das questões que constituíam estes fatores não apresentou diferenças significativas entre os grupos. Os níveis de correlação entre as categorias foram fracos, e, portanto, sem significância clínica. O maior nível de correlação ($r=0,42$) encontrado foi entre adaptação e coesão ideais no grupo de casos, o que também não apresenta importância clínica, já que a interpretação clínica da análise de correlação positiva (ou direta) é que houve uma relação espacial entre estes escores (quanto maior o nível de adaptação, maior o de coesão) em aproximadamente 42% dos sujeitos.

A escala FACES III através do agrupamento dos itens pelas 16 categorias funcionais não se mostrou hábil para diferenciar o grupo controle (casais que não se sabem inférteis) do grupo de casos (casais inférteis). Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos, na análise destas 16 categorias, encontrando-se apenas uma diferença na categoria rígida-separada, mas isto possui um valor clínico muito pequeno para um instrumento que pretende ser diagnóstico. Na avaliação por três categorias diagnósticas de resultante comportamental: funcional, intermediária, e disfuncional, não houve diferença entre os dois grupos. Pela análise fatorial, os construtos resultantes desta análise não apresentaram poder de diferenciação para os grupos, enquanto pela análise discriminante obtêvesse como resultado um percentual de classificação correta de 92,47%, sendo o grau de instrução o maior responsável pela discriminação entre os grupos: 75,34%. Assim, restou pouquíssimo poder para as questões, mas apesar disso, realizou-se análise das questões com maior poder de discriminação. Novamente não foram encontrados valores de sensibilidade e especificidade adequados para diagnóstico. Desta forma, o FACES III não é útil para aplicação clínica, e muito menos para investigações, pelo menos para sujeitos com características semelhantes aos da amostra estudada. Poderia-se também questionar a existência da síndrome comportamental de casal provocada por infertilidade, pois se considerarmos que os conceitos teóricos avaliados pela escala são realmente verdadeiros, então a classe-latente utilizada não é padrão-ouro. No

entanto, do ponto de vista teórico, infertilidade está relacionada a manutenção de um comportamento primitivo e básico para a imensa maioria dos seres vivos, que é a reprodução e perpetuação da espécie (4, 7, 18, 19, 30, 34, 52, 56, 59, 70).

Ao se analisar a diferença entre os questionários que avaliam a percepção real e o que se desejaria como ideal, observou-se escores significativamente mais altos para as questões do ideal, tanto no grupo de controles como no de casos. Comparando com outros estudos, como os realizados por Olson (71, 72, 73, 74, 75), percebe-se que no nosso meio, representado pelas amostras estudadas, os níveis ideais de relacionamento são muito mais elevados (produzindo maior número de categorias disfuncionais segundo o modelo) do que em outros países: este nosso "normal" seria classificado como patológico. O mesmo não foi observado com o questionário que avalia o real, pois aplicando-se os "cortes" propostos pela literatura observa-se uma coincidência com a distribuição de normalidade de outras culturas. Ideal, para nossa cultura, parecem ser índices de coesão maiores (amalgamados) e menores de adaptação (caótico).

Apesar do empenho em refutar a hipótese nula (semelhança entre os grupos), do ponto de vista metodológico, i.e., delineamento do estudo, e estatístico pelo grande número de formas diferentes de analisar os dados, isto

não ocorreu. Sugere-se que novos estudos, utilizando grupos de casais em tratamento pelo modelo, avaliação do impacto educacional e sócio-econômico, e da idade sobre o desempenho na escala devam ser conduzidos antes que se proponha abandonar definitivamente o modelo.

7. CONCLUSÃO

1.A escala FACES III na Língua Portuguesa não manteve a formação dos conceitos de coesão e de adaptação.

2. As respostas nas questões, neste estudo, não sofreram influência das variáveis sexo, idade, anos de união do casal e grau de instrução;

3. Não houve diferença na percepção da estrutura do casal, entre sujeitos que estão em acompanhamento por infertilidade e os que não apresentam esta queixa de forma manifesta (independente de ser ou saber ser infértil);

4. As pessoas casadas sem filhos, nesta população, apresentam maior escore nas resposta de cada item da escala em comparação com a população Norte Americana, portanto se a escala fosse hábil para avaliar a estrutura e funcionamento familiar, os casais amalgamados-rígidos seriam os mais prevalentes. Esse diagnóstico seria também o mais desejados;

5. A concordância entre os dois psiquiatras, e desses com a classificação resultante do questionário foi muito pequena. Portanto a confiabilidade do que seja coesão e adaptação é muito pequena. Logo esses conceitos não são adequados para diagnóstico de problema e muito menos poderão ser usados para indicação de tratamento psiquiátrico ou psicoterápico.

8. BIBLIOGRAFIA

1. ABBEY, A.; HALMAN L.J.; ANDREWS F.M. Psychosocial, treatment, and demographic predictors of the stress associated with infertility. *Fertil. Steril.*, v. 57, n. 1, p. 122-128, 1992.
2. ABREU, P. et al. Distúrbio emocional em adolescentes e sua relação com disfunção familiar: estudo em rede escolar pública de Porto Alegre. *Rev. Psiquiatr. RS*, v. 13, n. 2, p. 83-91, maio/ago. 1991.
3. ANDREWS F.M.; ABBEY, A.; HALMAN L.J. Is fertility-problem stress different? The dynamics of stress in fertile and infertile couples. *Fertil. Steril.*, v. 57, n. 6, 1247-1253, 1992.
4. ARDONE, R.; D'ATENA, P. IL sistema familiare nella fase dell'adolescenza: Un contributo di ricerca. The family system during adolescence: a contribution to research. *Terap. Fam.*, v. 8, n. 3, p. 19-36, 1988.
5. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NB-66 Referências Bibliográficas**. Rio de Janeiro: ABNT, 1989. 9p.
6. BARROS F.C.; VICTORA G.G. **Epidemiologia da saúde infantil um manual para diagnóstico comunitário**. São Paulo: Huncitec-Unicef, 1991. p. 125-136

7. BEE, H. **O ciclo vital**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p 450
8. BEM, D.A.; SPRENKLE, D.H. How do they (participants) understand our (researchers) intentions? A qualitative test of the curvilinear assumptions of the adaptability items of the FACES III. **Am. J. Fam. Ther.**, v. 21, n. 1, p.17-26, 1993.
9. BERGA, S.L.; PARRY, B.L. Psychiatry and reproductive medicine 1693-1706. In: KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J. **Comprehensive Textbook of Psychiatry**. 6. ed. New York: Williams & Wilkins, 1995.
10. BÍBLIA Sagrada. A.T. **Gênesis**. Santiago: Editora Sociedade bíblica, 1982. Cap. 1, p. 6 .
11. BOIVIN, J.; TAKEFMAN, J.E. Impact of the in-vitro fertilization process on emotional, physical and relation variables. **Human Reprod.**, v.11, n. 4, p. 903-907, 1996.
12. BOIVIN, J.; TAKEFMAN, J.E. Stress level across stage of in vitro fertilization in subsequently pregnant and nonpregnant women. **Fertil. Steril.**, v.64, n. 4, p. 802-810, 1995.
13. BOMBA, A.K.; MORAN, J.D.; GOBLE, C.B. Relationship between familial style and creative potential of preschool children. **Psychol. Rep.**, v. 68, n. 3, p. 1323-1326, 1991.
14. BRANDT, B.R. Mothers of primary school children with Down's syndrome. **Acta Psychiatr. Scand.**, v.78, p. 102-108, 1988.
15. BROCK, G.W.; BEAVERS, T. Family evaluation scale. **Am. J. Fam. Ther.**, v. 14, n. 3, p. 271-273, 1986.
16. BUURMEYER, F. A.; HERMANS, D.C. De Gezins Dimensie schalen als hulpmiddel bij gezindiagnostiek. The family dimension scale as an aid to family diagnosis. **Tijdschr. Psychother.**, v. 11, n. 5, p. 336-346, 1985.

17. CALEGARI, S.; WAGNER M. **Notas de aula de bioestatística**. 1996.
18. CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. **As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
19. CAVALCANTI R.C. Aspectos psicológicos da esterilidade. In: FERRARI, A.N. **Esterilidade Conjugal**. São Paulo: Roca, 1991. p. 323-341.
20. CHAVES M.L.F. Memória humana: aspectos clínicos e modulação por estados afetivos. **Psicologia USP**, v. 4, n. 1-2, p. 139-169, 1993.
21. CHAVES M.L.F.; IZQUIERDO, I. Differential diagnosis between dementia and depression: a study of efficiency increment. **Acta Neurol. Scand.**, v. 85, p. 378-382, 1992.
22. CIGOLI, V.; BINDA, W.; MARTA, E. Marital relationships and type II diabetes. **Fam. Sys. Med.**, v.12, n. 3, p. 295-314, 1994.
23. CONCATO, J; FEINSTEIN, A. R.; HOLFORD, T.R. The risk of determining risk with multivariable models. **Ann. Intern. Med.**, v. 118, p. 201-210, 1993.
24. CÓRDOBA, A.H. **Famílias en Clínicas de Bogotá: sú funcionamiento segundo el modelo circunplejo de D.H.** Bogotá: Olson, 1989.
25. DANILUK, J.C. Infertility: intrapersonal and interpersonal impact. **Fertil. Steril.**, v.49, n. 6, 982-990,1988.
26. DEAN, A.G.; DEAN, J.A; BURTON, A.H.; DICKER, R.C. **Epi Info, version 5: a word processing, database, and statistics program for epidemiology on micro-computers center for disease control**. Atlanta: 1990.

27. DURCHARNE, K. Conjugal support, coping strategies and well being differential analysis of the perceptions of elderly partners. **Fertil. Steril.**, v.12, n.1, p. 33-49, 1993.
28. EDMAN, S.O.; COLE, D.A.; HOWARD, G.S. Convergent and discriminant validity of FACES-III: Family adaptability and cohesion. **Fam. Process**, v. 29, n. 1, p. 95-103, 1990.
29. ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA. Departamento de Psicobiologia. Centro de Pesquisa em Psicobiologia Clínica. **Escalas de Avaliação para Monitorização de Tratamento com Psicofármacos**. São Paulo: AFIP, 1989.
30. FAGAN, P.J.; SCHMIDT, C.W.; ROCK, J.A.; DAMENWOOD, M.D.; HALLE, E.; WISE, T.N. Sexual functioning and psychologic evaluation of in vitro fertilization couples. **Fertil. Steril.**, v. 46, n. 4, 668-672, 1986.
31. FALCETO, O. Diagnóstico psiquiátrico da família: um esquema. **Rev. Psiq. RS**, v.11, n.2, p. 131-136, 1989.
32. FALCETO, O.; AERTS, D.; FERNANDES, C.; WARTCHOW, E. O médico, o paciente e sua família. In DUNCAN, B.; SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E. **Medicina Ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
33. FARAONE, S.V.; TSUANG, M.T. Measuring diagnostic accuracy in the absence of a "Gold Standard". **Am. J. Psychiatr.**, v.151, p. 650-657, 1994.
34. FISHER, H. **Anatomia do Amor. A história natural da monogamia, do adultério e do divórcio**. São Paulo: Eureka, 1995. p. 43-58.
35. FLEISS, J.L. **The Design and Analysis of Clinical Experiments**. New York: John Wiley & Sons, 1986.
36. FLETCHER, R.H.; FLETCHER, S.W.; WAGNER, E.H. **Clinical Epidemiology**. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

37. FLORES, M.T.; SPRENKLE, D.H. Can therapists use FACES III with mexican americans? A preliminary analysis. *J. Psychother. Fam.*, Circumplex Model: Systemic assessment and treatment of families, v. 4, n. 1-2, p. 239-247, 1988.
38. FLOYD, F.J.; WEINAND, J.W.; CIMMARUSTI, R.A. Clinical family assesment: applyng structured measurement procedures in treatment settings. *J. Marit. Fam. Ther.*, v. 15, n. 3, p. 271-288, 1989.
39. FRANKLIN, C.; STREETER, C.L. Validity of the 3-D Circumplex Model for family assessment. *Res. Social Work Prac.*, Empirical advances in social work assessment, v. 3, n. 3, 258-275, 1993.
40. FREEMAN, E.W.; BOXER, A.S.; RICKELS, K.; TURECK, R.; MASTROIANNI, L. Psychological evaluation and in support in a program of in vitro fertillization and embryo transfer. *Fertil. Steril.*, v. 43, n. 1, 48-53, 1985.
41. GAYRAL, M.N. Esterilidade conyugal. In: JARVIS, P.M; WARE, R.S.; LABRIE, F. *Medicina de la Reprodución Ginecologia Endocrinologia*. Barcelona: Toray, 1985. p. 436-449.
42. GLICK, I.D.; CLARKIN, J.F.; HAAS, G.L.; SPENCER, J.H.; CHEN, C.L. A randomized clinical trial of inpatient family intervention: mediating variables and outcome. *Fam. Process*, v. 30, p. 85-99, 1991.
43. GOLDIN, J.A. **Pesquisa em Saúde: leis, normas e diretrizes**. Porto Alegre: Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Grupo de Pós-Graduação em Pesquisa, 1995.
44. GREEN, R.G. Choosing family measurement devices for practice and research: SFI and FACES III. *Social Serv. Rev.*, p. 304-320, June 1989.

45. GREEN, R.G.; HARRIS, R.N.; FORTE, J. A.; ROBINSON, M. Evaluation FACES III and Circumplex Model: 2440. *Fam. Process*, v.30, p. 55-73, 1991.
46. GROVE, W.M.; NANCY, M.A.; ANDREASEN, C.; ACOOT, P.M.C.; KELLER, M.B.; SHAPIRON, R.W. Reability studies of psychiatric diagnosis. *Arch. Gen. Psychiatr.*, v.38, p. 408-413, 1981.
47. HULLEY, S.B; CUMMINGS, S.R. **Designing Clinical Research an Epidemiologic Approach**. Baltimore: Williams & Wilkins, 1988. p. 75-89.
48. JACKSON, E.P.; DUNHAM, R.M.; KIDWELL, J.S. The effects of gender and of family cohesion and adaptability on identity status. Fifth Biennial Conference on Adolescent Research, 1989 *J. Adolesc. Res.*, v. 5, n. 2, p. 161-174, 1990.
49. JOANNING, H.; KUEHL, B.P. A review of FACES III. *Am. J. Fam. Ther.*, v. 14, n. 2, p. 163-165, 1986.
50. KASHANI, J.H.; ALLAN, W.D.; DAHLMEIER, J.M. An examination of family functioning utilizing the Circumplex Model in psychiatrically hospitalized children with depression. *J. Affect. Dis.*, v. 35, p. 65-73, 1995.
51. KAWASH, G.; KOZELUK, L. Self-esteem in early adolescence as a function of position within Olson's Circumplex Model of marital and family systems. *Social Behav. Personal.*; v. 18, n. 2, 189-196, 1990.
52. KEDEM, P.; MIKULINCER, M.; NATHANSON, Y. E. Psychological aspects of male infertility. *Br. J. Med. Psychol.*, v. 63, p. 73-80, 1990.
53. KEYE, W.R. Psychosexual responses to infertility. *Clin. Obstet. Gynecol.*, v .27, n. 3, p. 760-766, 1984.
54. KING, S.; DIXON, M.J. Expressed emotion, family dynamics and symptom severity in a predictive model of social adjustment for

- schizophrenic young adults. *Schizophr. Res.*, v. 14, p. 121-132, 1995.
55. KOPITZKE, E.J.; BERG, B.J.; WILSON, J.F.; OWENS, D. Physical and emotional stress associated with components of the infertility investigation: perspectives of professionals and patients. *Fertil. Steril.*, v. 55, n. 6, 1137-1143, 1991.
56. LAFFONT, I.; EDELMANN R.J. Psychological aspects of in vitro fertilization: a gender comparison. *J. Psychosom. Obstet. Gynecol.*, v. 15, p. 85-92, 1994.
57. LANGER, M.; CZERMAK, B.; RINGLER, M. Paardynamik, Geburtsvorbereitung und Geburtsverlauf Eine prospektive, Kontrollierte Studie. *Arch. Gynecol. Obstet.*, v. 250, n. 1-4, p. 1044-1050, 1991.
58. LILIENFELD, D.E.; STOLLEY, P.D. *Foundation of Epidemiology*. 3. ed. New York: Oxford University Press, 1994. p. 226-253
59. MAHLSTEDT, P.P. The psychological component of infertility. *Fertil. Steril.*, v. 43, n. 3, 335-346, 1985.
60. MATHIS, R.D.; YINGLING, L.C. Divorcing versus intact families on the Circumplex Model: An exploration of the dimensions of cohesion and adaptability. *Fam. Ther.*, v. 17, n. 3, p. 261-272, 1990.
61. MAYNARD, P.E.; HULTQUIST, A. The Circumplex Model with adjudicated youths' families. *J. Psychother. Fam.*, Circumplex Model: Systemic assessment and treatment of families, v. 4, n. 1-2, p. 249-266, 1988.
62. MAYNARD, P.E.; OLSON, D.H. Circumplex Model of family systems: a treatment tool in family counseling. *J. Couns. Develop.*, v. 65, n. 9, p. 502-504, 1987.
63. MCCARTHY, J. Transições de fertilidade e políticas demográficas. *Bioética*, v. 4, p. 175-187, 1996.

64. MENNING, B.E. The emotional needs of infertile couples. *Fertil. Steril.*, v.34, n. 4, p. 313-319, 1980.
65. MINNES, P.; MCSHANE, J.; FORKES, S. Coping resources of parents of developmentally handicapped children living in rural communities. *Austr. Z. J. Develop. Disabil.*, v.15, n. 2, p. 109-118, 1989.
66. MINUCHIN, S. **Famílias, Funcionamento e Tratamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.
67. MÖLLER, A.T.; VAN ZYL, P.D.V. Relationship beliefs, interpersonal perception, and marital adjustment. *J. Clin. Psychol.*, v. 47, n. 1, p. 28-33, 1991.
68. NOLLER, P.; SHUM, D. The couple version of FACES III: Validity and reliability. *J. Fam. Psychol.*, v. 3, n. 4, p. 440-451, 1990.
69. NORUSIS, M. **SPSS-X: advanced statistic guide**. Chicago: Mc Graw Hill, 1985.
70. NOVAK, J.; JONES G.S. **Tratado de Ginecologia**. São Paulo: Guanabara Koogan, 1981. p. 585-616
71. OLSON, D.H. Circumplex Model of family assessment and intervention. *J. Psychother. Fam.*, v. 4, n. 1-2; p. 7-49, 1988.
72. OLSON, D.H. Circumplex Model VII: validation studies and FACES III. *Fam. Process*, v. 25, n. 3, p. 337-351, 1986.
73. OLSON, D.H. Commentary: three-dimensional (3-D) Circumplex Model and revised scoring of FACES III. *Fam. Process*, v.30, p. 74-79, 1991.

74. OLSON, D.H.; PORTNER, J.; BELL, R. **FACES II: Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales**. University of Minnesota. Department of Family Social Science. 1982.
75. OLSON, D.H.; PORTNER, J.; LAVEE, Y. **FACES III**. University of Minnesota. Department of Family Social Science. 1985.
76. PASSOS, E.P.; FREITAS, F.; FACIN, A.C.; SABINO, J. **Infertilidade e Técnicas de Reprodução Assistida**. 3. ed. In: FREITAS, F.; MENKE, C.H.; RIVOIRE, W.; PASSOS, E. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 317-326.
77. PATTON, W.; NOLLER, P. The family and the unemployed adolescent. *J. Adolesc.*, v.14, p. 343-361, 1991.
78. PEROSA, L.M.; PEROSA, S.L. The use of bipolar item format for FACES III: a reconsideration. *J. Marit. Fam. Ther.*, v. 16, n. 2, p. 187-199, 1990.
79. POLI, M.E.H. Reprodução humana ética. *Bioética*, v. 4, p. 167-172, 1996.
80. PRANGE, M.E.; GREENBAUM, P.E.; SILVER, S.E.; FRIEDMAN, R.M.; KUTASH, K.; DUCHNOWSKI, A.J. Family functioning and psychopathology among adolescent with severe emotional disturbances. *J. Abnorm. Child Psychol.*, v. 20, n. 1, p. 83-102, 1992.
81. PROTINSKY, H.; SHILTS, L. Adolescent substance use and family cohesion. *Fam. Ther.*, v. 17, n. 2, p. 173-175, 1990.
82. RODRIGUES, L.; KIRKWOOD, B. Case-control designs in the study of common disease: updates on the demise of rare disease assumption and the choice of sampling scheme for controls. *Int. J. Epidemiol.*, v. 19, n. 1, p. 205-213, 1990.
83. ROMIG, C.; BAKKEN, L. Intimacy development in middle adolescence: its relationship to gender and family cohesion and adaptability. *J. Youth Adolesc.*, v. 21, n. 3, p. 325-338, 1992.

84. ROUQUAYROL, M.Z. *Epidemiologia e Saúde*. 4. ed. Porto Alegre MEDSI, 1994. p. 77
85. SCAPARO, M. S. **Fertilização Assistida: questão aberta - aspectos científicos e legais**. Forense Universitária Biblioteca Jurídica, 1991. p. 18.
86. SEIBEL, M.M.; TAYMOR, M.L. Emotional aspects of infertility. *Fertil. Steril.*, v. 37, n. 2, p. 137-145, 1982.
87. SHIELDS, C.G.; FRANKS, P.; HARP, J.J; CAMPBELL, T.L.; MCDANIEL, S.H. Family emotional involvement and criticism scale (FEICS): reability and validity studies. *Fam. Syst. Med.*, v.12, n. 4, p. 361-377, 1994.
88. SMITH, C.W. Use of the Circumplex Model of marriage and family systems in training therapists. *Clin. Supervisor*; v. 7, n. 4, p. 9-19, 1989.
89. STEVANATO, L.M. Histórico da esterilidade conjugal. In: NAKAMURA, M.S. **Semiologia do Casal Estéril**. São Paulo: Manole, 1981. p 1-10.
90. STOTLAND, N.L. Women and psychiatry. In: HALES, R.E.; YUDOFISKY, S.T. **Synopsis of Psychiatry**. Washington: American Psychitric Press, 1996. p. 1269.
91. TAKANASHI, K.; SHIMIZU, S. Family coping and family system change of alcoholic families: An application of the ideal version, FACES III. *J. Ment. Health*, v. 37 127-136, 1991.
92. TALBOTT, **The American Psychiatric Press Textbook of Psychiatry** Washinton, American Press1996. p. 1362-1377.
93. THOMAS, M.; ROY, R. Pain patients and marital relations. *Clin. J. Pain*, v. 5, n. 3, p. 255-259, 1989.

94. TREPPER, T.S.; SPRENKLE, D.H. The clinical use of the Circumplex Model in the assessment and treatment of intrafamily child sexual abuse. *J. Psychother. Fam.*, Circumplex Model: Systemic assessment and treatment of families, v. 4, n. 1-2, p. 93-111, 1988.
95. TUBIANA, R.F.; MORET, L.; BAN, K.; MESBAH, M.; FEARD, S.; DESCHAMPS, J.P.; CZERNICHAW, P.; CHWALOW, A.J. Validation en langue française d'une échelle d'évaluation du fonctionnement familial (FACES III): un outil pour la recherche et la pratique clinique. *Rev. Epidemiol. Sant Publ.*, v. 39, n. 6, p. 531-541, 1991.
96. NEGRO-VILAR, A. Estress and other environmental factors affecting fertility in men and women: overview. *Environ. Health Perspect.*, v. 101, n. 2, p. 59-64, 1993.
97. WARING, E.M. The role of marital therapy in the treatment of depressed married women. *Can. J. Psychiatr.*, v. 39, p. 568-571, 1994.
98. WASSER, S.K; SEWALL, G.; SOULES, M.R. Psychosocial stress as a cause of infertility. *Fertil. Steril.*, v. 59, n. 3, p. 685-689, 1993.
99. WEST, J.D.; HOSIE, T.W.; MATHEWS, F.N. Families of academically gifted children: adaptability and cohesion. *School Counselor*, v. 37, n. 2, p. 121-127, 1989.
100. WRIGHT, J.; DUCHESNE, C.; SABOURIN, S.; BISSONNETTE, F.; BENOIT, J.; GIRARD, Y. Psychosocial distress and infertility: men and women respond differently. *Fertil. Steril.*, v. 55, n. 1, p. 100-108, 1991.
101. ZABORA, J.R.; FETTING, J.H.; SHANLEY, V.B.; SEDDON, C.F.; ENTERLINE, J.P. Predicting conflict with staff among families of cancer patients during prolonged hospitalization. *J. Psychosoc. Oncol.*, v.7, n. 3, p. 103-111, 1989.
102. ZARIN, D.A.; EARLS, F. Diagnostic decision making in psychiatry. *Am. J. Psychiatr.*, v. 150, p. 197-206, 1993.

ANEXO 1

Somos médicas residentes aqui no Hospital de Clínicas e estamos fazendo um trabalho sobre o funcionamento de casais sem filhos em Porto Alegre.

Você teria disponibilidade de responder um pequeno questionário e uma breve entrevista gravada?

Todas as informações serão somente utilizadas para esta pesquisa e não será identificado.

NÃO EXISTE CONCEITO DE CERTO OU ERRADO NAS AFIRMAÇÕES ABAIXO, PROCURE SER FIÉL À REALIDADE

QUESTIONÁRIO

	nunca	às vezes	sempre
1) Nós procuramos a ajuda um do outro			
2) Quando surgem problemas nós nos compreendemos			
3) Nós aceitamos os amigos que cada um tem			
4) Nós aceitamos mudanças ao tratar nossas diferenças			
5) Nós gostamos de fazer coisas juntos			
6) No nosso relacionamento os dois mandam da mesma forma			
7) Nós nos sentimos mais próximos um do outro do que com outras pessoas.			
8) Nós costumamos mudar a forma de lidar com as responsabilidades da nossa família.			
9) Gostamos de passar juntos o tempo livre.			
10) Nós costumamos experimentar novas formas de negociar problemas.			
11) Nos sentimos muito próximos um do outro.			
12) Juntos tomamos as decisões			
13) Nós compartilhamos momentos de lazer e interesses.			
14) No nosso relacionamento as regras podem mudar.			
15) Pensamos facilmente em coisas para fazer juntos como casal			
16) Nós fazemos rodízio das tarefas domésticas			
17) Eu consulto o cônjuge para tomar decisões que dizem respeito a mim.			
18) É fácil identificar o líder em nosso relacionamento.			
19) Estar juntos é nossa principal prioridade.			
20) É fácil dizer quem faz cada tarefa doméstica em nossa casa.			

NÃO EXISTE O CONCEITO DE CERTO OU ERRADO NAS AFIRMAÇÕES ABAIXO, PROCURE RESPONDER DA MANEIRA QUE MAIS SE APROXIME DO SEU IDEAL

VERSÃO IDEAL DO CASAL

Como casal o nosso ideal seria:

	nunca	às vezes	sempre
21) Gostar de pedir ajuda um ao outro.			
22) Quando surgissem problemas entendermo-nos.			
23) Aceitar os amigos que cada um tem.			
24) Ser mais flexíveis ao tratar nossas diferenças.			
25) Fazer coisas juntos.			
26) Dividir a liderança.			
27) Sentirmo-nos mais próximos um com o outro do que com outras pessoas.			
28) Mudar a forma de lidar com as responsabilidades da casa.			
29) Passar nosso tempo livre um com o outro.			
30) Tentar novas formas de negociar problemas.			
31) Sentirmo-nos muito próximos um do outro.			
32) Tomar decisões conjuntamente.			
33) Compartilhar momentos de lazer e interesse.			
34) As regras poderem mudar.			
35) Poder mais facilmente pensar em coisas para fazer juntos, como casal.			
36) Fazer rodízio das tarefas domésticas.			
37) Consultar um ao outro ao tomar decisões.			
38) Saber quem é o líder.			
39) Estar juntos ser nossa principal prioridade.			
40) Saber quem faz qual tarefa doméstica			

ANEXO 2

ENTREVISTA ESTRUTURADA

Nesta entrevista o nosso objetivo é ter uma idéia de como percebe a forma como vocês se organizam como casal.

São 6 itens que serão apresentados separadamente, após eu lhe dizer o primeiro item, deverá falar de que maneira percebe como lidam com este aspecto da vida do casal.

ITENS

- 1) Tarefas domésticas.
- 2) Lazer. Férias.
- 3) Trabalho. Orçamento da casa
- 4) Relacionamento com outras pessoas da família e amigos.
- 5) Planos em relação ao futuro e decisões.
- 6) Relação do casal.

Perguntas possíveis de serem usadas durante a entrevista.

Como lidam com...

Dê-me um exemplo de como vocês...

Como vocês combinam...

E se vocês não concordam como fazem para resolver...

Em geral quem decide mais....

A vontade / opinião de quem, geralmente, predomina...

ANEXO 3

TERMO DE CONSENTIMENTO

Esta é uma pesquisa de "Validação do questionário FACES III" para casais, de autoria das Dr.as. Maria Paz Hidalgo, Márcia Chaves, Marta Xavier e Luciana Parisotto.

Nesta pesquisa você fará uma entrevista de aproximadamente 15 minutos com os médicos responsáveis pelo projeto e responderá um questionário com 40 questões, sendo abordados aspectos do funcionamento do casal.

Este estudo tem o objetivo de entendermos melhor o funcionamento dos casais e, portanto, traçar um perfil da população de Porto Alegre. O intuito de traçar esse perfil e de validar este questionário é de poder usa-lo em casais que estejam passando por alguma crise vital (nascimento de filho, morte de familiar, doença de parentes, etc.) e melhor entendermos de que maneira as mudanças que ocorrem na vida das pessoas modificam a estrutura do casal e vice-versa.

Estes dados serão de conhecimento e manejo exclusivo dos responsáveis, os quais serão mantidos em absoluto sigilo, não havendo identificação de resultados. Os dados serão utilizados exclusivamente para este estudo. Os responsáveis garantem que você tem o direito de desistir da participação em qualquer momento.

Eu,-----, fui informado dos objetivos especificados acima e da justificativa desta pesquisa, de forma clara e detalhada. Recebi informações específicas sobre cada procedimento no qual estarei envolvido, dos desconfortos ou riscos previstos, tanto quanto dos benefícios esperados. Todas as minhas dúvidas foram respondidas com clareza e sei que poderei solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento. Além disso, sei que novas informações, obtidas durante o estudo, me serão fornecidas e que terei liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa, face a estas informações.

O profissional----- certificou-me de que as informações por mim fornecidas terão caracter confidencial.

Fui informado que caso existam danos à minha saúde, causados diretamente pela pesquisa, terei direito a tratamento médico e indenização conforme a lei. Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Assinatura do entrevistado-----

Assinatura do investigador-----

ANEXO 4

Instruções para análise da entrevista

Durante a gravação você deverá observar o funcionamento do casal quanto a adaptabilidade e coesão.

Em relação à coesão, entendemos a maneira como o casal lida com os momentos de recreação, interesse, tempo, amigos, vínculo (emotional bonding), auxílio (supportiveness), limites (family boundaries).

No que se refere a adaptabilidade, cinco itens são essenciais, liderança, controle, disciplina, regras e papéis

Após ter escutado a entrevista classifique da seguinte forma:

Coesão

Desligada ()
 Separada ()
 Conectada ()
 Amalgamada ()

Adaptação

Caótica ()
 Flexível ()
 Estruturada ()
 Rígida ()

ESTRUTURA DA RELAÇÃO -LOCALIZAÇÃO DAS 16 CATEGORIAS

(no centro menor estão as 4 categorias normais; no centro azul, as 8 intermediárias; nos extremos, as 4 anormais)

