



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

DIEGO COSTA LIMA

INVENTÁRIO DE HABILIDADES SOCIAIS PARA FAMILIARES CUIDADORES DE
PACIENTES PSIQUIÁTRICOS (IHS-FCPP): CONSTRUÇÃO E ANÁLISES
PSICOMÉTRICAS PRELIMINARES

São Carlos-SP

2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

DIEGO COSTA LIMA

INVENTÁRIO DE HABILIDADES SOCIAIS PARA FAMILIARES CUIDADORES DE
PACIENTES PSIQUIÁTRICOS (IHS-FCPP): CONSTRUÇÃO E ANÁLISES
PSICOMÉTRICAS PRELIMINARES

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Psicologia.
Orientação: Profa. Dra. Zilda Aparecida Pereira Del Prette
Coorientação: Profa. Dra. Marina Bandeira

São Carlos-SP

2019



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
COMISSÃO JULGADORA DA TESE DE DOUTORADO

Diego Costa Lima
São Carlos, 26/04/2019.

Prof.ª Dr.ª Zilda Aparecida Pereira Del Prette (Orientadora e Presidente)
Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Prof. Dr. Lucas Guimarães Cardoso Sá
Universidade Federal do Maranhão/UFMA

Prof. Dr. Mário César Rezende Andrade
Universidade Federal de São João Del Rei / UFSJ

Prof.ª Dr.ª Patrícia Waltz Schelini
Universidade Federal de São Carlos / UFSCar

Prof. Dr. Evandro Morais Peixoto
Universidade de Pernambuco / UPE

Certifico que a sessão de defesa foi realizada com a participação à distância dos Profs. Drs. Lucas Guimarães Cardoso Sá, Mário César Rezende Andrade e Evandro Morais Peixoto, e, depois das arguições e deliberações realizadas, os participantes à distância estão de acordo com o conteúdo do parecer da comissão examinadora redigido no relatório de defesa do aluno Diego Costa Lima.

Prof.ª Dr.ª Zilda Aparecida Pereira Del Prette (Orientadora e Presidente)
Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Submetida à defesa em sessão pública
realizada às 09h00 no dia 26/04/2019.

Comissão Julgadora:
Prof.ª Dr.ª Zilda Aparecida Pereira Del Prette
Prof. Dr. Lucas Guimarães Cardoso Sá
Prof. Dr. Mário César Rezende Andrade
Prof.ª Dr.ª Patrícia Waltz Schelini
Prof. Dr. Evandro Morais Peixoto

Homologada pela CPG-PPGPsí na
_____ª Reunião no dia ____/____/____

Prof.ª Dr.ª Débora Hollanda de Souza
Coordenadora do PPGPsí

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal
de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001

À minha avó Sônia (*in memoriam*)

Agradecimentos

À minha avó Sônia (*in memoriam*), por ser a primeira pessoa a me mostrar a importância da educação e que dedicou e não mediu esforços para educar seus netos(as).

À minha mãe Mara, por me ensinar que sou eu o responsável por minhas escolhas, por confiar em mim e me educar na busca da autonomia.

À minha noiva Déborah por me ensinar sobre o amor, por trilhar comigo um lindo caminho, com companheirismo e respeito, e me ajudar, a cada dia, a ser uma pessoa melhor.

Aos meus outros familiares (tias, tios, entre outros) e ao meu sogro Carlos por toda ajuda e carinho.

À minha orientadora Professora Dra. Zilda Aparecida Pereira Del Prette, personificação das habilidades sociais, por confiar em meu trabalho e por toda orientação dedicada. Obrigado por proporcionar tanto aprendizado nos últimos anos e, principalmente, por toda sua dedicação em formar pessoas críticas e responsáveis, fazendo, assim, com que a área de Habilidades Sociais seja respeitada e utilizada como referência em diversos contextos e com diversas populações.

À minha coorientadora Professora Dra. Marina Bandeira, exemplo de dedicação e profissionalismo. Obrigado por, desde 2006, ainda em meu terceiro período de graduação, ser minha mentora. Todo ensinamento que você me proporcionou ao longo dos anos me ajudou, imensamente, a ser um profissional com caráter, responsabilidade e ética. Obrigado, do fundo do meu coração.

Aos professores Dr. Lucas Guimarães Cardoso Sá, Dra. Patrícia Waltz Schelini, Dr. Mário César Rezende Andrade e Dr. Evando Morais Peixoto por contribuírem com minha formação e sinalizar diversas possibilidades de aperfeiçoamento no texto de minha tese.

Aos docentes dos cursos de graduação e pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de São Del Rei (UFSJ) e da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) por me acolherem como aluno e auxiliarem minha transformação em pesquisador e professor.

À Raquel Fonseca de Barros, por toda ajuda na coleta de dados.

Aos familiares cuidadores de pessoas com transtornos psiquiátricos por contribuírem, com sua experiência diária, ao meu estudo.

Aos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) das cidades de São Carlos e Varginha por abrirem as portas do serviço e me ajudarem de forma significativa na realização desta pesquisa de doutorado.

À coordenação, professoras(es) e alunas(os) do curso de Psicologia da Unifenas (Campus Varginha) por me acolherem como professor e permitir minha ação como profissional transformador.

Aos meus(minhas) amigos(as) das cidades de Lavras, São João del Rei e São Carlos por toda amizade, carinho e companheirismo.

Às colegas do Laboratório de Interação Social (LIS) e da turma de Mestrado e Doutorado (2015) do PPGPSI/UFSCAR por toda troca de experiência que tanto contribuiu na realização desta pesquisa.

À Marinéia, que tanto me ajudou e apoiou no doutorado.

Aos dedicados estudantes e docentes de todo o país que, em tempos difíceis, lutam pelo ensino de qualidade e destinam seu tempo na construção da ciência.

À CAPES, pela concessão da bolsa como subsídio financeiro fundamental para a realização desta pesquisa.

Invictus

*Out of the night that covers me,
Black as the pit from pole to pole,
I thank whatever gods may be
For my unconquerable soul.*

*In the fell clutch of circumstance
I have not winced nor cried aloud.
Under the bludgeonings of chance
My head is bloody, but unbowed.*

*Beyond this place of wrath and tears
Looms but the Horror of the shade,
And yet the menace of the years
Finds, and shall find, me unafraid.*

*It matters not how strait the gate,
How charged with punishments the scroll,
I am the master of my fate;
I am the captain of my soul.*

(William Ernest Henley)

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	09
LISTA DE FIGURAS	11
APRESENTAÇÃO	12
RESUMO	17
ABSTRACT	18
CAPÍTULO 1. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA SOBRE HABILIDADES SOCIAIS DE FAMILIARES CUIDADORES DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS	19
CAPÍTULO 2. ESTUDOS DE CONSTRUÇÃO, VALIDADE E PRECISÃO DO INVENTÁRIO DE HABILIDADES SOCIAIS PARA FAMILIARES CUIDADORES DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS (IHS-FCPP)	46
ESTUDO 1: Elaboração dos itens e validade de conteúdo do IHS-FCPP	52
ESTUDO 2: Evidências de validade baseada na estrutura interna e precisão do IHS-FCPP	69
ESTUDO 3: Evidências de validade do IHS-FCPP baseadas na relação com medidas externas	78
ESTUDO 4: Normas provisórias e caracterização do repertório de habilidades sociais dos familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos	88
CONSIDERAÇÕES FINAIS	113
APÊNDICE A. Roteiro de entrevista com familiares cuidadores	116
APÊNDICE B. Roteiro de entrevista com profissionais do CAPS	117
APÊNDICE C. Itens completo do IHS-FCPP	118
APÊNDICE D. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	121
APÊNDICE E. Itens excluídos na primeira Análise Fatorial Exploratória	122

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Descrição dos artigos selecionados para revisão em ordem crescente do ano de publicação.....	25
Tabela 2. Classes e definições operacionais	54
Tabela 3. Características sociodemográficas dos familiares cuidadores do Estudo 1	56
Tabela 4. Dados quantitativos das entrevistas e instrumentos analisados	60
Tabela 5. Classes de HS e número de itens	61
Tabela 6. Classes e número de itens da versão piloto do instrumento.....	64
Tabela 7. Itens que apresentaram dificuldade de entendimento	68
Tabela 8. Características sociodemográficas da amostra completa de participantes do Estudo 2	66
Tabela 9. Estrutura interna do IHS-FCPP.....	76
Tabela 10. Características sociodemográficas e clínicas dos familiares e pacientes que responderam a FBIS-BR.....	82
Tabela 11. Correlações entre escores do IHS-FCPP e FBIS-BR.....	83
Tabela 12. Análise de regressão linear múltipla dos fatores do IHS-FCPP associados à sobrecarga subjetiva avaliada pela FBIS	84
Tabela 13. Características sociodemográficas e clínicas dos familiares e pacientes que responderam ao SCGQoL.....	85
Tabela 14. Correlações entre escores do IHS-FCPP e SCGQoL.....	87
Tabela 15. Análise de regressão linear múltipla dos fatores do IHS-FCPP associados à qualidade de vida avaliada pelo SCGQoL.....	87
Tabela 16. Médias, desvios-padrão e mínimos e máximos nos escores do IHS-FCPP.....	91
Tabela 17. Caracterização do escore total do IHS-FCPP em função das variáveis sociodemográficas	91
Tabela 18. Caracterização dos escores do Fator 1 (HS de Assertividade e Supervisão	

Educacional) do IHS-FCPP em função das variáveis sociodemográficas.....	92
Tabela 19. Caracterização dos escores do Fator 2 (HS de Suporte Emocional) do IHS-FCPP em função das variáveis sociodemográficas.....	93
Tabela 20. Caracterização dos escores do Fator 3 (HS de Afetividade e Empatia) do IHS-FCPP em função das variáveis sociodemográficas	93

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fluxo de seleção dos artigos sobre habilidades sociais de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos	24
--	----

APRESENTAÇÃO

Minha história dentro do campo das habilidades sociais (HS) iniciou bem cedo em minha graduação na Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ). No final do segundo período, em 2006, fui aprovado em um estágio em pesquisa sobre HS de estudantes universitários sob a orientação da Profa. Dra. Marina Bandeira. Era um estágio de observação sistemática de componentes verbais, não verbais e paralinguísticos de HS. Continuei pesquisando a área de HS de estudantes até o final de minha graduação. Essa pesquisa também me proporcionou o contato com o grupo RIHS (Relações Interpessoais e Habilidades Sociais), pois durante esse tempo como graduando participei do primeiro (em 2007) e segundo (em 2009) SIHS (Seminário Internacional de Habilidades Sociais). Foi uma época de muito aprendizado e que me instigou muito o interesse pela área.

Apesar de meu trabalho inicial com a área das HS não ter sido com uma população da área da saúde mental comunitária a aprovação no estágio me possibilitou a entrada no Laboratório de Pesquisa em Saúde Mental (LAPSAM) da UFSJ, que era coordenado pela Profa. Marina. E assim, minha história com a saúde mental também se iniciou. Nessa época, a Profa. Marina e outros orientandos desenvolviam estudos com as populações de familiares cuidadores, pacientes psiquiátricos e profissionais de serviços de saúde mental. Eram pesquisas sobre avaliação desses serviços, realizadas a partir de indicadores como sobrecarga, satisfação, percepção de mudança, entre outros. Sempre fui bastante interessado e acompanhei de perto algumas pesquisas realizadas por colegas do LAPSAM.

Chegando ao final de minha graduação, meu interesse era o de fazer o mestrado e como, em 2009, o Programa de Pós-Graduação em Psicologia havia iniciado na UFSJ conversei com a Profa. Marina sobre a possibilidade de que ela me orientasse caso eu fosse aprovado no processo seletivo. Assim, no início do ano de 2010, quando cursava o último

período da graduação, comecei a pensar em meu projeto para a seleção do mestrado. Como a Profa. Marina orientava mais projetos na área de saúde mental comecei a pesquisar possibilidades de trabalhar com alguma população dessa área e também manter meu vínculo com as HS.

Depois de muita leitura descobri uma lacuna na área de pesquisas com familiares cuidadores. Verifiquei uma escassez de estudos sobre HS dessa população, mesmo que em diversas pesquisas indicassem que o comportamento social era importante para amenizar a sobrecarga sentida por eles. Além disso, na área das HS, as pesquisas com pacientes psiquiátricos indicavam que eles possuíam déficits nessas habilidades. Levando em consideração que o núcleo familiar é uma fonte de aprendizado e de desenvolvimento para os indivíduos, questionei o fato de que se os familiares não possuíssem um repertório de HS satisfatório, também não conseguiriam ensinar seus parentes, acometidos por desordens psiquiátricas, habilidades para lidar com as demandas do dia-a-dia. Em meu projeto de mestrado, por exemplo, fiz a seguinte citação:

A partir dos dois meios de aprendizagem citados acima (modelagem e modelação), podemos fazer uma relação entre os comportamentos dos cuidadores e o comportamento dos doentes mentais. Uma vez que a partir da desinstitucionalização psiquiátrica a família passou a ter um papel importante no processo de reabilitação social do doente, ela passou também a servir como modelador e modelo para os pacientes.

Sendo assim, a partir desses questionamentos elaborei meu projeto e fui aprovado na seleção de mestrado para início do ano de 2011. Durante os anos de 2011 e 2012 eu fiz minha pesquisa com familiares cuidadores de pacientes atendidos no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de São João del Rei. Apesar de que mesmo naquela época eu tinha conhecimento da inexistência de instrumentos de HS específicos para a população de cuidadores, como pode ser visualizado em outra citação de meu projeto de mestrado

Na literatura da área de habilidades sociais não há um instrumento de medida específico para avaliar o comportamento social de cuidadores. As pesquisas da área, na maior parte dos casos, utilizam o Inventário de Habilidades Sociais (IHS) (Del Prette & Del Prette, 2001), a Escala de Assertividade de Rathus (RAS) (Rathus, 1973) e a observação sistemática em situação de desempenho de papéis.

optei por utilizar em minha pesquisa os referidos instrumentos (IHS-Del-Prette e RAS). A partir da utilização desses instrumentos, que possuem qualidades psicométricas comprovadas, obtive importantes resultados, mas no percurso de minha dissertação verifiquei, a partir das entrevistas que realizei, a limitação dos instrumentos em relação a avaliar as demandas que os familiares cuidadores vivenciam no seu cotidiano. Então comecei a pensar mais sobre a necessidade de um instrumento específico. No meio do ano de 2012 tinha começado a esboçar meu projeto de doutorado para fazer o processo seletivo na UFSCar, contudo devido à ausência de artigos submetidos e/ou publicados não foi possível minha inscrição.

Ao terminar meu mestrado, em fevereiro de 2013, mais um acontecimento me reforçou a necessidade de um instrumento. Quando fui publicar um dos artigos da dissertação fui questionado por avaliadores por não ter usado referência normativa apropriada para fazer a classificação do repertório dos familiares. Com razão, não poderia comparar amostras distintas. Apesar de todas essas questões adiei um pouco a realização de meu doutorado, pois fui aprovado em um processo seletivo para docente de uma universidade privada de minha cidade. Durante dois anos que trabalhei nessa instituição continuei com as pesquisas, orientando alunos de iniciação científica e trabalho de conclusão de curso, sobre a área de HS ou familiares cuidadores. Porém, nenhuma delas com o intuito de elaborar um instrumento. No ano de 2014 resolvi fazer o processo seletivo na UFSCar com essa temática.

Entrei em contato com a Profa. Zilda e expliquei o que tinha interesse em fazer no doutorado. Elaborei meu projeto, prestei o processo seletivo e fui aprovado. Assim começou o início prático de minha jornada nessa área que agora, além das HS e saúde mental, também envolve a psicometria.

No presente trabalho irei apresentar os resultados de minha pesquisa. A elaboração e validação de instrumentos é uma tarefa difícil e longa. Admito, que no decorrer do processo encontrei uma série de dificuldades, principalmente quanto à obtenção de uma amostra ampla

e realização de entrevistas com a minha população alvo, contudo vejo muito valor no trabalho desenvolvido. Um instrumento específico para os familiares cuidadores possibilitará uma nova e útil ferramenta que poderá ser utilizada nos serviços de saúde mental comunitários para as mais diversas finalidades. Além disso, o instrumento também poderá ser utilizado em novas pesquisas com essa população. Ainda, com ele será possível a avaliação de intervenções específicas em HS, tal como o Treinamento de Habilidades Sociais, que já mostra efetividade com essa população em estudos no exterior, porém são inexistentes no contexto brasileiro.

Antes de finalizar a apresentação e especificar a estrutura do trabalho que se segue gostaria de explicitar que esse campo de pesquisa, que iniciei em meu mestrado e continuei no doutorado, não é apenas um trabalho aleatório em minha história, mas também um projeto de vida. Durante as entrevistas que realizei com os profissionais do CAPS, uma conversa com uma assistente social me motivou bastante em contribuir para melhorar a qualidade de vida dos familiares cuidadores e em investir cada vez mais em estudos com esta população alvo. Segundo ela, um dos grandes problemas com a reforma e a desinstitucionalização psiquiátrica em nosso país é que, apesar de prever a reinserção social dos pacientes na comunidade, as atividades hoje desenvolvidas nos serviços desconsideram o primeiro lugar em que as pessoas com transtornos psiquiátricos deveriam estar inseridas, a família.

O trabalho que se segue está dividido em dois capítulos e considerações finais. O primeiro compreende a apresentação de uma revisão integrativa da literatura sobre habilidades sociais de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos. No segundo, que foi dividido em quatro estudos, serão explicados cada uma das etapas metodológicas e os resultados do processo de construção dos itens e obtenção de evidências da validade de conteúdo, de estrutura interna, de relação com medidas externas e, por fim, normas provisórias e caracterização do repertório de HS dos familiares cuidadores. A última parte da tese é

destinada as considerações finais, de forma a concluir o trabalho, apresentando as limitações e indicações de futuros estudos.

Lima, D. C. (2019). *Inventário de Habilidades Sociais para Familiares Cuidadores de Pacientes Psiquiátricos (IHS-FCPP): construção e análises psicométricas preliminares*. (Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos).

RESUMO

As famílias dos pacientes psiquiátricos, apesar de reconhecidas como as principais cuidadoras, ainda não recebem as orientações necessárias para lidar adequadamente com suas demandas de cuidado. Essa situação compromete o tratamento e a reintegração social desses pacientes na comunidade. Atualmente, existem ferramentas para avaliar algumas dessas contingências, mas nenhuma especificamente para investigar habilidades sociais (HS) e outras habilidades reconhecidas como cruciais para ajudar os cuidadores familiares nessa tarefa. Este estudo enfoca essas questões e está estruturado em dois capítulos que apresentam o processo de desenvolvimento de uma escala de avaliação - denominada Inventário de Habilidades Sociais para Cuidadores Familiares de Pacientes Psiquiátricos (IHS-FCPP) - e as evidências preliminares de suas propriedades psicométricas. O Capítulo 1 apresenta uma revisão integrativa da literatura que mostrou que os familiares necessitam ter níveis mais elaborados de HS. Em relação às intervenções, os resultados mostraram efeitos positivos. No entanto, todos os instrumentos utilizados para avaliação não foram construídos para contextos e demandas de cuidadores de pacientes psiquiátricos. Considerando o caráter situacional das HS e as condições particulares do cuidado cotidiano de pacientes psiquiátricos, entendeu-se como importante produzir e validar um instrumento específico para avaliar as HS próprias da rotina desses cuidadores. No Capítulo 2, o objetivo foi descrever o processo e os resultados da elaboração dos itens e produzir evidências preliminares de validade e confiabilidade do IHS-FCPP. Este capítulo foi organizado em quatro estudos. O Estudo 1 apresentou as evidências de validade de conteúdo. Os itens foram elaborados a partir de entrevistas com familiares cuidadores, profissionais de Centros de Atenção Psicossocial e outros instrumentos. Em seguida, a validade de conteúdo foi verificada por consulta a sete profissionais, resultando em uma versão piloto, testada com uma amostra da população-alvo. Após a remoção de itens com dificuldade de compreensão, foi obtida uma versão de 70 itens. O Estudo 2 teve como objetivo analisar evidências de validade baseadas na estrutura interna e na confiabilidade do IHS-FCPP. A Análise Fatorial Exploratória indicou uma estrutura de três fatores, com fidedignidade satisfatória, que foram denominados como: F1, HS de Assertividade e Supervisão Educacional (HSA&SE), F2, HS de Suporte Emocional (HSSE) e F3, HS de Afetividade e Empatia (HSAE). O Estudo 3 objetivou verificar evidências de validade baseadas na associação das medidas de HS com índices externos de sobrecarga subjetiva e qualidade de vida. Os resultados foram consistentes com a literatura. O Estudo 4 objetivou produzir normas preliminares e caracterizar o repertório de HS em sua associação com variáveis sociodemográficas. Os resultados mostraram grupos em risco em termos de déficits de HS, por exemplo, aqueles com níveis mais baixos de escolaridade. Como conclusão para os diversos estudos aqui apresentados, são reconhecidas as qualidades psicométricas preliminares do IHS-FCPP, porém também a necessidade de mais evidências de validade para recomendar seu uso como ferramenta diagnóstica. Entende-se que o IHS-FCPP pode ser utilizado em pesquisas descritivas e em estudos sobre a efetividade de intervenções voltadas ao empoderamento de cuidadores familiares de pacientes psiquiátricos.

Palavras-chave: habilidades sociais; cuidadores; pacientes psiquiátricos; saúde mental; psicometria.

Lima, D. C. (2019). *Social Skills Inventory for Family Caregivers of Psychiatric Patients (IHS-FCPP): construction and preliminary psychometric analysis*. (Doctoral thesis, Postgraduate Program in Psychology, Federal University of São Carlos, São Carlos)

ABSTRACT

The families of psychiatric patients, despite being recognized as the main caregivers, do not yet receive the necessary guidance to deal appropriately with their care demands. This situation compromises the treatment and the social reintegration of these patients in the community. Currently, there are tools to evaluate some of these contingencies, but none specifically addressed to investigate social skills (SS) and other skills recognized as crucial to help family caregivers in this task. This study focuses these questions and is structured in two chapters that present the process of developing a rating scale – named as Inventory of Social Skills for Family Caregivers of Psychiatric Patients (IHS-FCPP) - and the preliminary evidences of its psychometric properties. Chapter 1 presents an integrative literature review that showed that family members need a more elaborate SS levels. Concerning interventions, the results showed positive effects. However all instruments used for evaluation were not constructed for contexts and demands of psychiatric patients' caregivers. Considering the situational character of SS and the particular conditions of daily care of psychiatric patients, it was understood as important to produce and validate a specific instrument to evaluate the SS typical of these caregivers' routine. In Chapter 2, the objective was to describe the process and the results of the elaboration of the items and to produce preliminary evidences of validity and reliability of the IHS-FCPP. This chapter was organized in four studies. Study 1 presented the evidences of content validity. The items were elaborated from interviews with family caregivers, professionals from Psychosocial Care Centers and other instruments. Then the validity of content was verified by consulting seven professionals, resulting in a pilot version, tested with a sample of the target population. After the removal of items presenting difficulty of comprehension, a version of 70 items was obtained. Study 2 aimed to analyze evidence of validity based on the internal structure and reliability of the IHS-FCPP. The Exploratory Factor Analysis indicated a structure of three factors, with satisfactory reliability, that were denominated as: F1, SS of Assertiveness and Educational Supervision (HSA&SE); F2, SS of Emotional Support (HSSE); and F3, SS of Affectivity and Empathy (HSAE). Study 3 aimed to verify validity evidences based on the association of HS measurements with external indices of subjective burden and quality of life. The results were consistent with the literature. Study 4 aimed to produce preliminary norms and characterize the SS repertoire in their association with sociodemographic variables. The results showed groups at risk in terms of SS deficits, for example those with lower levels of schooling. As a conclusion for the several studies presented here, preliminary psychometric qualities of the IHS-FCPP are recognized, but also the need for more evidence of validity to recommend its use as a diagnostic tool. It is understood that IHS-FCPP can be used in descriptive research and studies on the effectiveness of interventions aimed at the empowerment of family caregivers of psychiatric patients.

Keywords: social skills; caregivers; psychiatric patients; mental health; psychometrics.

CAPÍTULO 1

REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA SOBRE HABILIDADES SOCIAIS DE FAMILIARES CUIDADORES DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS

Desde o início do processo de desinstitucionalização psiquiátrica muitos pacientes passaram a receber o tratamento comunitário e voltaram a viver com suas famílias (Lougou, 2006; Tessler & Gamache, 2000). Neste contexto, mesmo com a assistência prestada nos serviços, considera-se que os pacientes psiquiátricos necessitam de cuidados cotidianos devido ao comprometimento das condições biológicas, físicas, psicológicas e sociais, sendo a família reconhecida como a principal provedora destes cuidados (Eloia, Oliveira, Eloia, Lomeo, & Parente, 2014).

Dentro da família as atividades de cuidado são, geralmente, assumidas por um cuidador principal que, comumente, é do sexo feminino, mãe, filha ou irmã do paciente, com idade mais avançada e com menor escolaridade que os demais membros da família (Barroso, 2014). Dentre essas famílias, existem aquelas que possuem maior facilidade em lidar com a situação e conseguem se adaptar de forma satisfatória (Barroso & Bandeira, 2012). Contudo, há famílias que não conseguem lidar de forma adequada com essa nova conjuntura e o transtorno psiquiátrico, pode ter, então, um grande potencial para desestruturar toda a família, os relacionamentos, as perspectivas e a rotina familiar (Barroso & Bandeira, 2012; Glozman, 2004). Alguns cuidadores, por exemplo, dedicam muito de seu tempo com o bem-estar de seu parente e negligenciam os cuidados com eles próprios (Caqueo-Urizar, Rus-Calafell, Urzúa, Escudero, & Gutiérrez-Maldonado, 2015).

As consequências negativas, originadas por exercer a função de cuidador são diversas. Estudos com essa população identificaram alta prevalência de transtornos mentais comuns (Quadros, Gigante, Kantorski, & Jardim, 2012; Tomasi et al., 2010), altos níveis de

sobrecarga (Albuquerque, Cintra, & Bandeira, 2010; Barroso, Bandeira, & Nascimento, 2007; Demarco, Nunes, Jardim, Coimbra, & Kantorski, 2014; Eloia et al., 2014), depressão (Dias, 2011), ansiedade (Cabral, Duarte, Ferreira, & Dos Santos, 2014), perda de oportunidades para crescimento pessoal e profissional (Caqueo-Urizar et al., 2015), isolamento, sentimentos de estigmatização (Magliano, Fiorillo, De Rosa, Malangone, & Maj, 2005) e de culpa (McCann, Lubman, & Clark, 2011).

Dentre as diversas implicações negativas apresentadas, a sobrecarga familiar tem sido o fenômeno mais estudado na perspectiva dos familiares (Barroso, 2014). Esse termo foi utilizado inicialmente para indicar o aumento de obrigações e problemas ocasionados pela enfermidade crônica de um membro da família. Entretanto, com o tempo o conceito foi ampliado e, atualmente, corresponde a “todas as consequências negativas relacionadas ao papel de cuidador”(Barroso, 2014, p. 190)

Em modelos explicativos da sobrecarga (Maurin & Boyd, 1990) e de suporte social (Gotlieb, como citado por Robinson, 1990) de familiares cuidadores, há certo consenso de que a qualidade de relacionamento representa uma variável importante para a diminuição da sobrecarga, bem como a ampliação da rede de suporte social e de estratégias de enfrentamento positivas (Hjärthag, Helldin, Olsson, & Norlander, 2012; Yesufu-Udechuku et al., 2015). Dessa forma, uma atuação junto à família, por exemplo, ajudando-a a promover comportamentos sociais adequados e a servir de modelo desses comportamentos pode auxiliar na autonomia e reinserção social dos pacientes (Lima, 2013). Contudo, esse direcionamento não tem sido suficientemente explorado pelos serviços de saúde mental.

Os profissionais dos serviços de saúde mental, comumente, não consideram os familiares como foco de trabalho e, por isso, as intervenções oferecidas a eles não ocorrem de forma sistemática (Weimand, Israel, & Ewertzon, 2018; Yesufu-Udechuku et al., 2015). No contexto brasileiro, o Ministério da Saúde, por exemplo, estabelece o Centro de Atenção

Psicossocial (CAPS) como serviço e local de referência para tratamento de pessoas com transtornos psiquiátricos graves (Ministério da Saúde, 2004). De acordo com a entidade governamental, as famílias dessas pessoas são consideradas como parceiras no tratamento e devem usufruir de acolhimento individualizado, visitas domiciliares, atividades de ensino, atendimento nuclear e a grupo de familiares. Contudo, na avaliação das ações de saúde mental realizada pelo Tribunal de Contas da União, foi verificado que essas atividades não são realizadas de forma frequente e sistematizada (Tribunal de Contas da União, 2005).

Para Habib, Nayer e Zadeh (2015), os familiares de pacientes com esquizofrenia necessitam de treinamento para diminuir a sobrecarga associada aos cuidados. Nesse sentido, os autores ressaltaram que há uma gama de informações que precisam ser fornecidas para as famílias para que elas tenham um papel efetivo no tratamento dos pacientes. Em intervenções educacionais para essa população, destacaram a necessidade de que sejam focalizadas habilidades para o estabelecimento de interações sociais satisfatórias, busca por suporte social, manejo do estresse e enfrentamento, mecanismos para lidar com o estigma, busca por informações relacionadas à esquizofrenia, assim como táticas para melhorar a qualidade de vida.

Todos esses aspectos parecem ter, como base, a qualidade e a efetividade das interações sociais dos pacientes e dos familiares. Isso significa que estes devem desenvolver habilidades de relacionamento interpessoal, ou, como já vem sendo estabelecido na Psicologia, habilidades sociais (HS).

O conceito de HS é uma expressão que descreve “os comportamentos sociais valorizados em determinada cultura, com alta probabilidade de resultados favoráveis para o indivíduo, seu grupo e comunidade, que podem contribuir para um desempenho socialmente competente em tarefas interpessoais” (A. Del Prette & Del Prette, 2017, p.24). Contudo, apesar de um repertório satisfatório de HS representar uma condição para um desempenho

efetivo, alguns fatores como, por exemplo, ansiedade, podem comprometer a qualidade e a efetividade do desempenho interpessoal, ou seja, a competência social. Os autores denominam competência social à qualidade e efetividade do desempenho em tarefas de interação social.

Como indicado nos modelos teóricos de sobrecarga, suporte social e nas necessidades educacionais apontadas na literatura para a população de familiares cuidadores, a qualidade das suas interações sociais com pacientes, profissionais, demais parentes e outras pessoas da comunidade são de extrema importância para o desenvolvimento de relações sociais efetivas, diminuição da sobrecarga e estabelecimento de redes de apoio social. Contudo, não foram encontrados estudos de revisão que estruturassem o conhecimento sobre as HS dessa população. Isso demonstra uma lacuna, visto que tais estudos são cruciais por fornecerem a pesquisadores e profissionais uma fonte segura, organizada, crítica e sistematizada das evidências a respeito de determinado tema (Koller, Couto, & Hohendorff, 2014; Mendes, Silveria & Galvão, 2008; Souza, Silva e Carvalho, 2010). Considerando a relevância de estudar a relação e efetividade da presença dessas habilidades em diversas consequências na saúde, o objetivo do presente estudo foi realizar uma revisão integrativa da literatura, com vias de fomentar a produção científica sobre as HS de familiares cuidadores de pessoas com transtornos psiquiátricos.

Métodos

A busca dos artigos para compor a amostra de estudos analisados seguiu as recomendações da literatura (Koller et al., 2014; Mendes, Silveira, & Galvão, 2008; Souza, Silva e Carvalho, 2010). A partir de uma consulta a pesquisadores (mestres e doutores) das áreas de saúde mental e/ou HS, foram definidos dois grupos de palavras-chave: (1) cuidador

ou cuidadores; (2) habilidades sociais, treinamento de habilidades sociais, competência social, assertividade, empatia, comunicação interpessoal, comunicação verbal, comunicação não verbal, habilidades de comunicação e relacionamento interpessoal. Para a eleição das palavras-chave foi verificada a presença dos termos em bancos de terminologias. Dessa forma, foi averiguada e confirmada a presença das palavras-chave selecionadas nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS) e/ou no *Thesaurus of Psychological Index Terms da APA*.

As buscas foram realizadas no mês de dezembro de 2018 nas bases de dados Scielo, Biblioteca Virtual de Saúde (que resultou em referências obtidas de outras bases, tais como Medline, Lilacs, IndexPsicologia-Periódicos, BDENF-Enfermagem, IndexPsicologia-Teses, IndezPsicologia-Periódicos, ColecionaSUS, BBO-Odontologia, Mosaico-Medicina Integrativa, BINACIS, IBECS), Web of Science, PsycNet(APA) e Science Direct. Em todas as bases foram utilizados os operadores booleanos AND (entre os grupos) e OR (intragrupo) e não houve limite temporal para busca dos artigos. O processo de seleção incluindo resultados de cada base, artigos duplicados excluídos, critérios de inclusão e exclusão e número total de artigos inseridos na revisão estão sumarizados na Figura 1.

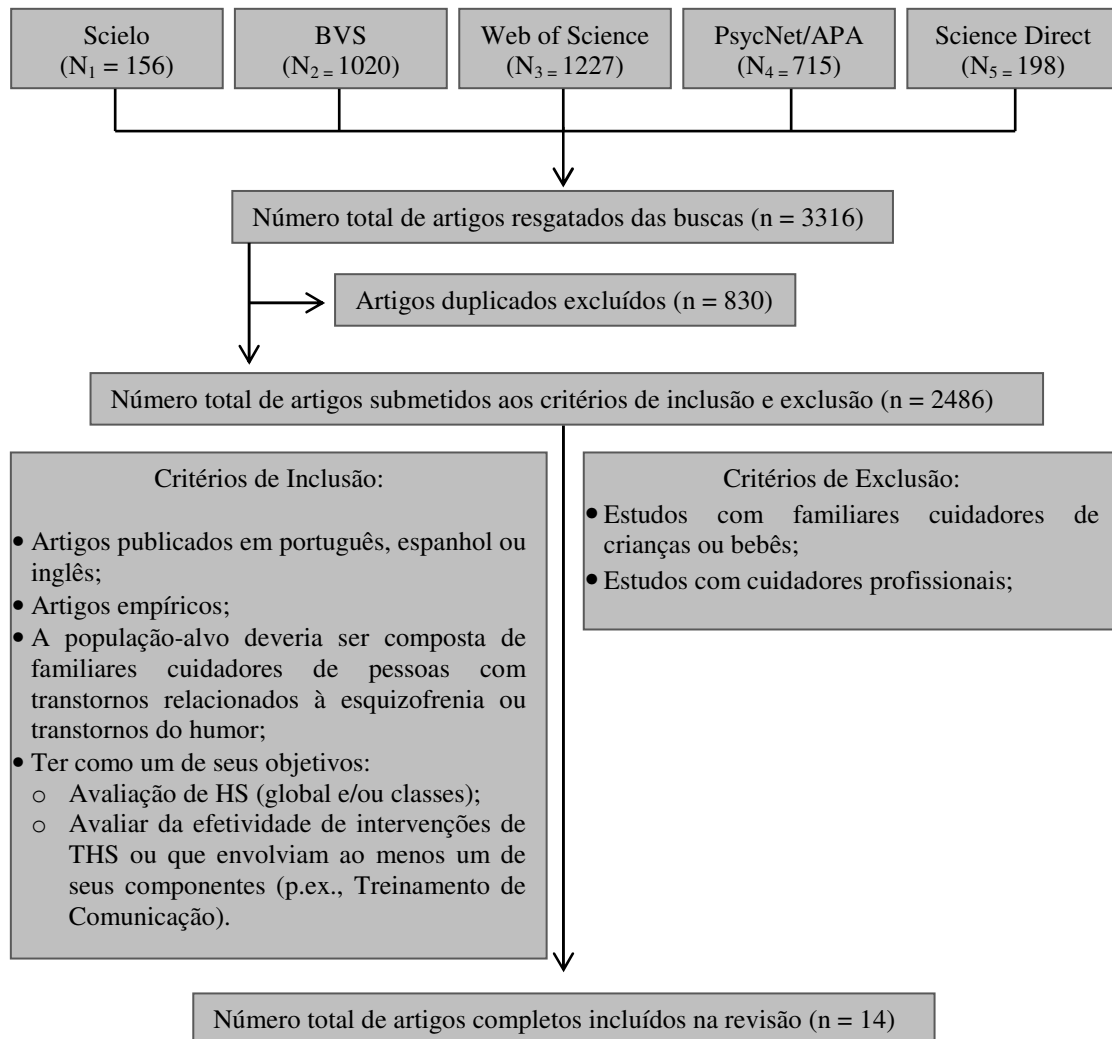


Figura 1. Fluxo de seleção dos artigos sobre habilidades sociais de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos

Resultados

A amostra final de estudos incluídos na presente revisão foi de 14 artigos originais, sendo três escritos em língua portuguesa, três em espanhola e oito em inglesa. Uma planilha foi organizada (Tabela 1) para extrair dados sobre país de origem, tipo de delineamento utilizado, objetivo relacionado à avaliação das HS ou do THS, amostra de familiares cuidadores, hipótese diagnóstica dos pacientes e medidas de avaliação das HS e/ou de suas dimensões.

Tabela 1
 Descrição dos artigos selecionados para revisão em ordem crescente do ano de publicação.

Autores (ano de publicação)	País	Delineamento da Pesquisa	Objetivos relacionados às HS	Amostra de familiares cuidadores	Hipótese diagnóstica dos pacientes	Medidas utilizadas para avaliação das HS e/ou suas dimensões
Hamada, Ohta e Nakane (2003)	Japão	Pesquisa correlacional de corte transversal	Avaliar a atitude empática do familiar cuidador em relação ao paciente.	n = 121 Fem. = 57,9% Masc. = 42,1% Mães = 37,2%; Pais = 17,4%; Cônjuges = 22,3%; Irmãos = 15,7%; Outros = 7,4%	Esquizofrenia	Family Support System (FSS)
Holmgren et al. (2005)	Chile	Pesquisa correlacional de corte transversal	Avaliar a qualidade dos processos interacionais entre familiares cuidadores e pacientes	n=40 Fem. = NE Masc. = NE Mães/Pais = 72,5%; Cônjuge = 27,5%	Transtorno Afetivo Bipolar	Questionário elaborado pelos pesquisadores
O'Brien et al. (2009)	EUA	Pesquisa correlacional de corte transversal e longitudinal.	Descrever diferentes tipos de comunicação durante uma interação social de resolução de problemas e analisar a influência da comunicação no funcionamento psicossocial de pacientes.	n = 33 (pré-teste) n = 27 (pós-teste) Fem. = 78,79% Masc. = 21,21 Mães = 78,79%; Pais = 21,21%	Esquizofrenia	Family Problem Solving Code (FAMPROS)
Kim e Mueser (2011)	Coreia do Sul	Pesquisa aplicada de avaliação de intervenção do tipo quase-experimental, com três grupos, com pré e pós teste	Comparar o THS com dois tipos de psicoeducação (ao vivo e por vídeo) em relação às atitudes negativas de mães com filhos diagnosticados com esquizofrenia	n = 15 Fem.:100% Mães = 100%	Esquizofrenia	HS não foram avaliadas
Brister et al. (2012)	EUA	- Pesquisa aplicada de avaliação de intervenção do tipo pré-experimental, de um só grupo, com pré e pós teste	Avaliação de um programa de intervenção que incluía capacitação de habilidades de comunicação para familiares cuidadores.	n = 82 (pré-teste) n = 36 (pós-teste) Fem. = 87% Masc. = 13% Pais/Mães = 81%; Avós = 10%; Padrinhos/Pais adotivos = 9%	Transtornos de Déficit de Atenção e/ou Hiperatividade ou Transtornos do Humor	Family Problem Solving and Communication Scale
Guada, Hoe, Floyd, Barbour e Brekke (2012)	EUA	Pesquisa Correlacional de corte transversal	Avaliar como fatores familiares influenciam no funcionamento psicossocial dos pacientes.	n = 94 Fem. = 85%; Masc. = 15% Mãe/Pai = 35%; Filho = 19%; Irmão = 27%; Cônjuge = 6%; Outros = 13%	Esquizofrenia	McMaster Family Assessment Device
Ramsauer, Lotzin, Parzer e Resch (2013)	Alemanha	Pesquisa correlacional de corte transversal	Comparar a postura da posição da cabeça (componente não verbal de HS) de cuidadores de adolescentes com esquizofrenia com um grupo não clínico.	n = 15 (GE) Fem. = 93,3% Masc. = 7,7% Mãe = 86,6; Pai = 6,66; Avó = 6,66 n = 17 (GC) Fem.: 93,3% Masc.: 7,7% Mãe = 88,24; Pai = 11,76%	Esquizofrenia	Berner Coding System

Bandeira, Tostes, Santos, Lima e Oliveira (2014)	Brasil	Pesquisa correlacional de corte transversal	Avaliar a relação entre habilidades sociais e sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos	n = 53 Fem. = 75,5% Masc. = 24,5% Mães/Pais = 34% Outros = 67%	Esquizofrenia ou Transtornos do Humor	Inventário de Habilidades Sociais & Escala de Assertividade Rathus
Lima, Bandeira, Oliveira e Tostes (2014)	Brasil	Pesquisa correlacional de corte transversal	Descrever nível de HS e suas dimensões e a relação das habilidades com outras variáveis	n = 53 Fem. = 75,5% Masc. = 24,5% Mães/Pais = 34% Outros = 67%	Esquizofrenia ou Transtornos do Humor	Inventário de Habilidades Sociais & Escala de Assertividade Rathus
Roldán, Salazar e Garrido (2014)	Espanha	Pesquisa correlacional de corte transversal	Descrever o nível de assertividade e relação com outras variáveis	n = 140 Fem. = 70% Masc. = 30% Pai = 20%; Mãe = 48,6%; Irmão = 11,4%; Filho = 2,1%; Cônjuges = 15%; Tios = 1,4%; Avó ou Avô = 0,7%; Amigo = 0,7%	Esquizofrenia, Transtornos do Humor ou Transtornos da Personalidade	Assertion Inventory (AI)
Roldán, Salazar, Garrido e Cuevas (2015)	Espanha	- Pesquisa aplicada de avaliação de intervenção, de um só grupo, do tipo pré-experimental, com pré e pós teste	Avaliar a efetividade de intervenção psicológica em grupo com componentes do THS.	n = 9 Fem. = 88,88% Masc. = 11,11% Mães = 88,88% Pais = 11,11%	Esquizofrenia, Transtornos do Humor ou Transtornos da Personalidade	Assertion Inventory (AI)
Lima, Bandeira e Oliveira (2016)	Brasil	Pesquisa correlacional de corte transversal	Analisar fatores sociodemográficos associados à assertividade	n = 53 Fem. = 75,5% Masc. = 24,5% Mães/Pais = 34% Outros = 67%	Esquizofrenia, Transtornos do Humor ou Transtornos da Personalidade	Escala de Assertividade Rathus
Brady, Kangas e McGill (2017)	Austrália	- Pesquisa aplicada de avaliação de intervenção, de um só grupo, do tipo pré-experimental, com pré e pós teste	Avaliar a efetividade dos componentes de um programa de psicoeducação sobre habilidades de comunicação e outras variáveis	n = 553 Fem. = 79% Masc. = 21% Cônjuge = 39% Mãe/Pai = 28% Outros parentescos = 19%	Depressão Maior	Instrumento elaborado pelos próprios autores
Gharavi et al. (2018)	Holanda	- Pesquisa aplicada de avaliação de intervenção, de um só grupo, do tipo pré-experimental, com pré e pós teste	Avaliar a efetividade um Treinamento de Habilidades de Interação sobre autoeficácia e sobrecarga em familiares cuidadores	n = 75 Fem. = 67% Masc. = 33% Parentesco: NE	Esquizofrenia	HS não foram avaliadas

Nota: NE = Não especificado

Primeiramente os artigos foram analisados em relação ao ano de publicação, local do estudo, delineamento da pesquisa, objetivos, características sociodemográficas da amostra de familiares cuidadores e diagnósticos dos pacientes. Em seguida, foi feita uma análise crítica das pesquisas com objetivo de agrupar os trabalhos em categorias temáticas. Quatro categorias foram formuladas: (1) Instrumentos utilizados para avaliação das HS, (2) Descrição

das HS e/ou suas dimensões, (3) Fatores relacionadas às HS e, por fim, (4) THS e outras intervenções com componentes de HS.

Observou-se que todas as pesquisas foram publicadas em um período de 15 anos, de 2003 a 2018, sendo a maioria delas (78,57%) após 2010. O ano de maior concentração de publicações foi 2014, com três, seguido de 2012 e 2017, ambos com duas. As demais pesquisas foram publicadas nos anos de 2003, 2005, 2009, 2011, 2013, 2015 e 2018.

Em relação ao continente das publicações, quatro foram publicados na Europa (28,57%), quatro na América do Sul (28,57%), três na América do Norte (21,43%), dois na Ásia (14,29%) e um na Oceania (7,14%). Referente aos países, Brasil e EUA tiveram a concentração de perto da metade (42,85%) dos artigos publicados, com três em cada um deles.

Acerca dos delineamentos das pesquisas, nove (64,28%) foram pesquisas correlacionais, sendo oito de corte transversal (Bandeira et al., 2014; Guada et al., 2012; Hamada et al., 2003; Holmgren et al., 2005; Lima et al., 2014, 2016; Ramsauer et al., 2013; Roldan et al., 2014) e uma transversal e longitudinal (O'Brien et al., 2009). As outras cinco (35,71%) foram pesquisas aplicadas de avaliação de intervenção, com quatro do tipo pré-experimental (Brady, Kangas, & McGill, 2017; Brister et al., 2012; Gharavi et al., 2018; Roldán et al., 2015) e uma quase-experimental (Kim & Mueser, 2011).

Quanto aos objetivos das pesquisas correlacionais, em particular aqueles referentes à análise das HS, somente uma pesquisa avaliou conjuntamente HS globais e suas dimensões (Lima et al., 2014). As demais averiguaram dimensões específicas das HS de forma isolada ou em relação à outras variáveis. Foram investigações sobre atitude empática (Hamada et al., 2003), compartilhamento afetivo de atividades sociais, familiares e recreativas (Holmgren et al., 2005), comunicação construtiva ou conflituosa em interação de resolução de problema (O'Brien et al., 2009), comunicação, responsividade e envolvimento afetivo (Guada et al.,

2012), postura da cabeça em interações sociais (Ramsauer et al., 2013), relação entre assertividade e sobrecarga (Bandeira et al., 2014), relação da assertividade com ansiedade, depressão, estresse e saúde geral (Roldan et al., 2014) e fatores sociodemográficos associados à assertividade (Lima et al., 2016). Das pesquisas sobre efetividade de intervenções, os objetivos foram de analisar o Treinamento de Habilidades Sociais (THS) ou outras intervenções com componentes de HS em relação a atitudes negativas (Kim & Mueser, 2011), empoderamento, autocuidado, estresse e comunicação (Brister et al., 2012), assertividade, depressão, ansiedade, estratégias de enfrentamento e saúde geral (Roldán et al., 2015), conhecimento sobre depressão, comunicação, autocuidado e isolamento (Brady, Kangas, & McGill, 2017) e autoeficácia e sobrecarga (Gharavi et al., 2018).

O tamanho da amostra de familiares cuidadores variou de 15 a 140 nos estudos correlacionais e nove a 553 nas pesquisas aplicadas de intervenções. A média de idade variou de 39 (Brister et al., 2012) a 59,89 anos (Roldán et al., 2015). Referente ao gênero, um estudo não diferenciou os participantes (Holmgren et al., 2005), contudo nos demais a maioria da amostra foi composta de mulheres. Quanto ao parentesco foi observado um predomínio de mães ou pais, sendo a porcentagem mais elevada em nove estudos (Bandeira et al., 2014; Brister et al., 2012; Guada et al., 2012; Hamada et al., 2003; Holmgren G. et al., 2005; Lima et al., 2016, 2014; Ramsauer et al., 2013; Roldan et al., 2014) e exclusivo em outros três (Kim & Mueser, 2011; O'Brien et al., 2009; Roldán et al., 2015). Um estudo não especificou o parentesco (Gharavi et al., 2018) e em outro a maioria foi composta por cônjuges (Brady, Kangas, & McGill, 2017). Contudo, além dos vínculos familiares citados também foram pesquisados avôs e avós, irmãos e irmãs, tios e tias e em um estudo (Roldan et al., 2014) amigos foram avaliados. Referente à escolaridade, em três pesquisas a maior parte dos familiares cuidadores não tinham completado o ensino fundamental (Bandeira et al., 2014; D. C. Lima et al., 2016, 2014), em outros três estudos tinham o equivalente ao ensino médio

completo (Gharavi et al., 2018; Kim & Mueser, 2011; Roldan et al., 2014; Roldán et al., 2015) e em somente um a maioria havia cursado faculdade (O'Brien et al., 2009). Nas outros estudos não havia informações sobre a escolaridade.

Quanto aos quadros psiquiátricos dos pacientes, 11 estudos tinham pessoas com diagnóstico dentro do grupo do espectro da esquizofrenia, sendo o diagnóstico exclusivo em seis deles. Indivíduos com Transtornos do Humor foram identificados em oito estudos e Transtornos da Personalidade em dois. Em somente um estudo houve a avaliação também de Transtornos de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).

Instrumentos utilizados para Avaliação das HS dos familiares cuidadores

Dos 14 estudos, somente dois (Bandeira et al., 2014; Lima et al., 2014) utilizaram um instrumento (IHS-Del-Prette, Z. A. P. Del Prette & Del Prette, 2001) para avaliação de HS globais. Ressalta-se que além de um escore global o IHS-Del-Prette também avalia cinco dimensões de HS. Para avaliação da dimensão de HS denominada de assertividade, dois instrumentos foram utilizados: a Escala de Assertividade Rathus (RAS, Pasquali, Moura & Freitas, 2002) em três pesquisas (Bandeira et al., 2014; D. C. Lima et al., 2016, 2014) e o *Assertion Inventory* (AI, Gambrill & Richey, 1975) em duas (Roldan et al., 2014; Roldán et al., 2015).

Nos demais estudos não foram empregados ferramentas de avaliação específicas de HS ou suas classes e sim testes ou questionários que possuíam uma de suas dimensões ou itens sobre elas. A empatia foi avaliada em apenas uma pesquisa (Hamada et al., 2003) a partir de uma subescala do *Family Support System* (FSS, Oshima, 1987; Oshima, Yagihashi & Okagami, 1994). As HS de comunicação foram avaliadas em quatro estudos. O'Brien et al. (2009) utilizou um sistema de codificação para analisar comunicação construtiva e/ou

conflituosa baseada no *Family Problem Solving Code* (FAMPROS, Forbes, Vuchinich & Kneedler, 2001). Brister et al. (2012) averiguou habilidades de comunicação com o *Family Problem Solving and Communication Scale* (FPSC, McCubbin, McCubbin & Thompson, 1997). Guada et al. (2012) analisou comunicação, responsividade e envolvimento afetivo com o *McMaster Family Device* (Miller, Ryan, Keitner, Bishop, & Epstein, 2000). Brady et al. (2017) avaliou habilidades de comunicação a partir de 11 itens de um questionário elaborado para o próprio estudo. Holmgren et al., (2005) elaboraram um questionário próprio para avaliar o compartilhamento afetivo de atividades sociais, familiares e recreativas. Componente não verbal de habilidades sociais, a postura da cabeça durante uma simulação de interação social, foi avaliada por Ramsauer et al. (2013) com base no *Berner Coding System* (Frey & Cranach, 1980). Por fim, duas pesquisas (Gharavi et al., 2018; Kim & Mueser, 2011) que avaliaram a efetividade de intervenções não averiguaram as HS.

Nas pesquisas consultadas, foram analisadas outras variáveis não necessariamente relacionadas às HS, tais como sobrecarga, empoderamento, autocuidado, estresse, estados de saúde geral, estados de saúde mental, qualidade de vida, atitudes negativas, estratégias para lidar com os pacientes, emoção expressa, ansiedade, depressão e estratégias de enfrentamento. As informações sobre os instrumentos utilizados para analisar essas variáveis podem ser coletadas nos artigos originais.

Descrição de HS e/ou suas dimensões de familiares cuidadores

Uma única pesquisa (Lima et al., 2014) avaliou escores globais de HS e relatou que 52,9% familiares cuidadores apresentavam escores abaixo da média encontrada. Em relação às dimensões do IHS-Del-Prette, instrumento utilizado pelos autores, o número de familiares cuidadores abaixo da média foi: 52,8% (Enfrentamento e autoafirmação com risco), 49,06%

(Autofirmação na expressão do afeto positivo), 56,6% (Conversaão e desenvoltura social), 50,9% (Autoexposição a desconhecidos e situações novas) e 41,5% (Autocontrole da agressividade em situações aversivas). Ressalta-se que dentro dessa porcentagem se encontram os familiares com repertório deficitário em HS. De acordo com os autores, esse resultado se mostrou preocupante, visto que as HS são importantes para diminuir a sobrecarga dos cuidadores. Na mesma pesquisa, com a utilização de outro instrumento, a RAS, os autores relataram que 56,6% dos familiares tinham escores acima da média para a timidez e 47,17% para a agressividade, variáveis que podem ser consideradas como componentes negativos relacionados ao comportamento assertivo. Em outra direção, Roldan et al. (2014) verificaram que 77,1% da amostra investigada se comportava de forma assertiva.

A qualidade dos processos interacionais de familiares com pacientes com transtorno bipolar foi verificada em uma pesquisa (Holmgren et al., 2005). Os autores consideraram a qualidade da relação a partir do comportamento de compartilhar de forma carinhosa atividades sociais, familiares ou recreativas e os resultados indicaram distanciamento constante em cerca de metade das famílias quando o paciente é filho (55,2%) ou cônjuge (54,5%).

Na pesquisa de Hamada et al. (2003), os autores descreveram atitudes empáticas de familiares cuidadores em relação aos pacientes e encontraram que 95,9% dos familiares diziam ser capazes de entender como o paciente se sentia e 72,7% queriam dar continuidade aos cuidados prestados. Por outro lado, os autores observaram porcentagens elevadas de insatisfação em relação à motivação (59,5%), trabalho e papel que eles desempenhavam dentro de casa (60,4%).

Apenas no estudo de Ramsauer et al. (2013), foi avaliada a posição da cabeça, considerada um componente não verbal de HS importante para a comunicação. Os pesquisadores observaram esse componente e fizeram comparações entre cuidadores de

grupos clínicos (adolescentes com esquizofrenia) e não clínicos (adolescentes sem diagnóstico). Os resultados indicaram que os familiares cuidadores do grupo clínico apresentaram mais posturas abaixadas da cabeça em linha reta, tanto em frequência como em duração, em comparação com o grupo não clínico. De acordo com os autores, esses achados podem indicar uma forma de lidar com o desconforto ou a angústia em relação aos adolescentes com esquizofrenia.

Fatores relacionados às HS dos familiares cuidadores

Na apreciação dos resultados das pesquisas foram observadas que HS globais e/ou suas dimensões se relacionaram estatisticamente com outras habilidades, medidas clínicas e sociodemográficas dos familiares e também com funcionamento psicossocial dos pacientes psiquiátricos. Foi verificado que cuidadores com melhores escores globais de HS apresentavam mais estratégias para lidar com os pacientes e buscavam mais por suporte social (Lima et al., 2014). Os mais assertivos também buscavam mais por apoio social (Lima et al., 2014), tinham menor grau de sobrecarga e apresentavam menos problemas clínicos de ansiedade, depressão e estresse percebido (Roldan et al., 2014). Por outro lado, familiares que cuidavam de pacientes com níveis mais elevados de sintomas psicóticos e/ou desajustamento social apresentavam menos atitudes empáticas (Hamada et al., 2003).

Análises de variáveis sociodemográficas em relação às HS, ou suas dimensões, foram realizadas em dois estudos (Lima et al., 2016, 2014). Os resultados indicaram que familiares cuidadores com maior nível de escolaridade apresentavam melhor escore global de HS, melhores escores nas subescalas de enfrentamento com risco, conversação e desenvoltura social, autoexposição a desconhecidos e situações novas, assim como menor inibição e timidez. Por outro lado, apresentavam mais comportamento agressivo em situações de

interação social. Familiares do sexo masculino tinham mais controle da agressividade em situações aversivas. Os que trabalhavam obtiveram pontuações mais elevadas nas subescalas de autoexposição a desconhecidos e situações novas e eram mais agressivos. Os casados ou que viviam como casados tinham menor inibição e os familiares mais velhos apresentavam menor nível de agressividade

A influência das habilidades sociais dos familiares cuidadores sobre funcionamento social dos pacientes foi testada em duas pesquisas. O'Brien et al. (2009) identificou que pais e mães que se comunicavam de forma construtiva com seus filhos em interações sociais tendiam a ter filhos mais habilidosos em comunicação e habilidades de resolução de problemas. Além disso, verificou que a comunicação construtiva dos pais se correlacionou positivamente a um melhor funcionamento social dos filhos após seis meses. Resultado semelhante foi encontrada em outra pesquisa (Guada et al., 2012). Ao testar um modelo, os autores verificaram que o funcionamento psicossocial dos pacientes era melhor quando seus cuidadores tinham mais habilidades de resolução de problemas, comunicação, responsividade, envolvimento afetivo e também mantinham mais contatos sociais familiares.

Intervenções de HS com familiares cuidadores

Dos 14 estudos selecionados para a presente revisão, cinco avaliaram a efetividade intervenções com a população de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos. Quatro (Brady et al., 2017; Brister et al., 2012; Gharavi et al., 2018; Roldán et al., 2015) avaliaram programas que continham partes voltadas ao desenvolvimento de HS e um analisou especificamente o THS (Kim & Mueser, 2011). Os principais resultados das pesquisas serão descritos a seguir.

Na pesquisa de Kim e Mueser (2011), não obstante do THS e duas modalidades de psicoeducação diminuam as atitudes negativas das mães em relação a seus filhos com esquizofrenia logo após as intervenções, apenas o THS demonstrou-se efetivo ao longo de um *follow-up*. No estudo de Brister et al. (2012), a intervenção diminuiu problemas de comunicação e melhorou o autocuidado e empoderamento. A partir da intervenção, avaliada por Roldán et al. (2015), os familiares obtiveram melhorias no nível de depressão, comportamento assertivo e em três estratégias de enfrentamento (resolução de problemas, reestruturação cognitiva e prevenção de problemas). Na pesquisa de Brady et al. (2017), a intervenção demonstrou melhorias em relação aos sentimentos de isolamento, no autocuidado e capacidade e confiança nos processos de comunicação com pessoas com depressão. Por fim, no estudo de Gharavi et al. (2018) os resultados do treinamento de habilidades de interação mostraram aumento significativo da autoeficácia e diminuição sobrecarga sentida pelos familiares cuidadores.

Discussão

Um primeiro aspecto observado foi que os estudos sobre as HS de familiares cuidadores não acompanharam, temporalmente, o processo de desinstitucionalização e as reformas na legislação sobre a assistência psiquiátrica. No contexto internacional, o primeiro estudo é datado apenas de 2003 e, no contexto brasileiro, a primeira pesquisa com familiares de pacientes atendidos em CAPS foi publicada em 2014. No Brasil, por exemplo, a mudança do modelo do tratamento hospitalar dos pacientes para a assistência comunitária e, conseqüentemente, uma maior participação das famílias foi impulsionada pela portaria 224 de 1992, que criou oficialmente os CAPS e, principalmente, pela lei 10.216 de 2001 que dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos psiquiátricos.

Esse primeiro aspecto demonstra uma situação que pode ser encarada de um ponto de vista preocupante, uma vez que há um atraso na investigação do repertório de habilidades sociais como fator protetivo em relação à sobrecarga desses familiares. No modelo apresentado por Maurin e Boyd (1990), por exemplo, a qualidade do relacionamento, o suporte social, as estratégias de enfrentamento, o nível socioeconômico e outros eventos da vida podem atuar como fatores que atenuam a sobrecarga subjetiva. Ressalta-se que esse atraso, bem como o número reduzido de estudos que investigaram habilidades moderadoras, no contexto brasileiro, também foi evidenciado por Santos e Bandeira (2015). Nesta revisão foi verificada a ausência de estudos nacionais sobre a relação entre estratégias de enfrentamento e sobrecarga; em contrapartida no contexto internacional foram encontradas 36 pesquisas. Apesar da ausência de pesquisas sobre as variáveis moderadoras, a sobrecarga é estudada no Brasil desde 1991, conforme evidenciado na revisão de Bandeira e Barroso (2005).

Referente aos dados sociodemográficos da população de familiares cuidadores, os resultados encontrados são condizentes com o perfil traçado em estudo anterior (Barroso, 2014). Nos estudos analisados, constatou-se que a maioria dos cuidadores são mães ou pais e mulheres. Outra característica predominante nas amostras das pesquisas é a baixa escolaridade, aspecto que de acordo com a literatura representa um fator de risco e associado a uma maior incidência de problemas de saúde mental (Abreu, Barleta, & Murta, 2015).

Sobre os quadros psiquiátricos dos pacientes, apesar de ser observada uma variedade, a maior parte era diagnosticada dentro dos grupos do espectro da Esquizofrenia ou Transtornos do Humor, diagnósticos comumente recebidos por pessoas tratadas em CAPS. Esses dados são semelhantes aos citados na revisão de Santos e Bandeira (2015) sobre estratégias de enfrentamento e sobrecarga, que também foi realizada com a população de

familiares cuidadores. As autoras verificaram que de 36 pesquisas, em 22 o diagnóstico predominante era o de Esquizofrenia.

Referente às HS dos familiares cuidadores, em aspectos de caracterização, relação com outras variáveis e efetividade de programas de intervenção, as pesquisas demonstraram resultados importantes. Por um lado, as pesquisas indicaram aspectos preocupantes, uma vez que parte das amostras estudadas apresentou problemas em HS globais e suas dimensões, como timidez, agressividade, atitudes empáticas negativas e déficits em componentes não-verbais. As dificuldades nessas habilidades podem trazer consequências negativas aos cuidadores, uma vez que, como preconizado no modelo de sobrecarga (Maurin & Boyd, 1990) as variáveis relacionadas aos comportamentos de relacionamento interpessoal, como a qualidade do relacionamento, suporte social e estratégias de enfrentamento, quando executadas de forma inadequada, podem atuar como moderadoras aumentando o nível de sobrecarga. Hansen et al. (2014), por exemplo, destacaram que é possível que cuidadores e pacientes com melhor desempenho social sofram menor impacto da esquizofrenia.

Por outro lado, os estudos demonstraram resultados que podem ser analisados de um ponto de vista mais satisfatório. Parte dos familiares analisados demonstrou maior entendimento e tinham a vontade de continuar cuidando dos pacientes. Outros resultados indicaram que os familiares com mais HS tinham mais estratégias para lidar com pacientes, buscavam mais por suporte social e tinham menores níveis de sobrecarga. Nos estudos que avaliaram intervenções, houve melhora dos familiares cuidadores em relação às atitudes negativas, assertividade, comunicação, estratégias de enfrentamento, autocuidado, autoeficácia, empoderamento, sobrecarga, sentimento de isolamento, depressão, dentre outros. Esses resultados confirmam a importância das HS para os familiares cuidadores.

De todo modo, apesar dos resultados positivos encontrados, algumas considerações precisam ser pontuadas. Em primeiro lugar, nenhum dos estudos de intervenção utilizou

delineamento verdadeiramente experimental para verificar a efetividade. De cinco estudos, quatro foram realizados sem um grupo controle para comparação. O outro estudo, apesar de ser realizado com três grupos, nenhum foi controle sem intervenção, e, além disso, se tratava de um estudo piloto, sendo que os familiares participaram de apenas cinco sessões terapêuticas e não foram distribuídos de forma aleatória entre os grupos. Conforme Cozby (2006) e Shaughnessy, Zechmeister e Zechmeister (2012), experimentos verdadeiros, possuem maior controle e demonstram resultados de forma mais fidedigna, uma vez que em sua metodologia há a designação dos sujeitos por aleatorização entre os grupos, manipulação sistemática das variáveis independentes, escolha de variáveis dependentes e a comparação adequada da eficácia.

Em segundo lugar, apesar dos instrumentos utilizados para avaliar as HS apresentarem qualidades psicométricas satisfatórias, nenhum deles foi construído especificamente para avaliar familiares cuidadores de pessoas com transtornos psiquiátricos. A utilização de instrumentos construídos e validados com outras populações pode deixar de levar em consideração, por exemplo, os aspectos situacionais das HS. Isso diminui a validade dos resultados obtidos, visto que os familiares cuidadores foram avaliados, comumente, a partir de itens que não contemplam as contingências de cuidados que estão inseridos diariamente.

Os resultados indicaram que as HS têm sido foco de poucos estudos na população de familiares cuidadores de pessoas com transtornos psiquiátricos. Esse achado indica uma situação problemática para essa população, que necessita de suporte, principalmente por parte dos profissionais dos serviços de saúde mental, para o desenvolvimento dessas habilidades de forma a lidar adequadamente com a situação de cuidadores. Conseqüentemente, prejuízos nessa assistência podem afetar a qualidade de vida e o processo de reinserção social das pessoas com transtornos psiquiátricos. De todo modo, os resultados obtidos, mesmo com a pequena amostra de pesquisas, permitiram alcançar os objetivos da presente revisão. Foi

possível sintetizar o conhecimento acumulado sobre HS dessa população, destacando informações sobre repertório, variáveis sociodemográficas e psicológicas associadas, intervenções, bem como discutir sobre as metodologias e resultados das pesquisas e, por fim, identificar lacunas na literatura.

Devido ao caráter situacional das HS, bem como das condições de vida específicas que essa população enfrenta no cotidiano, torna-se necessário mais investimento em pesquisas. Dessa forma, sugere-se que pesquisas futuras sejam conduzidas com a finalidade de desenvolver instrumentos específicos para aferir HS dessa população, contemplando as situações cotidianas dos cuidadores para uma avaliação mais ampla e contextualizada. Além disso, dispor de instrumento adequado de avaliação viabiliza que outros pesquisadores elaborem e testem programas de THS com a população de cuidadores atendidos em CAPS. Tais programas, necessários, mas ainda ausentes para a população de familiares de pessoas com transtornos psiquiátricos no Brasil, podem proporcionar outro foco de atendimento, permitindo aos cuidadores uma maior participação no tratamento de seus parentes e, conseqüentemente, melhorando aspectos psicológicos e da qualidade de vida de ambos. É importante que essas investigações sejam elaboradas com base em métodos apropriados e delineamentos cuidadosos, com grupo controle, distribuição aleatória dos sujeitos entre os grupos e *follow-up*.

Referências

- Abreu, S., Barleta, J. B., & Murta, S. G. (2015). Prevenção e promoção em saúde mental: pressupostos teóricos e marcos conceituais. In S. G. Murta, C. Leandro-França, K. B. Santos, & L. Polejack (Eds.), *Prevenção e promoção em saúde mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção* (pp. 54–74). Novo Hamburgo: Synopsys.
- Albuquerque, E. P. T. de, Cintra, A. M. de O., & Bandeira, M. (2010). Sobrecarga de

- familiares de pacientes psiquiátricos: comparação entre diferentes tipos de cuidadores. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(4), 308–316. doi:10.1590/s0047-20852010000400007
- Bandeira, M., & Barroso, S. M. (2005). Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54(1), 34–46.
- Bandeira, M., Tostes, J. G. de A., Santos, D. C. S., Lima, D. C., & Oliveira, M. S. de. (2014). Sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos: relação com assertividade. *Psico-USF*, 19(3), 399–409. doi:10.1590/1413-82712014019003003
- Barroso, S. (2014). Sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos. In M. Bandeira, L. A. Lima, & S. Barroso (Eds.), *Avaliação de serviços de saúde mental: princípios metodológicos, indicadores de qualidade e instrumentos de medida* (pp. 187–216). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Barroso, S., & Bandeira, M. (2012). Os serviços psiquiátricos estão atendendo as necessidades dos familiares cuidadores? In S. Barroso & F. Scorsolini-Comin (Eds.), *Diálogos em Psicologia: práticas profissionais e produção de conhecimento* (pp. 119–131). Editora UFTM.
- Barroso, S. M., Bandeira, M., & Nascimento, E. do. (2007). Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 34(6), 270–277. doi:10.1590/s0101-60832007000600003
- Brady, P., Kangas, M., & McGill, K. (2017). What works in family psychoeducation for depression? A component analysis of a six-week program for family-carers of people with depression. *The Australian Community Psychologist*, 28(2), 67–84.
- Brister, T., Cavaleri, M. A., Olin, S. S., Shen, S., Burns, B. J., & Hoagwood, K. E. (2012). An Evaluation of the NAMI Basics Program. *Journal of Child and Family Studies*, 21(3), 439–442. doi:10.1007/s10826-011-9496-6

- Cabral, L., Duarte, J., Ferreira, M., & Dos Santos, C. (2014). Anxiety, stress and depression in family caregivers of the mentally ill. *Atencion Primaria*, 46(S5), 176–179. doi:10.1016/s0212-6567(14)70087-3
- Caqueo-Urizar, A., Rus-Calafell, M., Urzúa, A., Escudero, J., & Gutiérrez-Maldonado, J. (2015). The role of family therapy in the management of schizophrenia: challenges and solutions. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 145–151. doi:10.2147/ndt.s51331
- Cozby, P. C. (2006). *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento*. São Paulo, SP: Atlas.
- Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2017). *Competência Social e Habilidades Sociais: manual teórico-prático*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2001). *Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del-Prette): manual de aplicação, apuração e interpretação*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Demarco, D. D. A., Nunes, C. K., Jardim, V. M. R., Coimbra, V. C. C., & Kantorski, L. P. (2014). Sobrecarga dos familiares de pacientes psiquiátricos: revisão integrativa. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 6(4), 1677-1686.
- Dias, E. A. (2011). *Sobrecarga vivenciada por familiares cuidadores de pacientes esquizofrênicos e sua relação com a depressão*. (Dissertação de Mestrado) Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Eloia, S. C., Oliveira, E. N., Eloia, S. M. C., Lomeo, R. da C., & Parente, J. R. F. (2014). Sobrecarga do cuidador familiar de pessoas com transtorno mental: uma revisão integrativa. *Saúde Em Debate*, 38(103). doi:10.5935/0103-1104.20140085
- Forbes, C., Vuchinich, S., & Kneedler, B. (2001). Assessing families with the family problem solving code. In P. K. Kerig & K. Lindahl (Eds.), *Family Observational Coding Systems*

- (pp. 59–76). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Frey, S., & Cranach, M. (1980). A method for the assessment of body movement variability. In M. Cranach (Ed.), *Social Communication and Movement* (pp. 389–418). New York: Academic Press.
- Gambrill, E. D., & Richey, C. A. (1975). An assertion inventory for use in assessment and research. *Behavior Therapy*, *6*(4), 550-561. doi:10.1016/s0005-7894(75)80013-x
- Gharavi, Y., Stringer, B., Hoogendoorn, A., Boogaarts, J., Van Raaij, B., & Van Meijel, B. (2018). Evaluation of an interaction-skills training for reducing the burden of family caregivers of patients with severe mental illness: A pre-posttest design. *BMC Psychiatry*, *18*(1), 1–8. doi:10.1186/s12888-018-1669-z
- Glozman, J. M. (2004). Quality of Life of Caregivers. *Neuropsychology Review*, *14*(4), 183–196. doi:10.1007/s11065-004-8158-5
- Guada, J., Hoe, M., Floyd, R., Barbour, J., & Brekke, J. S. (2012). How family factors impact psychosocial functioning for African American consumers with schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, *48*(1), 45–55. doi:10.1007/s10597-010-9365-6
- Habibi, R., Nayer, M. S., & Zadeh, M. K. (2015). Educational Needs of Families of Patients with Schizophrenia: A Literature Review. *International Journal of Medical Reviews*, *2*(2), 250–255.
- Hamada, Y., Ohta, Y., & Nakane, Y. (2003). Factors affecting the family support system of patients with schizophrenia: A survey in the remote island of Tsushima. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *57*(2), 161–168. doi:10.1046/j.1440-1819.2003.01096.x
- Hansen, N. F., Vedana, K. G. G., Miasso, A. I., Donato, E. C. da S. G., & Zanetti, A. C. G. (2014). A sobrecarga de cuidadores de pacientes com esquizofrenia: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, *16*(1), 220-227. doi:10.5216/ree.v16i1.20965

- Hjärthag, F., Helldin, L., Olsson, A.-K., & Norlander, T. (2012). Family burden and functional assessment in the Swedish CLIPS-study: do staff and relatives agree on individuals with psychotic disorders' functional status? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *47*(4), 581–587. doi:10.1007/s00127-011-0358-8
- Holmgren G., D., Lermenda S., V., Cortés V., C., Cárdenas M., I., Aguirre A., K., & Valenzuela A., K. (2005). Alteración del funcionamiento familiar en el trastorno bipolar. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, *43*(4), 275–286. doi:10.4067/s0717-92272005000400002
- Kim, C., & Mueser, K. T. (2011). The effects of social skills training vs. Psychoeducation on negative attitudes of mothers of persons with Schizophrenia: A pilot study. *Psychiatry Investigation*, *8*(2), 107–112. doi:10.4306/pi.2011.8.2.107
- Koller, S. H., Couto, M. C. P. de P., & Hohendorff, J. Von. (2014). *Manual de Produção Científica*. Porto Alegre, RS: Penso.
- Lima, D. C., Bandeira, M., & Oliveira, M. S. de. (2016). Fatores associados à assertividade de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos. *Estudos e Pesquisas Em Psicologia*, *16*(2), 414–430. doi:10.12957/epp.2016.29168
- Lima, D. C., Bandeira, M., Oliveira, M. S. de, & Tostes, J. G. de A. (2014). Habilidades sociais de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, *31*(4), 549–558. doi:10.1590/0103-166x2014000400009
- Lima, D. C. L. (2013). *Habilidades sociais de familiares cuidadores de pacientes com transtornos psiquiátricos*. Universidade Federal de São João del Rei.
- Lougon, M. (2006). *Psiquiatria institucional: do hospício à reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Magliano, L., Fiorillo, A., De Rosa, C., Malangone, C., & Maj, M. (2005). Family burden in long-term diseases: a comparative study in schizophrenia vs. physical disorders. *Social*

- Science & Medicine*, 61(2), 313–322. doi:10.1016/j.socscimed.2004.11.064
- Maurin, J. T., & Boyd, C. B. (1990). Burden of mental illness on the family: A critical review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 4(2), 99–107. doi:10.1016/0883-9417(90)90016-e
- McCann, T. V., Lubman, D. I., & Clark, E. (2011). First-time primary caregivers' experience accessing first-episode psychosis services. *Early Intervention in Psychiatry*, 5(2), 156–162. doi:10.1111/j.1751-7893.2010.00246.x
- McCubbin, M. A., McCubbin, H. I., & Thompson, A. I. (1997). Family problem solving communication index. In *Family assessment: resiliency, coping and adaptation: inventories for research and practice* (pp. 639–686). Madison, Wis: University of Wisconsin Publishers.
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. de C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 17(4), 758–764. doi:10.1590/s0104-07072008000400018
- Miller, I. W., Ryan, C. E., Keitner, G. I., Bishop, D. S., & Epstein, N. B. (2000). The McMaster Approach to Families: theory, assessment, treatment and research. *Journal of Family Therapy*, 22(2), 168–189. doi:10.1111/1467-6427.00145
- Ministério da Saúde. (2004). *Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial* (1^a). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- O'Brien, M. P., Zinberg, J. L., Ho, L., Rudd, A., Kopelowicz, A., Daley, M., ... Cannon, T. D. (2009). Family problem solving interactions and 6-month symptomatic and functional outcomes in youth at ultra-high risk for psychosis and with recent onset psychotic symptoms: a longitudinal study. *Schizophrenia Research*, 107(2–3), 198–205. doi:10.1016/j.schres.2008.10.008
- Oshima, I. (1987). A study of family support system for the mentally disabled from the perspective of its functions and resources. *Psychiatr Neurol*, 89, 204–241.

- Oshima, I., Yagihashi, M., & Okagami, K. (1994). The relationship between expressed emotion and daily life functioning of families who take care of the schizophrenics members. *Psychiatr Neurol*, 493–511.
- Pasquali, L., Moura, C. F., & Freitas, L. C. O. (2002). *Escala de Assertividade Rathus – RAS*. Brasília, DF: LAPBAM.
- Quadros, L. de C. M. de, Gigante, D. P., Kantorski, L. P., & Jardim, V. M. da R. (2012). Transtornos psiquiátricos menores em cuidadores familiares de usuários de Centros de Atenção Psicossocial do Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(1), 95–103. doi:10.1590/s0102-311x2012000100010
- Ramsauer, B., Lotzin, A., Parzer, P., & Resch, F. (2013). Head position and expressed emotion of adolescents with schizophrenia and their caregivers compared to non-patient controls. *Psychopathology*, 46(4), 225–232. doi:10.1159/000342131
- Robinson K. (1990). The relationships between social skills, social support, self-esteem and burden in adult caregivers. *Journal of Advanced Nursing*, 15(7), 788–795. doi:10.1111/j.1365-2648.1990.tb01908.x
- Roldan, G. M., Salazar, I. C., & Garrido, L. (2014). La asertividad y la salud de familiares cuidadores de pacientes con trastorno mental grave. (Ensayo). *Behavioral Psychology/Psicologia Conductual*, 22(3), 501.
- Roldán, G. M., Salazar, I. C., Garrido, L., & Cuevas, A. M. (2015). Group psychological intervention, based on acceptance and communication training, with relatives of people with severe mental disorders. *Anales de Psicología*, 31(3), 759–772.
- Santos, D. C. S., & Bandeira, M. (2015). Estratégias de enfrentamentos e sobrecarga dos familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos: revisão de literatura. *Psicologia Em Pesquisa*, 9(1), 88–104. doi:10.5327/z1982-1247201500010011
- Shaughnessy, J. J., Zechmeister, E. B., & Zechmeister, J. S. (2012). *Metodologia de pesquisa*

em psicologia. Porto Alegre, RS: Penso.

Souza, M. T., Silva, M. D., & Carvalho, R. (2010). Revisão Integrativa: o que é e como fazer.

Einsten (São Paulo), 8(1), 102-106.

Tessler, R., & Gamache, G. (2000). *Family experiences with mental illness*. Westport: Alburn House.

Tomasi, E., Ongaratto, J. R., Feijó, G. P., Facchini, L. A., Plccini, R. X., Thumé, E., ...

Gonçalves, H. (2010). Sobrecarga em familiares de portadores de sofrimento psíquico que frequentam Centros de Atenção Psicossocial. *Saúde Em Debate*, 34(84), 159–167.

Tribunal de Contas da União. (2005). *Avaliação das Ações de Atenção à Saúde Mental: Programa Atenção à Saúde de Populações Estratégicas e em Situações Especiais de Agravos*. Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo.

Weimand, B. M., Israel, P., & Ewertzon, M. (2018). Families in Assertive Community Treatment (ACT) Teams in Norway: A Cross-Sectional Study on Relatives' Experiences of Involvement and Alienation. *Community Mental Health Journal*, 54(5), 686–697. doi:10.1007/s10597-017-0207-7

Yesufu-Udechuku, A., Harrison, B., Mayo-Wilson, E., Young, N., Woodhams, P., Shiers, D., ... Kendall, T. (2015). Interventions to improve the experience of caring for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 206(4), 268–274. doi:10.1192/bjp.bp.114.147561

CAPÍTULO 2

ESTUDOS DE CONSTRUÇÃO, VALIDADE E PRECISÃO DO INVENTÁRIO DE HABILIDADES SOCIAIS PARA FAMILIARES CUIDADORES DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS (IHS-FCPP)

A Organização Mundial da Saúde (OMS; 2001), em seu relatório sobre a saúde no Mundo publicado em 2001, definiu uma série de recomendações para ações na assistência à saúde mental. Dentre elas, a entidade destacou a necessidade do envolvimento da família no tratamento. Esta indicação foi reforçada em diferentes documentos publicados no decorrer dos anos que se seguiram (OMS, 2008, 2010, 2013).

No Brasil, o principal serviço de atenção à saúde mental, de acordo com documento publicado pelo Ministério da Saúde (MS; 2004), é o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). O objetivo do serviço é oferecer atendimento à população dentro de sua área de abrangência, realizando acompanhamento clínico a reinserção social dos usuários nas áreas de trabalho, lazer e exercício dos direitos civis. O documento do MS, em conformidade com as recomendações OMS, também destacou a necessidade do fortalecimento dos laços familiares, indicando que eles devem ser parceiros no tratamento e usufruírem de acompanhamento, atividades de ensino, entre outras intervenções. Entretanto, em uma investigação sobre as ações de atenção à saúde mental, realizada pelo Tribunal de Contas da União (TCU) no ano de 2005, foi evidenciado nos projetos terapêuticos dos CAPS que as visitas domiciliares e os atendimentos aos familiares não eram realizados de forma sistemática.

Recentemente, dois estudos de revisão corroboraram esses achados do TCU. Pinho, Souza e Esperidião (2018) destacaram que a ausência dos familiares nos serviços ainda é um problema significativo na maioria dos CAPS. Na mesma direção, Vanzela e Pegoraro (2018) informaram que estudos têm indicado que há serviços em que os profissionais não orientam

os familiares ou então o fazem de forma insuficiente. Além disso, as autoras ainda enfatizaram que para algumas famílias não são fornecidos atendimento e, somado a essa dificuldade, muitos profissionais desconhecem o cotidiano dos pacientes em suas residências o que atrapalha, ainda mais, que sejam repassadas orientações adequadas.

Sem um apoio adequado, as famílias dos pacientes atendidos em CAPS acabam por assumir mais responsabilidades nos cuidados diários e, nesse contexto, são acometidos por diversas consequências negativas. Uma das principais implicações para as famílias, que tem sido vastamente estudada no contexto nacional e internacional, é o fenômeno da sobrecarga familiar. De acordo com Barroso (2014), o termo sobrecarga familiar (*family burden*) foi utilizado inicialmente para indicar o aumento de obrigações, assim como problemas ocasionados pela presença de uma enfermidade crônica em um membro da família. Entretanto, com o tempo o conceito foi ampliado e, atualmente, corresponde a “todas as consequências negativas relacionadas ao papel de cuidador” (p. 190). Essas consequências negativas comprometem várias dimensões da vida dos familiares cuidadores, porque além das atividades já desempenhadas diariamente, com o adoecimento do paciente, eles se tornam os principais provedores de cuidados, passando a deixar suas necessidades em segundo plano e reorganizando sua vida em função das necessidades do familiar adoecido (Bandeira & Barroso, 2005; Barroso, 2014; Maurin & Boyd, 1990).

Segundo Maurin e Boyd (1990), Loukissa (1995) e Rose (1996), a sobrecarga pode ser descrita em duas dimensões. A dimensão objetiva se refere a aspectos concretos e observáveis, provenientes do processo de prestação de cuidados, como a alteração na rotina e diminuição do tempo para relações sociais e profissionais, bem como a supervisão de comportamentos problemáticos dos pacientes. A outra dimensão é a subjetiva, envolvendo os sentimentos e preocupações dos familiares por suas responsabilidades no processo de cuidar.

Nas revisões de literatura de Bandeira e Barroso (2005), Demarco, Nunes, Jardim, Coimbra e Kantorski (2014), Eloia, Oliveira, Eloia, Lomeo e Parente (2014) e Hansen, Verdana, Miasso, Donato e Zanetti (2014), foram apresentados dados de pesquisas, nacionais e internacionais, apontando a ocorrência de altos níveis de sobrecarga em familiares cuidadores de pacientes com transtornos psiquiátricos. Além dos elevados níveis, as revisões citadas e outros estudos (Barroso, Bandeira & Nascimento, 2007; Barroso, Bandeira & Nascimento, 2009; Soares & Munari, 2007) apontaram diversos fatores preditores da sobrecarga, assim como consequências para a saúde mental e qualidade de vida dos familiares.

Nas revisões, diversos fatores foram considerados como preditores da sobrecarga, tais como idade mais avançada, ausência de atividade profissional, desemprego, problemas financeiros, baixa renda, baixa escolaridade, ausência de lazer, falta de conhecimento sobre o transtorno psiquiátrico, ter que supervisionar comportamentos problemáticos (e.g., agressividade), dificuldade dos pacientes em realizar atividades diárias, falta de tempo para descanso, preocupações com o futuro, alteração da rotina, isolamento social, falta de apoio social e preconceito. Os estudos também identificaram algumas consequências da sobrecarga, são elas: desgaste emocional, insegurança, medo, sentimento de culpa, diminuição da qualidade de vida, depressão, ansiedade e transtornos psiquiátricos menores. Por outro lado, os autores encontraram que os fatores relacionados com menor sobrecarga dos familiares cuidadores foram: ter vínculo forte com outros membros da família, participar de grupos sociais e manter atividades de lazer.

Maurin e Boyd (1990), a partir de pesquisas sobre as experiências de cuidado dos familiares aos pacientes com transtornos psiquiátricos, elaboraram um modelo teórico de sobrecarga subjetiva. No modelo, as variáveis antecedentes, a sobrecarga objetiva e os fatores moderadores explicam a sobrecarga subjetiva. As variáveis antecedentes são características

dos pacientes (diagnóstico, sintomatologia, nível de autonomia, tipo de residência que mora e tipo de tratamento recebido). Elas afetam o grau de sobrecarga objetiva por determinar a frequência da assistência prestada ao paciente e, também, com influência na vida social e profissional do familiar cuidador. As variáveis antecedentes e a sobrecarga objetiva determinam o grau de sobrecarga subjetiva. Porém, as variáveis moderadoras, que compreendem a qualidade do relacionamento entre o paciente e o familiar, o suporte social recebido, as estratégias de enfrentamento, o nível socioeconômico e a presença ou ausência de outros estressores podem aumentar ou diminuir esse grau de sobrecarga.

Nesse modelo, é possível identificar que as variáveis relacionadas às contingências de relacionamento interpessoal são significativamente importantes. Nas variáveis moderadoras, por exemplo, os autores destacaram a qualidade do relacionamento, o suporte social e as estratégias de enfrentamento. A relevância dessas variáveis é reforçada em um estudo recente sobre necessidades educacionais para familiares cuidadores de pacientes com esquizofrenia (Habib, Nayer & Zadeh, 2015). Os autores descreveram seis dimensões que precisam ser trabalhadas: estabelecimento de interações sociais, busca por fontes de suporte social, informações sobre aspectos desconhecidos da esquizofrenia, estratégias de manejo do estresse e enfrentamento, formas de lidar com o estigma e táticas para melhorar a qualidade de vida.

Ao levar em consideração as variáveis moderadoras do modelo de sobrecarga e as necessidades educacionais é possível perceber que todos os aspectos apresentados têm íntima relação com habilidades de relacionamento interpessoal, também denominada no campo da Psicologia como habilidades sociais¹. Alguns estudos que demonstraram empiricamente a relação entre essas habilidades ou algumas de suas dimensões e a sobrecarga serão descritos a seguir.

¹ O conceito de habilidades sociais está detalhado no Capítulo 1.

No caso do apoio social, Lima, Bandeira, Oliveira e Tostes (2014) demonstraram que os familiares cuidadores com escores mais elevados de habilidades sociais globais, enfrentamento e autoafirmação com risco, expressão de sentimento positivo e conversação e desenvoltura social buscavam mais por suporte social. Aravena e Alvarado (2010), Aschbrenner, Greenberg, Allen e Seltzer (2010), Moller-Leimkuhler e Wiesheu (2012) demonstraram que os familiares que tinham mais apoio social apresentavam menor grau de sobrecarga.

Referente às estratégias de enfrentamento, Lima et al. (2014) evidenciaram que familiares com escores mais elevados em habilidades sociais globais e na dimensão de expressão de sentimento positivo tinham mais estratégias para lidar com o paciente. Barroso et al. (2009) encontraram que os familiares que realizavam atividades de lazer dentro de casa e mantinham atividades religiosas conseguiam modular melhor a sobrecarga diminuindo o grau de sobrecarga subjetiva. A mesma autora salientou que os familiares cuidadores com maior grau de sobrecarga subjetiva recorriam a um maior número de estratégias de enfrentamento para lidar com a situação de adoecimento do familiar e se sentiam mais aliviados com essas estratégias. Santos (2015) encontrou que os familiares com maior grau de sobrecarga utilizavam mais estratégias focalizadas na emoção. De acordo com a autora essas estratégias funcionam na regulação do estado emocional frente à situação estressora e inclui comportamentos de evitação, resignação, coerção, dentre outros.

Em relação à sobrecarga, Bandeira, Tostes, Santos, Lima e Oliveira (2014) encontraram que familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos menos tímidos e inibidos tinham menores níveis de sobrecarga subjetiva. Diante desses resultados é possível inferir que as habilidades sociais atuam como fator de proteção para essa população. Os resultados das pesquisas demonstraram diretamente a relação entre habilidades sociais e sobrecarga e também uma relação indireta, visto que níveis mais elevados de habilidades sociais se

correlacionaram positivamente com suporte social e estratégias de enfrentamento, variáveis que, segundo o modelo de Maurin e Boyd (1990), podem diminuir o sentimento de sobrecarga. Além disso, estudos de intervenções, baseadas em Treinamento de Habilidades Sociais (THS) ou que continham um de seus componentes (e.g., treinamento de comunicação), com a população de familiares cuidadores demonstraram resultados positivos em relação às atitudes negativas de mães com filhos diagnosticados com esquizofrenia (Kim & Mueser, 2011), problemas de comunicação, autocuidado e empoderamento (Brister et al., 2012), comportamento assertivo e estratégias de enfrentamento (Roldán, Salazar, Garrido, Cuevas-Toro., 2015).

Apesar das relações demonstradas entre habilidades sociais com estratégias de enfrentamento, suporte social e sobrecarga de familiares cuidadores, bem como os resultados positivos de intervenções, foi possível verificar problemas referentes aos instrumentos utilizados. Nos estudos citados foram verificados três instrumentos específicos de avaliação das habilidades sociais (IHS-Del-Prette) ou de sua classe denominada de assertividade (Escala de Assertividade Rathus – RAS – e *Assertion Inventory*). Apesar dos três instrumentos possuírem qualidades psicométricas satisfatórias eles não são específicos para a população de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos. No caso dos que foram utilizados no contexto brasileiro (IHS-Del-Prette e RAS), ao analisar seus manuais (Z. A. P. Del Prette & Del Prette, 2001; Pasquali, Moura & Freitas, 2002) foi possível verificar que as amostras utilizadas no processo de normatização eram constituídas de estudantes universitários e pessoas que estavam prestando concursos públicos.

Bandeira (2014) destacou que os instrumentos utilizados para avaliação de aspectos relacionados à saúde mental de pacientes e cuidadores devem averiguar dimensões pertinentes às contingências de vida dessas populações, bem como ter pertinência e importância específicas para esses usuários dos serviços. Como forma de suprir essa necessidade, a autora

salientou que no processo de construção dos itens é necessária a participação de indivíduos pertencentes à população-alvo. Essa indicação se insere nas recomendações da OMS (2001, 2008, 2010, 2013) sobre a necessidade monitorização da saúde mental na comunidade.

Diante de todos os argumentos apresentados até o momento torna-se evidente importância de habilidades sociais (HS) para os familiares de pacientes psiquiátricos, uma vez que elas podem atuar como protetoras em relação às consequências negativas advindas do processo de prestação de cuidados. Assim, devido o caráter situacional das HS e ausência de instrumentos, esta tese de doutorado teve como objetivo construir e analisar as qualidades psicométricas um instrumento específico direcionado à avaliação das HS para essa população. Para alcançar tal objetivo foram realizados três estudos: Estudo 1: Elaboração dos itens e validade de conteúdo do IHS-FCPP; Estudo 2: Evidências de validade baseada na estrutura interna e precisão do IHS-FCPP; Estudo 3: Evidências de validade do IHS-FCPP baseadas na relação com medidas externas. Por fim, um último estudo foi realizado (Estudo 4), não relativo à construção e validação do instrumento, mas para fazer uma caracterização do repertório de habilidades sociais dos familiares.

Estudo 1: Elaboração dos itens e validade de conteúdo do IHS-FCPP

Esse estudo teve como objetivo elaborar os itens para construção do IHS-FCPP e verificar a validade de conteúdo do instrumento. Para isso foram realizadas quatro etapas: 1) Estabelecimento da definição constitutiva e operacional do construto; 2) Elaboração dos itens; 3) Análise semântica e pertinência teórica por juízes especialistas; 4) Estudo piloto com a população-alvo.

Etapa 1: estabelecimento da definição constitutiva e operacional

A descrição de um construto a partir de outros, concebendo-o dentro de conceitos de uma teoria é o que Pasquali (1998, 2010) descreve como uma definição constitutiva. Para a realização desta tarefa, foram consultados livros em que são discutidos aspectos teóricos e práticos da área de habilidades sociais (A. Del Prette & Del Prette, 2014; Z. A. P. Del Prette & Del Prette, 2009, 2012) e da experiência de famílias nos cuidados a pessoas com transtornos psiquiátricos (Tessler & Gamache, 2000).

Após análise do material, foi estabelecida a seguinte definição constitutiva do construto de habilidades sociais de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos: Conjunto de comportamentos que o familiar cuidador deve apresentar para garantir a efetividade e qualidade do relacionamento com seu parente diagnosticado com transtorno psiquiátrico e com outras pessoas relacionadas a ele como, por exemplo, outros familiares, pessoas da região/comunidade em que reside e profissionais do serviço de saúde mental.

Em seguida, foi elaborada a definição operacional do construto. Seguindo as recomendações de Pasquali (1998, 2010) e Coluci, Alexandre e Milani (2015) foram estabelecidos indicadores comportamentais pelos quais as habilidades sociais dos familiares cuidadores se expressam. As definições operacionais foram especificadas e discriminadas em categorias de comportamentos, que também podem ser denominadas de classes de habilidades sociais. Elas foram elaboradas a partir das mesmas fontes de dados apresentadas na definição constitutiva, somadas à experiência do pesquisador e a partir de consulta a uma especialista da área de HS (orientadora da tese). Cabe ressaltar que os comportamentos descritos nas categorias são direcionados ao familiar com transtorno psiquiátrico, outros parentes, pessoas da comunidade e profissionais dos serviços de saúde mental. As classes estão descritas na Tabela 2.

Tabela 2
Classes e definições operacionais

Classes de Habilidades Sociais	Definições operacionais
Habilidades Sociais de Comunicação:	Fazer e receber elogios; iniciar, manter ou encerrar conversação; fazer e responder a agradecimentos;
Habilidades Sociais Assertivas de Enfrentamento	Fazer pedidos; desculpar-se ou pedir desculpas; defender os direitos de cuidador e do familiar com transtorno psiquiátrico (TP); dizer não; discordar/expressar desagrado; fazer e receber críticas; mediar conflitos; demonstrar autocontrole; manifestar opinião; controlar/monitorar o envolvimento do familiar com TP no tratamento; controlar/monitorar os cuidados de higiene básica; fazer pedidos; pedir mudança de comportamento do outro; discordar.
Habilidades sociais empáticas	Demonstrar compreensão e apoio; discriminar/compreender limitações; partilhar dificuldades ou êxitos do familiar com TP; perceber emoções e sentimentos.
Habilidades Sociais de Expressão de sentimento positivo	Expressar e retribuir afeto; incentivar conquistas; cultivar amizade; compartilhar sentimentos e emoções.
Habilidades Sociais de Suporte/Apoio Social	Solicitar ajuda dos outros familiares ou profissionais do CAPS; agradecer apoio dos outros familiares e profissionais do CAPS.
Habilidades Sociais Educativas	Auxiliar o familiar com TP a encontrar soluções para problemas; ensinar-lhe habilidades de convivência social ou comportamento alternativos aos problemáticos; promover suas interações sociais; estimular o familiar com TP na realização de atividades.
Habilidades Sociais de Supervisão/Manejo de Comportamentos Problemáticos	Manejar/controlar comportamentos problemáticos/de risco do familiar com TP; contornar excesso de demandas de atenção; incentivar comportamentos/pensamentos adaptativos; justificar/explicar comportamento problemático; incentivar participação nas tarefas da casa;
Estratégias e habilidades de processamento	Evitar ou fugir de comportamentos problemáticos do familiar com TP; discriminar sinais de problemas ou sintomas relacionados ao TP.

Etapa 2: elaboração dos itens

O objetivo dessa etapa foi elaborar os itens do instrumento. Para isso, foram consultadas quatro fontes de informação: (1) entrevistas com familiares cuidadores de pacientes atendidos em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); (2) entrevistas com profissionais de CAPS; (3) análise de instrumentos de habilidades sociais, de construtos relacionados e de ferramentas específicas de avaliação de familiares cuidadores de pacientes

psiquiátricos; (4) análise da literatura específica da área de habilidades sociais de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos. A coleta de dados e a construção dos itens baseadas em cada uma das fontes será descrita a seguir.

Fonte de informação 1. Entrevistas com familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos.

Foram realizadas 62 entrevistas com familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos atendidos em dois Centros de Atenção Psicossocial de cidades do interior de São Paulo e Minas Gerais². Os familiares entrevistados tinham mais de 18 anos e média de idade de 49,82 anos. Eles eram indicados, pelos profissionais do CAPS, como os principais cuidadores dos pacientes. As características sociodemográficas desses familiares estão descritas na Tabela 3.

Os pacientes pelos quais eram responsáveis tinham diagnósticos dentro das categorias de Esquizofrenia, Transtornos Esquizotípicos e Transtornos Delirantes (72,6%) e Transtornos do Humor ou Afetivos (27,4%), segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) da OMS (1998). Com relação aos dados sociodemográficos dos pacientes, a média de idade era de 42,21 anos, a maioria era do sexo masculino (56,5%), solteiro (69,4%), tinha no máximo o ensino fundamental incompleto (54,8%), não trabalhava (88,7%), mas possuía renda própria (74,2%).

² Das 62 entrevistas, 53 foram realizadas no estudo de Lima (2013) e utilizadas no presente estudo.

Tabela 3
Características sociodemográficas dos familiares cuidadores do Estudo 1

Variáveis	Categorias	Frequências (n)	Porcentagens (%)
Gênero	Feminino	49	79,0
	Masculino	13	21,0
Parentesco com o paciente	Pai/Mãe	21	33,9
	Irmão(ã)	24	38,7
	Cônjuge	8	12,9
	Filho(a)	4	6,5
	Outros	5	8,1
Estado civil	Solteiro	15	24,2
	Casado	24	38,7
	Vivendo como casado	4	6,5
	Separado ou divorciado	11	17,7
Escolaridade	Viúvo	8	12,9
	Analfabeto	1	1,6
	Ensino fundamental incompleto	33	53,2
	Ensino fundamental completo	4	6,5
	Ensino médio incompleto	3	4,8
	Ensino médio completo	18	29,0
	Ensino superior incompleto	2	3,2
Trabalha	Ensino superior completo	1	1,6
	Sim	29	46,8
Renda própria	Não	33	53,2
	Sim	49	79,0
Estado	Não	13	21,0
	Minas Gerais	53	85,48
	São Paulo	9	14,52

As entrevistas foram semiestruturadas e as questões abordavam assuntos sobre conflitos, dificuldades e aspectos positivos do relacionamento do familiar cuidador com seu parente diagnosticado com transtorno psiquiátrico, outros membros da família, pessoas da região em que moravam ou frequentavam e profissionais do CAPS. Além disso, também foi questionado como os familiares achavam que deveriam agir para melhorar o relacionamento, bem como o que deveriam fazer para evitar problemas com o paciente (Apêndice A).

As informações disponibilizadas pelos familiares cuidadores foram gravadas e transcritas e/ou anotadas durante o decorrer das entrevistas. A análise efetuada pelo pesquisador responsável gerou 264 respostas relacionadas a comportamentos de habilidades sociais, o que representa uma média de 4,25 por participante. Dessas respostas, 208 itens foram elaborados e agrupados nas oito classes descritas na definição operacional.

Fonte de informação 2. Entrevistas com profissionais de Centros de Atenção Psicossocial

Foram realizadas entrevistas com oito profissionais de um CAPS de uma cidade do interior do estado de São Paulo. Os profissionais eram: dois psicólogos, três assistentes sociais, uma terapeuta ocupacional e duas auxiliares de enfermagem. Dentre eles, um possuía doutorado, três tinham pós-graduação (especialização ou aprimoramento), dois eram graduados e dois tinham curso técnico. A média de tempo de trabalho destes profissionais no CAPS variou de 3 meses a 14 anos (média de 5,09 anos) e a maioria (62,5%) tinha regime de trabalho de 40 horas semanais. Com relação aos dados sociodemográficos, a média de idade foi de 46,87 anos, sendo que a maioria (87,5%) era de mulheres e casados (62,5%).

As entrevistas foram gravadas e transcritas. Antes de iniciar as perguntas, o entrevistador responsável fazia uma breve explicação do conceito de habilidades sociais e lia as instruções. Os profissionais responderam a quatro questões abertas com perguntas sobre: (1) quais eram os principais conflitos e dificuldades de relacionamento que eles consideravam que os familiares tinham com o paciente atendido no CAPS, com outros membros da família, comunidade em que a família estava inserida e com os profissionais do CAPS; (2) O que eles achavam que era mais fácil no relacionamento do familiar atendido no CAPS, outros membros da família, comunidade que a família estava inserida e com os profissionais do CAPS; (3) Como eles achavam que os familiares poderiam agir para melhorar o relacionamento com o paciente e; (4) O que achavam que os familiares deveriam e/ou não deveriam fazer para evitar problemas de relacionamento com o paciente (Apêndice B).

Os áudios das entrevistas foram transcritos e analisados pelo pesquisador responsável. Um total de 87 respostas referentes a comportamentos de habilidades sociais foi computado, o

que representou uma média de 10,9 por profissional. Dessas respostas, 90 itens foram elaborados e foram agrupados nas classes de habilidades sociais anteriormente citadas.

Fonte de informação 3. Instrumentos de habilidades sociais, de construtos relacionados e de ferramentas específicas de avaliação de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos.

Foram consultados os itens de 13 instrumentos que avaliam o construto de habilidades sociais, outros conceitos relacionados ou medidas específicas de avaliação de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos. A seguir, segue uma lista com os instrumentos analisados:

1. Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del-Prette);
2. Inventário de Habilidades Sociais Educativas (IHSE-Del-Prette);
3. Inventário de Empatia (IE);
4. Escala de Assertividade Rathus (RAS);
5. Escala de Apoio Social do Medical Outcome Study (MOS-SSS)
6. Escala de Percepção de Suporte Social (EPSS)
7. Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF)
8. Escala de Avaliação da Sobrecarga Familiar (FBIS-BR)
9. Burden Interview (BI)
10. Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus
11. Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP)
12. Questionário de Qualidade de Vida de Cuidadores de Pacientes com Esquizofrenia (SCGQoL)
13. Escala de Avaliação da Satisfação dos Familiares com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR)

Os instrumentos tinham foco em aspectos diferentes. As escalas de medida dos itens 1, 2, 3 e 4 avaliam habilidades sociais ou uma de suas dimensões, as escalas dos itens 5, 6 e 7 verificam apoio/suporte social, 8 e 9 averigam sobrecarga familiar, 10 e 11 medem estratégias de enfrentamento, o item 12 avalia a qualidade de vida e 13 mede a satisfação com o serviço de saúde mental.

Os 13 instrumentos foram avaliados e, a partir desta análise, foram pré-selecionados 181 itens, que aferiam indicadores comportamentais e/ou situações relacionadas às habilidades descritas nas definições operacionais. Dos selecionados, foram elaborados 70 itens para o presente instrumento, tendo sido adaptados para a população de familiares cuidadores e agrupados nas oito classes citadas.

Fonte de informação 4. Análise da literatura específica da área de habilidades sociais de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos.

Na revisão da literatura sobre habilidades sociais de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos, realizada no ano de 2016, foram encontradas 10 pesquisas (Bandeira et al., 2014; Brister et al., 2012; Fernandes et al., 2009; Hamada et al., 2003; Kim & Mueser, 2011; Lima et al., 2014, 2016; Ramsauer et al., 2013; Roldán et al., 2014, 2015). Contudo, os estudos apresentavam os resultados sem detalhar habilidades sociais específicas. Dessa forma, apesar de consultada, não foram elaborados itens a partir da revisão, porém os instrumentos de habilidades sociais utilizados no contexto brasileiro, e que tinham qualidades psicométricas comprovadas, foram analisados no tópico anterior.

Redação e seleção dos itens

Diante do objetivo de elaborar um instrumento específico de habilidades sociais para familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos, atendidos em serviços de saúde mental, cada

uma das respostas obtidas por entrevistas e os itens pré-selecionados de outros instrumentos foram analisados pelo pesquisador responsável. A finalidade dessa análise foi redigir itens que representassem habilidades sociais pertinentes a situações vivenciadas cotidianamente por seus familiares cuidadores.

Apesar das recomendações da área da psicometria indicarem que os itens devem ser formulados com enunciados positivos e negativos, para evitar que os sujeitos não respondam do mesmo modo, no presente estudo optou-se por redigir os itens somente no formato positivo. Esse cuidado se justifica pelo fato da maioria dos familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos possuírem baixa escolaridade, comumente ensino fundamental incompleto, e terem idade mais avançada (Barroso, 2014). No estudo de elaboração de um instrumento de habilidades sociais para familiares cuidadores de idosos (Pinto, 2016), esse cuidado também foi tomado e justificado pela autora indicando que os itens de conotação negativa (polo invertido) podem gerar confusão para esse tipo de população.

Em resumo, foram realizadas 62 entrevistas com familiares cuidadores, oito com profissionais de um CAPS e foram analisados 13 instrumentos. O total de respostas obtidas dessas fontes e o número de itens redigidos estão detalhados na Tabela 4.

Tabela 4
Dados quantitativos das entrevistas e instrumentos analisados

Fonte de informação	Número de respostas ou itens pré-selecionados	Número de itens elaborados
Entrevistas com familiares cuidadores	264	208
Entrevistas com profissionais	87	90
Instrumentos analisados	181	70
Total	532	368

Após a redação, todos os itens elaborados foram agrupados nas oito classes de habilidades sociais. Esse agrupamento facilitou a análise para excluir itens repetidos ou não pertinentes ao contexto para o qual o instrumento está sendo elaborado. Nessa análise, o pesquisador responsável descartou 145 itens, o que resultou, por fim, em uma amostra de 223

itens que passaram para a fase de análise dos juízes. As classes e o número de itens em cada uma delas são apresentados na Tabela 5.

Tabela 5
Classes de HS e número de itens

Classe de HS	Número de itens
HS de Comunicação	22
HS assertivas de enfrentamento	71
HS empáticas	20
HS de expressão de sentimento positivo	9
HS de suporte/apoio social	32
HS educativas	14
HS de supervisão/manejo de comportamentos problemáticos	45
Estratégias e habilidades de processamento	10
Total	223

Etapa 3: análise semântica e pertinência teórica dos itens

A qualidade dos itens foi verificada em duas etapas. Primeiramente, o conjunto de itens foi submetido a juízes que tinham título de mestre na área de Psicologia, com ênfase em saúde mental, e tinham desenvolvido suas dissertações com a população de familiares cuidadores de pacientes atendidos em CAPS. Em seguida, os itens foram analisados por juízes com título de doutor em Psicologia e tinham desenvolvido suas teses na área de HS. As descrições completas dessas análises serão descritas abaixo.

Análise dos itens por profissionais da área de saúde mental

Participaram, como juízas dessa etapa de apreciação dos itens, três psicólogas, mestras em Psicologia, com dissertações desenvolvidas com a população de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos atendidos em CAPS. A média de idade e experiência na área de saúde mental das juízas era de 31,7 e 5,7 anos, respectivamente.

A tarefa solicitada às juízas foi de ler cada um dos 223 itens, indicar a importância (em uma nota de “0 a 10”) do item para aferir a qualidade de convivência do familiar cuidador

com seu parente atendido no CAPS, bem como com outras pessoas envolvidas no tratamento e na vida diária dele. As juízas também avaliaram o quanto o item estava suficientemente compreensível (clareza) para os familiares cuidadores a partir de uma nota de “0 a 10”. No documento de avaliação, também havia uma parte para as juízas indicarem sugestões para melhorar a redação, justificar sua avaliação de importância e qualquer outra consideração sobre os itens.

Com o objetivo de selecionar somente os itens mais importantes e claros para os propósitos deste estudo, considerando a avaliação demasiadamente positiva (oito foi a menor nota recebida por um item) e o número elevado de itens (223), foram estabelecidos critérios rígidos de exclusão e seleção dos itens. Foram mantidos todos os que receberam nota “10” por todos os juízes e foram excluídos aqueles que receberam uma nota “8” ou duas notas “9” na avaliação. Também foram excluídos itens indicados como muito semelhantes, mantendo-se o de maior nota na avaliação de importância, e os que foram considerados confusos para a população de familiares cuidadores. Após o pesquisador responsável analisar o retorno das juízas e aplicar os critérios de exclusão e seleção, foram mantidos 177 itens.

Uma etapa intermediária foi realizada pelo pesquisador responsável antes dos itens serem enviados para avaliação por juízes da área de HS. O objetivo foi verificar se ainda havia itens muito semelhantes na amostra total. O pesquisador identificou 23 itens com essa característica e, então, eles foram eliminados, restando uma amostra de 154 itens que foram enviados aos juízes da área de HS.

Análise dos itens por profissionais da área de habilidades sociais

Participaram, como juízes(as) dessa etapa de avaliação, quatro psicólogos(as), doutores(as) em Psicologia e que desenvolveram suas teses na área de HS. Três são

professores(as) universitários(as) e uma é pós-doutoranda. A média de idade e experiência (estudo, trabalho e pesquisa com habilidades sociais) foi de 32,7 e 10,5 anos, respectivamente.

Nesta etapa de avaliação, os (as) juízes(as) tinham como tarefa ler cada um dos 154 itens, assinalar a qual classe de HS ele pertencia, de acordo com a definição operacional, e indicar a importância do item para as habilidades sociais dos familiares cuidadores, a partir de uma nota de “0 a 10”. O documento também continha uma coluna para observações adicionais que julgassem necessárias sobre cada item.

Inicialmente, foram excluídos 13 itens que não foram considerados como habilidade social por um ou mais juízes(as). Em seguida, foram eliminados 16 itens que não alcançaram 75% de concordância sobre a subescala à qual ele pertencia. Contudo, 19 itens que não obtiveram concordância de 75%, mas que apresentaram nota de importância igual ou superior a “9”, foram mantidos. Esses últimos foram agrupados na classe em que houve pelo menos 50% de concordância entre os juízes (10 itens) e, quando empatados em classes diferentes, o pesquisador considerou a mais pertinente (9 itens).

Após essas análises, restaram 125 itens em oito subescalas e, como forma de reduzir este número, que ainda era grande, foram selecionados, para compor a versão piloto do instrumento, 50% dos itens de cada uma das subescalas, entre os que apresentaram média de importância igual ou superior a 9. Quando houve empate, todos os itens empatados foram selecionados.

A versão piloto do instrumento ficou, dessa forma, composta de 75 itens. Na Tabela 6, estão descritos o número de itens em cada subescala da versão piloto.

Tabela 6
Classe e número de itens da versão piloto do instrumento

Classe de HS	Número de itens
HS de Comunicação	7
HS assertivas de enfrentamento	15
HS empáticas	5
HS de expressão de sentimento positivo	9
HS de suporte/apoio social	12
HS educativas	15
HS de supervisão/manejo de comportamentos problemáticos	9
Estratégias e habilidades de processamento	3
Total	75

Etapa 4: estudo piloto

Objetivos do estudo piloto

As entrevistas desta etapa, realizadas com a população-alvo, tinham como objetivo verificar a compreensão dos familiares cuidadores, no que se refere às instruções, a redação dos itens e a adequação das alternativas de resposta.

Procedimento de estruturação do instrumento para aplicação

Para este estudo piloto, o instrumento foi adaptado para o formato de entrevista, tendo em vista que, nas pesquisas com familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos, esse é o procedimento recomendado (Herdman, Fox-Rushby & Badia, 1998; Perreault & Leichner, 1993), visando melhor compreensão das questões e maior confiança na validade das respostas. Dessa forma, os itens eram apresentados em forma de pergunta, por exemplo, o item *Quando vejo o(a) Nome do paciente muito calado(a) em uma conversa em grupo, eu o(a) incentivo a falar mais* era apresentado da seguinte forma: *Quando você vê o(a) Nome do paciente muito calado(a) em uma conversa em grupo, você o(a) incentiva a falar mais?*

As alternativas de resposta foram elaboradas em uma escala do tipo *Likert* de quatro pontos, indicando a frequência com que o familiar age diante da situação apresentada. As

alternativas foram estruturadas em (A) nunca, (B) poucas vezes, (C) muitas vezes e (D) sempre.

As instruções do instrumento também foram elaboradas de forma a esclarecer ao cuidador respondente que as perguntas se referiam a situações de relacionamento com seu parente com transtorno psiquiátrico, pelo qual era responsável e com outras pessoas da família, amigos, vizinhos ou profissionais do CAPS. As instruções informavam, também, que o instrumento não era um teste ou uma prova e, assim, não haviam respostas certas ou erradas. Esclarecia ainda que, caso alguma situação apresentada nunca tivesse ocorrido, ele deveria responder considerando sua possível forma de agir. Por fim, as instruções solicitavam que, caso não compreendesse alguma pergunta, avisasse o entrevistador para resolverem o que estava de difícil entendimento na questão.

Além do instrumento, também foi elaborado um questionário com informações sociodemográficas e clínicas dos familiares cuidadores e pacientes. O questionário possuía informações sobre parentesco, gênero, idade, estado civil, escolaridade, trabalho, renda, número de filhos, problemas e tratamentos de saúde, tempo que o paciente fazia tratamento psiquiátrico e número internações em hospitais psiquiátricos.

Seleção dos participantes

A aplicação piloto do instrumento foi realizada com 10 familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos atendidos em um CAPS de uma cidade do interior do estado de São Paulo. Os 10 familiares participantes foram selecionados aleatoriamente da lista de pacientes atendidos no serviço. A lista foi elaborada pelos profissionais de referência dos pacientes atendidos nos serviços e continha informações sobre o nome e número do prontuário do paciente e o nome e parentesco do familiar cuidador, caso houvesse um responsável. Após a seleção, o pesquisador responsável consultou os prontuários para verificar se o familiar estava

apto a participar do estudo de acordo com os seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 18 anos e ser responsável por um paciente com diagnóstico dentro das categorias de Esquizofrenia, Transtornos Esquizotípicos e Transtornos Delirantes (F20-F29) e/ou Transtornos do Humor ou Afetivos (F30-F39), de acordo com a CID-10 (OMS, 1998). Quando as informações estavam incompletas nas listas e/ou nos prontuários, os profissionais de referência eram consultados para esclarecimento.

Com a confirmação dos critérios, o pesquisador entrou em contato por telefone com os familiares para agendar a coleta de dados. Os familiares eram informados de que a entrevista poderia ser realizada em sua própria casa ou no CAPS. Ressalta-se que devido ao grande número de atendimentos diários no CAPS, a supervisora do serviço disponibilizou uma sala para a coleta somente nas sextas-feiras, porém caso o familiar aceitasse realizar a entrevista em sua casa, ela poderia ser feita em qualquer dia da semana. Dos 10 familiares selecionados, dois se recusaram a participar, um devido a uma cirurgia marcada para tratar de um problema de saúde e outro por indisponibilidade de tempo. Sendo assim, outros dois familiares foram selecionados aleatoriamente da lista.

Procedimentos de aplicação do instrumento

A aplicação do instrumento foi realizada seguindo cuidados éticos. No início da entrevista, o pesquisador identificava-se e entregava ao familiar uma declaração elaborada pela supervisora do CAPS autorizando a realização da entrevista. Após as devidas identificações, o pesquisador fazia a leitura do TCLE, solicitava ao familiar a assinatura caso aceitasse participar e, em caso positivo, iniciava a aplicação do instrumento de habilidades sociais e do questionário sociodemográfico e clínico. Durante as entrevistas foi aplicada a Técnica de Sondagem (Guillemin, Bombardier & Beaton, 1993), em que os familiares eram

solicitados a justificar as suas respostas às perguntas do instrumento, a fim de assegurar a sua compreensão dos itens.

Dados sociodemográficos e clínicos dos familiares cuidadores e pacientes

A maioria dos familiares cuidadores entrevistados era mulher (90%), mãe ou pai dos pacientes (60%), casada ou vivendo como casada (70%), com filhos (90%), não trabalhava (60%), mas possuía renda (90%), tinha problema de saúde e fazia tratamento para ele (80%). Metade da amostra tinha apenas ensino fundamental incompleto e apenas dois familiares (20%) tinham completado o ensino médio. As médias de idade e do número de filhos foram 59,9 anos (variação de 19 a 91) e 3,7, respectivamente.

Os pacientes, pelos quais os familiares eram responsáveis, tinham média de idade de 40,2 anos (variação de 21 a 57) eram em sua maioria homens (60%), não trabalhavam (100%), não possuíam renda (60%) e tinham diagnósticos dentro das categorias de Esquizofrenia, Transtornos Esquizotípicos e Transtornos Delirantes (70%) e já tinham sido internados em hospitais psiquiátricos (70%). Com relação ao estado civil, 50% eram solteiros, 40% divorciados e 10% casados. No que se refere à escolaridade, 20% possuíam ensino superior, 20% ensino médio completo, 40% ensino médio incompleto, 10% fundamental completo e 30% fundamental incompleto. A média de tempo em que faziam tratamento psiquiátrico foi de 7,5 anos (variando de 1 a 15 anos).

O tempo médio das entrevistas para os familiares cuidadores foi de 40 minutos ($d.p. \pm 7,38$, com variação de 28 a 51 minutos). Não houve diferença significativa ($t = 0,33$, $p = 0,75$) no tempo médio da entrevista entre familiares cuidadores que tinham ensino fundamental incompleto ou completo ($M = 40,67$, $d.p. = 8,57$), em comparação com os que tinham ensino médio incompleto ou completo ($M = 39$, $d.p. = 6,22$). Contudo, houve correlação significativa e positiva em relação à idade ($r = 0,77$, $p = 0,01$), indicando que os

familiares cuidadores com mais idade demoraram mais tempo para responder as questões da entrevista.

No que se refere à compreensão das instruções e alternativas de resposta, o pesquisador responsável não identificou nenhum problema. Contudo, em cinco itens, foi verificada dificuldade de entendimento por, pelo menos, três dos familiares. Na Tabela 7 são descritos os itens e o número de familiares que demonstraram alguma dificuldade.

Tabela 7
Itens que apresentaram dificuldade de entendimento.

Item	Número de familiares
9. Quando você percebe um momento favorável, você começa uma conversa com o(a) <u>Nome</u> ?	3
11. Quando você é criticado(a) de maneira justa por um de seus familiares, você consegue se controlar admitindo seus erros ou explicando sua posição?	4
22. Antes de reclamar com <u>Nome</u> sobre um comportamento dele(a) que incomoda você, você diz que considera seus sentimentos/emoções e que compreende as razões dele(a)?	5
42. Quando o(a) <u>Nome</u> está tentando resolver algum problema, você faz perguntas para ajuda-lo a resolver sozinho ao invés de propor soluções?	6
68. Quando o(a) <u>Nome</u> se comporta ou faz algum gesto obsceno para alguma pessoa, você explica para ele(a) o motivo pelo qual não é adequado se comportar dessa forma?	4

Ao verificar a dificuldade de entendimento do item, o pesquisador responsável conversava com os familiares sobre qual seria o problema do item. A seguir, de forma resumida, será explicado o problema em cada um dos itens e a decisão sobre manter ou excluir o item.

No item “9” os familiares relataram não compreender o que seria um momento favorável para iniciar uma conversa. Optou-se por excluir, visto que ele não atendeu o critério de clareza (Pasquali, 2010), que indica que as expressões devem ser precisas.

Nos itens “11”, “22”, “42” e “68” o pesquisador identificou, a partir da discussão com os familiares, que os itens estavam, aparentemente, apresentando duas ideias, como pode ser visualizado nas passagens “(...) admitindo seus erros ou explicando sua posição?” no item “11”, “(...) considera seus sentimentos/emoções e que compreende as razões dele(a)?” no

“22” e “(...) faz perguntas para ajuda-lo a resolver sozinho ao invés de propor soluções?” no “42” e “(...)se comporta ou faz algum gesto(...) no “68” . Também se optou por excluir os itens levando em consideração o critério da simplicidade postulado por Pasquali (2010), que adverte que os itens devem expressar somente uma ideia.

Após a finalização dessa etapa, do total de 75 itens, cinco foram excluídos, sendo um de cada uma das seguintes subescalas: HS de comunicação, HS assertivas de enfrentamento, HS empáticas, HS educativas e HS de supervisão/manejo de comportamentos problemáticos. A versão do instrumento ficou constituída de 70 itens (Apêndice C) que se dividem nas oito categorias/classes descritas na etapa de definição operacional e foi denominado de Inventário de Habilidades Sociais para Familiares Cuidadores de Pacientes Psiquiátricos (IHS-FCPP).

Estudo 2: Evidência de validade baseada na estrutura interna e precisão do IHS-FCPP

O Estudo 2 teve como objetivo investigar as evidências de validade baseada na estrutura interna por meio da técnica de Análise Fatorial Exploratória (AFE), assim como analisar a precisão (fidedignidade) a partir de indicadores de consistência interna. Primeiramente, será apresentado o Método e, em seguida, os Resultados.

Método

Participantes

Participaram do estudo 108 familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos atendidos em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de duas cidades de porte médio do interior dos estados de São Paulo e Minas Gerais. Foram incluídos os familiares com mais de 18 anos e que eram indicados, pelos profissionais de referência dos pacientes, como principal

responsável pelo paciente. Além disso, foram selecionados somente aqueles que cuidavam de pessoas com diagnóstico dentro das categorias de Esquizofrenia, Transtornos Esquizotípicos e Transtornos Delirantes (F20-F29) e/ou Transtornos do Humor ou Afetivos (F30-F39), de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10; OMS, 1998).

A média de idade dos familiares foi de 54,77 anos ($DP = 13,05$) e dos pacientes foi 42,28 ($DP = 12,18$). A média de tempo que os pacientes faziam tratamento psiquiátrico era de 13,19 anos ($DP = 10,16$). Outras características sociodemográficas e/ou clínicas dos familiares e dos pacientes são apresentadas na Tabela 8.

Tabela 8
Características sociodemográficas da amostra completa de participantes do Estudo 2.

Variáveis	Categorias	Familiares (%)	Pacientes (%)
Gênero	Feminino	83,3	64,8
	Masculino	16,7	35,2
Parentesco com o paciente	Mãe	43,5	-
	Pai	4,6	-
	Irmã	17,6	-
	Irmão	5,6	-
	Esposa	7,4	-
	Marido	4,6	-
	Filha	6,5	-
	Filho	1,9	-
	Outros	8,3	-
Estado civil	Solteiro	17,6	63,9
	Casado	49,1	14,8
	Vivendo como casado	8,3	3,7
	Separado ou divorciado	13,0	14,8
	Viúvo	12,0	2,8
Escolaridade	Analfabeto	2,8	6,6
	Ensino fundamental incompleto	47,2	40,6
	Ensino fundamental completo	10,2	12,3
	Ensino médio incompleto	3,7	9,4
	Ensino médio completo	24,1	24,5
	Ensino superior incompleto	2,8	2,8
	Ensino superior completo	9,3	3,8
Trabalha	Não	60,2	99,1
	Sim	39,8	0,9
Renda própria	Não	26,9	37,0
	Sim	73,1	63,0
Classificação socioeconômica	A	2,0	-
	B1	5,6	-
	B2	18,4	-
	C1	30,6	-

	C2	32,7	-
	D-E	10,2	-
Diagnóstico	F20-F29	-	74,0
	F30-F39	-	26,0
Comorbidades	Não	-	68,9
	Sim	-	31,1
Internação em Hospital Psiquiátrico	Não	-	38,9
	Sim	-	61,1
Regime de Atendimento	Intensivo	-	28,2
	Semi-intensivo	-	52,9
	Não-intensivo	-	18,8
Estado	Minas Gerais		29,63
	São Paulo		70,37

Instrumento

O instrumento utilizado foi o Inventário de Habilidades Sociais para Familiares Cuidadores de Pacientes Psiquiátricos (IHS-FCPP). O instrumento possui 70 itens (Apêndice C), com alternativas de resposta em formato de escala do tipo Likert de quatro pontos (0 = nunca, 1 = poucas vezes, 2 = muitas vezes, 3 = sempre).

Procedimentos

A pesquisa, inicialmente, foi aprovada pelos coordenadores dos CAPS e o projeto obteve anuência do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (CAAE 51792515.2.0000.5504, parecer 1.422.902). Para selecionar os participantes, o pesquisador responsável solicitou aos coordenadores e os profissionais de referência dos pacientes no serviço informações sobre número do prontuário, nome do usuário (paciente) e procedimento de atendimento (Intensivo, Semi-Intensivo, Não-Intensivo). Inicialmente, para essa etapa da pesquisa, foram selecionados de ambos os serviços um total de 307 pacientes, contudo, no decorrer da coleta, 41 prontuários não foram encontrados nos arquivos dos serviços, 10 pacientes não tinham um familiar cuidador para ser entrevistado, 46 deixaram de frequentar o serviço por abandono do tratamento ou por transferência para outro serviço da rede de atenção psicossocial (RAPS) do município e, por fim, informações telefônicas e de

endereço de 67 pacientes estavam desatualizadas impedindo o contato. Assim, 143 familiares foram contatados e, desses, 17 se recusaram participar e outros 18 agendaram a entrevista no serviço, porém não compareceram e não remarcaram, justificando a falta, principalmente, por indisponibilidade de tempo ou não ter alguém para deixar o paciente.

As entrevistas com os participantes eram agendadas com, pelo menos, um dia de antecedência e foram realizadas nas residências dos familiares ou nas dependências dos CAPS, conforme opção do familiar e disponibilidade do serviço em ceder sala para coleta. Antes da aplicação do instrumento, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE; Apêndice D) era lido pelo entrevistador e, no caso de aceite de participação, assinado pelo familiar responsável. Todas as administrações foram feitas por método de entrevista, sendo que o familiar recebia uma folha com as alternativas de resposta do instrumento e os itens eram lidos e anotados pelo entrevistador.

As respostas dos participantes foram digitadas em uma planilha de Excel e analisadas no programa FACTOR versão 10.08.04 ou JASP versão 0.9.2. Os procedimentos específicos para a Análise Fatorial Exploratória (AFE) serão descritos na parte seguinte, juntamente aos resultados obtidos em cada etapa necessária para realização dessa técnica multivariada.

Resultados

Preparação dos dados e amostra

A primeira etapa, comumente utilizada na preparação da amostra é a verificação de informações ausentes no banco de dados. Contudo, como a aplicação do IHS-FCPP ocorreu em formato de entrevista não houve perda de respostas, ou seja, todos os itens, dos 108 familiares cuidadores, foram obtidos. Dessa forma, não foi necessária a aplicação de técnicas preenchimento de dados omissos.

O primeiro procedimento de eliminação de itens foi a exclusão daqueles que abordavam em seu conteúdo contingências de relacionamento com profissionais do CAPS. Justifica-se esse procedimento, pois sendo a finalidade do instrumento a utilização nesse tipo de serviço considerou-se, a partir dessa etapa da pesquisa, impertinente que o próprio profissional faça perguntas sobre o contexto que ela está inserido como, por exemplo, “*Quando um profissional do CAPS trata você com respeito e dignidade, você o agradece?*”. Assim, inicialmente, foram excluídos oito itens³, contudo ressalta-se que as questões abordadas nos itens podem ser utilizadas em contextos de pesquisa, caso o entrevistador não faça parte do corpo de profissionais do serviço.

Em seguida, foi feita a análise da normalidade dos dados de cada um dos itens do instrumento no programa FACTOR. Conforme recomenda Lloret-Segura, Ferreres-Traves e Tomás-Marco (2014) em amostras pequenas (com 200 observações ou menos) os valores de assimetria e curtose podem ser um pouco maiores (-2 a 2) do que o convencional (-1 a 1). Com base nesse critério, sete dos 62 itens remanescentes foram excluídos. Por fim, o item “*Você consegue perceber os comportamentos “estranhos” do(a) Nome, relacionados à doença dele?*” também foi eliminado por não apresentar respostas na alternativa “nunca”, conforme recomendação do próprio FACTOR (*Warning: Not all the categories are observed in variable 4. You should consider to remove this variable from the analysis*) e, além disso, apresentou menos de 10% das respostas restantes na alternativa seguinte “poucas vezes”. Dessa forma, para etapa seguinte de análise, que corresponde a Análise Fatorial Exploratória, o IHS-FCPP contou com 54 itens.

³ Itens excluídos por abordar situações de relacionamento direto com o profissional do CAPS: (a) Quando sente que precisa de orientações, você procura os profissionais do CAPS onde o(a) Nome é atendido(a)?; (b) No CAPS, quando você não compreende uma explicação do profissional sobre algum assunto relacionado ao(a) Nome, você faz perguntas que considera necessárias para seu esclarecimento?; (c) Quando um profissional do CAPS ouve suas dúvidas e ajuda você na relação com o(a) Nome, você o agradece?; (d) Quando você não concorda com algo que um profissional do CAPS fala, você diz isso diretamente a ele?; (e) Quando vê que os profissionais estão fazendo um bom trabalho com o(a) Nome, você os agradece na primeira oportunidade?; (f) Quando os profissionais estão passando informações sobre como lidar com o(a) Nome ou sobre sua doença, você os escuta com atenção?; (g) Quando vê que o(a) Nome está piorando, você informa os profissionais do CAPS?; e, (h) Quando um profissional do CAPS trata você com respeito e dignidade, você o agradece?

Procedimentos e Resultados da Análise Fatorial Exploratória

Previamente a realização da AFE, os 54 itens do instrumento foram analisados, a partir do teste de Esfericidade de Bartlett e do índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), acerca da adequação da matriz de correlações. Tais análises são necessárias para apurar se a matriz de dados pode ser submetida à AFE. O teste de Bartlett com resultado significativo ($\chi^2_{(1431)} = 2416.6$, $p < 0,001$) permitiu rejeitar a hipótese de ausência de intercorrelações entre os valores. O índice KMO (0,65) encontrado foi medíocre, porém com valor acima do considerado inaceitável (0,5) nos critérios apontados por Damásio (2012).

Para analisar o número de fatores a serem retidos foi executada a Análise Paralela (AP; Horn, 1965), com permutação aleatória dos dados (Timmerman & Lorenzo-Seva, 2011). As configurações utilizadas para a realização da AP, bem como de sua interpretação foram baseadas em um tutorial para execução da AFE no programa FACTOR (Damásio & Dutra, 2017). O resultado da AP indicou a retenção de três fatores que explicavam 25,58% da variância real dos dados.

Na sequência foi realizada a AFE para extração de três fatores com o método de estimação *Unweighted Least Square* (ULS). Esse método pode ser utilizado com dados de distribuição normal e não normal e com dados ordinais, sendo adequado à estrutura de opções de resposta do tipo Likert do IHS-FCPP. Referente à rotação optou-se pela oblíqua PROMAX, visto que ela pressupõe a correlação entre fatores (Damásio, 2012; Damásio & Dutra, 2017). Dos 54 itens, 26 não saturaram em nenhum dos três fatores por apresentarem carga fatorial menor do 0,3 (ponto de corte padrão do programa FACTOR) e outro saturou em dois fatores. Diante disso, optou-se por excluir os 27 itens citados anteriormente para, assim, executar uma nova AFE. Os itens eliminados após essa primeira AFE podem ser visualizados no Apêndice E.

Após a exclusão dos itens foi realizada uma nova AFE, agora com os 27 itens restantes. A adequação da matriz de correlações foi mais uma vez verificada e apresentou resultado significativo no teste Esfericidade de Bartlett ($\chi^2_{(351)} = 1010,5$, $p < 0,001$) e índice de KMO igual a 0,74, considerado “bom” nos critérios apontados por Damásio (2012) e suficiente como apontou Lloret-Segura et al. (2014), indicando a possibilidade de fatoração. A AP (Horn, 1965) com permutação aleatória de dados (Timmerman & Lorenzo-Seva, 2011) também foi novamente realizada e indicou, mais uma vez, a retenção de três fatores, sendo que os dados reais, dessa vez, explicaram 50,71% da variância. Para confirmar o número de fatores a serem extraídos optou-se por aplicar além da AP o método Hull, que ratificou a retenção de três fatores. Conforme Damásio (2012) esse método tem apresentado excelente desempenho como método de retenção fatorial e em estudos de simulação (Lorenzo-Seva, Timmerman & Kiers, 2011) demonstrou performance superior a outros métodos comumente utilizados, dentre eles a AP.

Com base nos indicadores acima citados, foi realizada a AFE com o método de estimação ULS e rotação PROMAX. Apesar de na primeira AFE ter sido utilizado o critério de 0,3 para saturação dos itens nos fatores, na segunda optou-se por utilizar o valor de 0,4. Conforme Lloret-Segura et al. (2014) a interpretação de saturação em amostras com menos de 300 sujeitos deve considerar esse valor como ponto de corte. Justifica-se a não utilização desse critério na primeira AFE, visto que, dessa forma, mais itens, além dos 27 que foram, seriam excluídos, prejudicando assim a estrutura do instrumento.

A estrutura encontrada nessa segunda AFE se mostrou parcimoniosa e adequada. A interpretação teórica dos itens foi pertinente e confiável. Com a exclusão de itens com saturação menor que 0,4 ou que saturaram em mais de um fator a versão final ficou com 24 itens. Os itens *Quando vê que o(a) Nome está passando por uma situação difícil, você fala para ele(a) que entende que não é fácil enfrentar aquela situação?* e *Quando o(a) Nome se*

isola, você pergunta para ele(a) o que está acontecendo? apresentaram cargas menores do que 0,4 e somado a eles, o item *Quando alguém da sua família faz ou fala algo ruim e injusto sobre o(a) Nome, você demonstra sua insatisfação diretamente a esse familiar?* saturou em dois dos três os fatores com valores acima de 0,3. Assim, com base nos critérios adotados, foram excluídos. Os itens, cargas fatoriais e comunalidades são apresentados na Tabela 9.

Tabela 9
Estrutura interna do IHS-FCPP

Itens	Fator			h ²
	1	2	3	
1. Quando o(a) Nome mexe em coisas que não deve, você explica porque ele(a) não deve fazer isso mais?	0.874			0.711
2. Quando o(a) Nome faz algo ruim para ele(a) mesmo(a) (autoagressão, tapa no rosto, etc.), você demonstra sua reprovação a esse tipo de comportamento diretamente a ele(a)?	0.708			0.503
3. Quando você vê que o(a) Nome se comporta de modo inadequado, você impõe certos limites a ele(a)?	0.676			0.389
4. Quando o(a) Nome se comporta de forma inadequada, você ensina comportamentos mais aceitáveis a ele(a)?	0.669			0.549
5. Quando o(a) Nome faz ameaça a algum outro familiar, você expressa seu desagrado diretamente com ele(a)?	0.606			0.341
6. Quando o(a) Nome pega alguma coisa que não pertence a ele(a) sem pedir, você pede que ele(a) não faça mais isso?	0.565			0.423
7. Quando o(a) Nome faz algo que você não gosta, você expressa seu desagrado diretamente a ele(a)?	0.565			0.273
8. Quando o(a) Nome fala algo que você não concorda, você demonstra sua opinião diretamente a ele?	0.564			0.311
9. Quando um de seus familiares culpa o(a) Nome por algo que ele(a) não fez, você defende os direitos dele(a)?	0.560			0.402
10. Ao perceber que o(a) Nome está com comportamentos ou ideias que podem prejudicar a ele(a) ou outras pessoas, você conversa com ele(a), ajudando-o(a) a perceber que está errado(a)?	0.408			0.186
11. Quando você não consegue lidar com algum comportamento do(a) Nome , você procura ajuda de seus familiares?		0.813		0.640
12. Quando é necessário tomar alguma decisão importante (p.ex., internação) sobre o(a) Nome , você pede ajuda de seus familiares?		0.779		0.580
13. Ao sentir que precisa de ajuda para cuidar do(a) Nome , você tem facilidade em pedi-la a um de seus familiares ou amigos?		0.769		0.572
14. Quando um de seus familiares ajuda você a cuidar do(a) Nome , você demonstra sua satisfação por essa ajuda?		0.547		0.441
15. Quando você recebe apoio de outros membros da família sobre assuntos relacionados ao(a) Nome , você agradece?		0.435		0.364
16. Quando o(a) Nome faz algo bom, para você ou para outras pessoas, você o(a) elogia?			0.790	0.623
17. Você expressa sentimentos de carinho por meio de palavras e gestos ao(a) Nome ?			0.761	0.529
18. Quando o(a) Nome diz que quer fazer algo sozinho(a), e você considera que ele(a) conseguirá, você o(a) estimula a tentar?			0.687	0.489
19. Você e o(a) Nome tem momentos de carinho?			0.685	0.404
20. Quando você está feliz por alguma coisa, você compartilha sua felicidade com o(a) Nome ?			0.665	0.465
21. Quando vê que o(a) Nome está preocupado(a) com algo, você pergunta o que ele(a) está sentindo ou pensando?			0.618	0.412
22. Quando vê que o(a) Nome precisa de ajuda, você conversa com ele(a) dizendo que ele(a) pode desabafar com você?			0.587	0.427
23. Quando o(a) Nome demonstra carinho ou gentileza, você retribui?			0.575	0.322
24. Quando você faz algo errado com o(a) Nome , você pede desculpas a ele(a)?			0.437	0.234
% de Variância Explicada	26,46	12,84	11,41	

Ao comparar os itens presentes no primeiro fator com as dimensões definidas no final da etapa de construção dos itens (Estudo 1; Apêndice C) foi possível observar que referente ao primeiro fator: (a) os itens 1, 4 e 10 fazem parte da dimensão Habilidades Sociais Educativas; (b) os itens 2, 3 e 6 fazem parte da dimensão Habilidades Sociais de Supervisão de Comportamentos Problemáticos; e, (c) os itens 5, 7, 8 e 9 fazem parte da dimensão Habilidades Sociais Assertivas de Enfrentamento. Com base nas classes contempladas e o conteúdo dos itens optou-se denominar esse fator de “Habilidades Sociais de Assertividade e Supervisão Educacional” (HSA&SE). No caso do segundo Fator, todos os itens fazem parte da dimensão Habilidades Sociais de Suporte/Apoio Social (HSSAS), no entanto, por parcimônia, optou-se por denomina-lo de Habilidades Sociais de Suporte Emocional (HSSE). Por fim, referente ao Fator 3, observou-se que: (a) os itens 16, 17, 19, 20 e 23 fazem parte da dimensão Habilidades Sociais de Expressão de Sentimento Positivo; (b) o item 18 faz parte da dimensão Habilidades Sociais Educativas; (c) os itens 21 e 22 da dimensão Habilidades Sociais Empáticas; e, (d) o item 24 da dimensão Habilidades Sociais Assertivas de Enfrentamento. Embora possua itens das dimensões de habilidades sociais educativas e assertivas de enfrentamento o conteúdo dos mesmos (estimular atividades e desculpar-se) é apropriado com contingências típicas e comportamentos de empatia ou expressão de afeto e intimidade, conforme Portifólio de Habilidades Sociais elaborado por Del Prette e Del Prette (2017). Assim, a denominação desse fator ficou como “Habilidades Sociais de Afetividade e Empatia” (HSAE).

Com a estrutura interna estabelecida, outros critérios de adequação do modelo foram analisados. Primeiramente foi analisado o *Closeness to Unidimensionality Assessment*, que conforme Damásio e Dutra (2017) corresponde a um procedimento atual para “avaliar a plausibilidade de o instrumento ser tratado como unidimensional” (p. 255). Conforme Ferrando e Lorenzo-Seva (2018), algumas vezes os fatores colaboram pouco na explicação da

variância, se mostrando instáveis e, assim, o instrumento pode ser interpretado como unidimensional. Para isso, devem ser analisados os índices *Unidimensional Congruence* (UniCo), *Explained Common Variance* (ECV) e *Mean of Item Residual Absolute Loadings* (MIREAL). Os resultados encontrados de UniCO (0,857) e ECV (0,673) estavam abaixo de 0,95 e o MIREAL (0,307) acima 0,30, descartando, dessa forma, a unidimensionalidade do instrumento.

Conforme orientação da literatura (Damásio & Dutra, 2017) outros aspectos avaliados foram os índices de ajuste dos fatores aos dados. Primeiramente, foi verificado o *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA). O valor encontrado (0,021) foi adequado, conforme indicação disponibilizada no próprio FACTOR. Conforme Brow (2006; conforme citado por Damásio & Dutra, 2017) valores abaixo de 0,06 ou 0,08 são aceitáveis. O *Non-Normed Fit Index* (NNFI) e o *Comparative Fit Index* (CFI) são outros índices pertinentes para essa avaliação e tem como finalidade comparar o modelo extraído a um modelo-base, sendo que valores acima de 0,90 ou 0,95 são aceitáveis. Os resultados de NNFI (0,993) e CFI (0,994) foram considerados excelentes, indicando um ajuste adequado.

Por fim, foi analisada a consistência interna do instrumento a partir de dois indicadores. Os valores do alfa de Cronbach foi de 0,807 para o instrumento completo, 0,808 para o Fator 1, 0,750 para o Fator 2 e 0,817 para o Fator 3. Em relação ao ômega de McDonald, foram observados valores de 0,827 para o instrumento completo e 0,814, 0,755 e 0,826 para os fatores 1, 2 e 3, respectivamente. Todos os resultados encontrados estavam acima de 0,7, que representa um valor considerado como aceitável na literatura (Damásio & Dutra, 2017).

Estudo 3: Evidências de validade do IHS-FCPP baseadas na relação com medidas externas

A evidência com relação a medidas externas foi verificada a partir da validade convergente. Essa técnica consiste em analisar a associação entre diferentes construtos que são teoricamente relacionadas (Freitas & Damásio, 2017). No presente estudo objetivou-se verificar se as habilidades sociais (HS) se correlacionavam com a sobrecarga e qualidade de vida. O modelo teórico explicativo da Sobrecarga (Maurin & Boyd, 1990) destaca que a qualidade do relacionamento representa uma variável importante para a diminuição da sobrecarga subjetiva, que consiste em “percepções, preocupações, sentimentos negativos, sensação de haver adoecido e grau de incômodo gerado por exercer o papel do cuidador” (Barroso, 2014, p. 192). Em uma pesquisa realizada no Brasil, Bandeira et al. (2014) encontraram resultados estatisticamente significativos demonstrando que a timidez era um fator preditivo de níveis mais elevados de sobrecarga. Ademais, Gharavi et al. (2018) encontraram diminuição da sobrecarga em indivíduos que participaram de uma intervenção com componentes de habilidades sociais. No caso da qualidade de vida, A. Del Prette e Del Prette (2017) apontaram a importância das habilidades sociais para o bem-estar dos indivíduos. De forma mais específica, Habib et al. (2015) destacaram que interações sociais adequadas exercem um papel fundamental para uma qualidade de vida satisfatória em familiares cuidadores de pessoas com esquizofrenia.

Método

Participantes

Dos 108 familiares do Estudo 2, 83 fizeram parte dessa fase do estudo. Sendo que 59 responderam um instrumento de avaliação da sobrecarga e 24 uma escala de qualidade de vida. Com objetivo de melhor detalhamento, especificando os participantes que responderam

a diferentes instrumentos, as características sociodemográficas das amostras serão apresentadas, posteriormente, na parte de resultados.

Instrumentos

Para avaliação das habilidades sociais foi utilizado o IHS-FCPP. Os fatores e as qualidades psicométricas estão descritas no Estudo 2.

Para avaliar a sobrecarga familiar foi utilizada a Escala de Sobrecarga dos Familiares Cuidadores de Pacientes Psiquiátricos (FBIS-BR). A escala FBIS-BR possui cinco subescalas que avaliam o grau de sobrecarga objetiva e subjetiva apresentada por familiares cuidadores em cinco dimensões: (1) Assistência ao paciente na vida cotidiana, (2) Supervisão dos comportamentos problemáticos do paciente, (3) Gastos financeiros relacionados ao paciente, (4) Impacto na rotina diária da família e (5) preocupações com o paciente. A sobrecarga objetiva é avaliada a partir da frequência da assistência na vida cotidiana, supervisão de comportamentos problemáticos e impacto na rotina diária. As alternativas de resposta são apresentadas em uma escala do tipo Likert de cinco pontos que variam de “NENHUMA VEZ” a “TODOS OS DIAS”. A sobrecarga subjetiva é avaliada a partir do nível de incômodo sentido ao realizar as atividades de assistência e supervisão de comportamentos, bem como as preocupações com o paciente. As opções de resposta são avaliadas em quatro pontos que variam de “NEM UM POUCO” a “SEMPRE OU QUASE SEMPRE” no aspecto de realização de atividades e em cinco pontos, variando de “NUNCA” a “FREQUENTEMENTE”, em relação às preocupações com o paciente. As propriedades psicométricas da FBIS foram avaliadas tanto em relação à fidedignidade (Bandeira, Calvazara, Freitas & Barroso, 2007) quanto de validade (Bandeira, Calvazara & Castro, 2008) e demonstraram resultados adequados e apropriados para utilização com a população de familiares cuidadores.

A qualidade de vida foi analisada a partir do *Schizophrenia Caregiver Quality of Life Questionnaire* (S-CGQoL). O instrumento foi adaptado para o Brasil por Bandeira e Guimarães (2016) e possui 25 itens divididos em sete subescalas (Bem Estar Fisiológico e Psicológico; Sobrecarga Psicológica e Vida Cotidiana; Relacionamento com o Cônjuge; Relacionamento com a Equipe; Relacionamento com a Equipe; Relacionamento com a Família; Relacionamento com Amigos; Sobrecarga Material). Os itens são respondidos em uma escala do tipo Likert de cinco pontos, que variam de “NUNCA/DE JEITO NENHUM” a “SEMPRE/ENORMEMENTE”. O escore global e das subescalas é obtido pelo somatório dos itens e quanto maior o resultado maior é o indicativo da qualidade de vida.

Procedimentos

Antes de realizar as entrevistas foi feita a seleção dos instrumentos que seriam utilizados. O IHS-FCPP e um questionário sociodemográfico e clínico sempre foram aplicados e a eles somaram-se a FBIS-BR ou SCGQoL. Com relação ao SCGQoL foi tomado o cuidado para que ele fosse aplicado apenas em cuidadores de pessoas com esquizofrenia. Ressalta-se que foram tomados todos os cuidados éticos necessários para aplicação dos instrumentos.

Resultados

Os resultados estão divididos em duas partes. A primeira apresenta os dados sociodemográficos e clínicos dos participantes que se submeteram à aplicação da FBIS, bem como dos resultados acerca dos coeficientes de correlação e regressão linear múltipla e, na sequência as mesmas informações são descritas, porém com a amostra que se submeteu ao SCGQoL.

Habilidades Sociais e Sobrecarga

Um total de 59 de familiares cuidadores respondeu ao IHS-FCPP e a FBIS-BR. A média de idade dos familiares foi de 52,88 anos ($DP = 11,80$) e dos pacientes foi 43,05 ($DP = 13,17$). A média de tempo que os pacientes faziam tratamento psiquiátrico era de 12,57 anos ($DP = 8,90$). Outras características sociodemográficas e/ou clínicas dos familiares e dos pacientes são apresentadas na Tabela 10.

Tabela 10

Características sociodemográficas e clínicas dos familiares e pacientes que responderam a FBIS-BR.

Variáveis	Categorias	Familiares (%)	Pacientes (%)
Gênero	Feminino	81,4	35,6
	Masculino	18,6	64,4
Parentesco com o paciente	Mãe	37,3	-
	Pai	5,1	-
	Irmã	15,3	-
	Irmão	5,1	-
	Esposa	10,2	-
	Marido	5,1	-
	Filha	8,5	-
	Filho	3,4	-
	Outros	10,2	-
Estado civil	Solteiro	20,3	54,7
	Casado	44,1	16,9
	Vivendo como casado	8,5	6,8
	Separado ou divorciado	13,6	13,6
	Viúvo	13,6	5,1
Escolaridade	Analfabeto	5,1	8,5
	Ensino fundamental incompleto	45,8	37,3
	Ensino fundamental completo	10,2	13,6
	Ensino médio incompleto	1,7	8,5
	Ensino médio completo	22,0	25,4
	Ensino superior incompleto	1,7	1,7
	Ensino superior completo	13,6	1,7
Trabalha	Não	59,3	1,7
	Sim	40,7	98,3
Renda própria	Não	30,5	39,0
	Sim	69,5	61,0
Classificação socioeconômica	A	3,4	-
	B1	5,1	-
	B2	11,9	-
	C1	30,5	-
	C2	37,3	-
	D-E	11,9	-
Diagnóstico	F20-F29	-	67,3
	F30-F39	-	32,7

Comorbidades	Não	-	70,4
	Sim	-	29,6
Internação em Hospital Psiquiátrico	Não	-	50,8
	Sim	-	49,2
Regime de Atendimento	Intensivo	-	20,8
	Semi-intensivo	-	60,4
	Não-intensivo	-	18,8
Estado	Minas Gerais		54,2
	São Paulo		45,8

Previamente ao cálculo do coeficiente de correlação foi analisada a normalidade dos escores brutos dos instrumentos a partir do teste Kolmogorov-Smirnov com objetivo de selecionar testes paramétricos ou não paramétricos. Somente o Fator 3 do IHS-FCPP e a subescalas A (Sobrecarga Subjetiva: Assistência na Vida Cotidiana) da FBIS apresentaram distribuição não normal dos dados, por isso os resultados acerca delas foram encontrados a partir do coeficiente de correlação de *Spearman* e dos demais a partir do de *Pearson*.

Na análise de correlação entre os escores globais e por fatores do IHS-FCPP e do escore global da sobrecarga subjetiva da FBIS e com as subescalas (A, B e E) foram encontrados alguns resultados estatisticamente significativos. Os resultados podem ser visualizados nas Tabelas 11.

Tabela 11.
Correlações entre escores do IHS-FCPP e FBIS-BR

Inventário de Habilidades Sociais para Familiares Cuidadores de Pacientes Psiquiátricos (IHS-FCPP)	Sobrecarga Subjetiva da FBIS-BR			
	Global	Assistência na Vida Cotidiana	Supervisão de Comportamentos Problemáticos	Preocupações com o Paciente
GLOBAL	-0,322*	-0,474**	-0,359**	-0,109
F1 – HSA&SE	-0,056	-0,239	-0,007	0,057
F2 – HSSE	-0,058	-0,211	-0,249	0,030
F3 – HSAE	-0,475**	-0,537**	-0,477**	-0,216

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Com base nos resultados apresentados na Tabela 10 observou-se que quanto maior o repertório global de HS e mais especificamente em afetividade e empatia (HSAE) menor a sobrecarga total, bem como nas dimensões de Assistência na Vida Cotidiana e Supervisão de Comportamentos Problemáticos. O resultado é condizente com o Modelo Teórico de Sobrecarga (Maurin & Boyd, 1990) e fortalece a validade do IHS-FCPP.

Com objetivo de identificar o nível de influência de cada fator do IHS-FCPP sobre a sobrecarga subjetiva global sentida, assim como em suas dimensões foram realizadas análises de regressão linear múltipla. Os resultados são apresentados na Tabela 12.

Tabela 12.

Análise de regressão linear múltipla dos fatores do IHS-FCPP associados à sobrecarga subjetiva avaliada pela FBIS-BR

Sobrecarga	Variáveis predictoras	β	t	p	
Global	F1 – HSA&SE	0,053	0,442	0,660	R ² ajustado = 0,21 F (3,55) = 6,278 p < 0,001 [DW] = 1,858
	F2 – HSSE	0,048	0,399	0,692	
	F3 – HSAE	-0,522	-4,294	0,001	
Assistência na vida cotidiana	F1 – HSA&SE	0,053	0,423	0,674	R ² ajustado = 0,20 F (3,54) = 5,642 p = 0,002 [DW] = 2,212
	F2 – HSSE	-0,071	-0,571	0,571	
	F3 – HSAE	-0,482	-3,846	0,001	
Supervisão de comportamentos problemáticos	F1 – HSA&SE	0,165	1,303	0,198	R ² ajustado = 0,21 F (3,51) = 6,333 p < 0,001 [DW] = 1,889
	F2 – HSSE	-0,169	-1,338	0,187	
	F3 – HSAE	-0,480	-3,795	0,001	
Preocupação com o paciente	F1 – HSA&SE	0,113	0,852	0,398	R ² = 0,05 F (3,55) = 1,944 p = 0,133 [DW] = 1,399
	F2 – HSSE	0,079	0,593	0,556	
	F3 – HSAE	-0,318	-2,369	0,021	

A análise de regressão linear múltipla indicou que, em conjunto, os fatores do IHS-FCPP explicam 21% da sobrecarga subjetiva global sentida. Quanto às dimensões avaliadas pela FBIS, a explicação foi de 20% na assistência na vida cotidiana, 21% na supervisão de comportamentos problemáticos e 5% na preocupação com o paciente. Contudo, o único fator que apresentou relação estatisticamente significativa foi o que avaliou a habilidades sociais de afetividade e empatia. Por fim, destaca-se que o teste ANOVA não apresentou resultado

estatisticamente significativo referente à dimensão de preocupação com o paciente, o que indica a não rejeição da hipótese nula (H_0).

Habilidades Sociais e Qualidade de Vida de Familiares Cuidadores de Pacientes com Esquizofrenia

Um total de 24 de familiares cuidadores respondeu ao IHS-FCPP e a SCGQoL. A média de idade dos familiares foi de 57,95 anos ($DP = 13,50$) e dos pacientes foi 43,65 ($DP = 10,98$). A média de tempo que os pacientes faziam tratamento psiquiátrico era de 16,54 anos ($DP = 12,88$). Outras características sociodemográficas e/ou clínicas dos familiares e dos pacientes são apresentadas na Tabela 13.

Tabela 13
Características sociodemográficas e clínicas dos familiares e pacientes que responderam ao SCGQoL.

Variáveis	Categorias	Familiares (%)	Pacientes (%)
Gênero	Feminino	83,3	33,3
	Masculino	16,7	66,7
Parentesco com o paciente	Mãe	45,8	-
	Pai	4,2	-
	Irmã	29,2	-
	Irmão	8,3	-
	Esposa	0,0	-
	Marido	4,2	-
	Filha	4,2	-
	Filho	4,2	-
Estado civil	Outros	4,2	-
	Solteiro	20,8	70,8
	Casado	50,0	12,5
	Vivendo como casado	12,5	0,0
	Separado ou divorciado	4,2	16,7
Escolaridade	Viúvo	12,5	0,0
	Analfabeto	0,0	4,2
	Ensino fundamental incompleto	54,2	54,2
	Ensino fundamental completo	8,3	8,3
	Ensino médio incompleto	4,2	8,3
	Ensino médio completo	20,8	16,7
Trabalha	Ensino superior incompleto	4,2	4,2
	Ensino superior completo	8,3	4,2
	Não	75,0	100,0
	Sim	25,0	0,0

Renda própria	Não	20,8	37,5
	Sim	79,2	62,5
Classificação socioeconômica	A	0,0	-
	B1	8,3	-
	B2	25,0	-
	C1	29,2	-
	C2	25,0	-
	D-E	12,5	-
Diagnóstico	F20-F29	-	100,0
	F30-F39	-	0,0
Comorbidades	Não	-	54,2
	Sim	-	45,8
Internação em Hospital Psiquiátrico	Não	-	25,0
	Sim	-	75,0
Regime de Atendimento	Intensivo	-	38,3
	Semi-intensivo	-	38,1
	Não-intensivo	-	23,8
Estado	Minas Gerais		0,0
	São Paulo		100

A seguir são apresentados os coeficientes de correlação entre o IHS-FCPP e a SCGQoL. O teste Kolmogorov-Smirnov com objetivo de selecionar testes paramétricos ou não paramétricos identificou normalidade no escore global e fatores/subescalas de ambos os instrumentos. Assim, todas as análises foram efetuadas pelo coeficiente de correlação de *Pearson*.

Resultados estatisticamente significativos foram observados na análise de correlação entre os escores globais e por fatores do IHS-FCPP e da SCGQoL (Tabela 14). Foi verificado que quanto mais elaborado o repertório global de HS e no fator HSAE maior a qualidade de vida global e, de forma mais específica, em relação ao bem-estar físico e psicológico e sobrecarga psicológica. Além disso, a qualidade de vida referente aos relacionamentos com a equipe e com a família foi mais elevada quando os familiares tinham, respectivamente, melhor repertório global e de habilidades sociais de suporte emocional. Por fim, habilidades sociais de assertividade e supervisão educacional indicaram, em duas dimensões (Escore Total e Bem Estar Físico e Psicológico), melhor qualidade de vida. Resultados que sustentam a validade convergente do IHS-FCPP.

Tabela 14
Correlações entre os escores do IHS-FCPP e SCGQoL

IHS-FCPP	SCGQoL							
	Total	Sub.1	Sub. 2	Sub.3	Sub. 4	Sub. 5	Sub. 6	Sub. 7
GLOBAL	0,641**	0,612**	0,534**	0,115	0,434*	0,132	0,268	0,473
F1 – HSA&SE	0,412*	0,454*	0,315	0,119	0,187	-0,056	0,390	0,349
F2 – HSSE	0,340	0,235	0,231	-0,312	0,417*	0,533**	0,062	0,294
F3 – HSAE	0,485*	0,480*	0,482*	0,393	0,258	-0,169	0,027	0,271

Subescalas do SCGQoL-BR: Sub.1: Bem Estar Físico e Psicológico; Sub. 2:Sobrecarga Psicológica e Vida Cotidiana; Sub. 3: Relacionamento com o Cônjuge; Sub. 4: Relacionamento com a Equipe; Sub. 5: Relacionamento com a Família; Sub. 6: Relacionamento com Amigos; Sub 7. Sobrecarga Material.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Uma análise de regressão linear foi realizada com a finalidade de identificar o nível de influência de cada um dos fatores avaliados pelo IHS-FCPP na qualidade de vida global dos familiares cuidadores de pessoas com esquizofrenia, bem como em suas dimensões. Os resultados são apresentados na Tabela 15.

Tabela 15
Análise de regressão linear múltipla dos fatores do IHS-FCPP associados à qualidade de vida avaliada pelo SCGQoL

Qualidade de Vida	Variáveis predictoras	β	t	p	
Global	F1 – HSA&SE	0,352	2,049	0,054	R ² ajustado = 0,33 F (3,20) = 4,821 $p = 0,011$ [DW] = 1,769
	F2 – HSSE	0,228	1,309	0,205	
	F3 – HSAE	0,407	2,333	0,030	
Bem Estar Físico e Psicológico	F1 – HSA&SE	0,403	2,333	0,030	R ² ajustado = 0,32 F (3,20) = 4,649 $p = 0,013$ [DW] = 2,217
	F2 – HSSE	0,116	0,662	0,516	
	F3 – HSAE	0,418	2,379	0,027	
Sobrecarga Psicológica e Vida Cotidiana	F1 – HSA&SE	0,262	1,408	0,174	R ² ajustado = 0,22 F (3,20) = 3,130 $p = 0,049$ [DW] = 1,920
	F2 – HSSE	0,123	0,650	0,523	
	F3 – HSAE	0,433	2,294	0,033	
Relacionamento com o Cônjuge	F1 – HSA&SE	0,190	0,955	0,354	R ² ajustado = 0,27 F (3,16) = 3,380 $p = 0,044$ [DW] = 1,548
	F2 – HSSE	-0,501	-2,411	0,028	
	F3 – HSAE	0,532	2,603	0,019	
Relacionamento com a Equipe	F1 – HSA&SE	0,137	0,691	0,497	R ² ajustado = 0,11 F (3,20) = 1,926 $p = 0,158$ [DW] = 2,528
	F2 – HSSE	0,370	1,839	0,081	
	F3 – HSAE	0,172	0,851	0,405	

Relacionamento com a Família	F1 – HSA&SE	-0,084	-0,468	0,645	R ² ajustado = 0,28 F (3,20) = 3,901 p = 0,024 [DW] = 1,805
	F2 – HSSE	0,595	3,278	0,004	
	F3 – HSAE	-0,278	-1,529	0,142	
Relacionamento com Amigos	F1 – HSA&SE	0,389	1,832	0,083	R ² ajustado = 0,02 F (3,19) = 1,150 p = 0,355 [DW] = 2,116
	F2 – HSSE	0,040	0,184	0,856	
	F3 – HSAE	-0,015	-0,068	0,947	
Sobrecarga Material	F1 – HSA&SE	0,310	1,564	0,133	R ² = 0,11 F (3,20) = 1,971 p = 0,151 [DW] = 2,257
	F2 – HSSE	0,228	1,134	0,270	
	F3 – HSAE	0,196	0,975	0,341	

Os resultados da regressão indicaram que os fatores do IHS-FCPP explicaram 33% da qualidade de vida global dos familiares cuidadores. Em relação às dimensões da qualidade de vida avaliada pelo SCGQoL os fatores explicaram: (a) 32% de bem estar físico e psicológico; (b) 22% de sobrecarga psicológica e vida cotidiana; (c) 27% de relação com o cônjuge; (d) 11% de relação com a equipe; (e) 28% de relação familiar; (f) 2% de relacionamento com amigos; e, (g) 11% da sobrecarga material. O fator HSAE apresentou relação significativa com o escore global do SCGQoL e com outras quatro dimensões da qualidade de vida. O fator HSSE com duas dimensões e o HSA&SE com uma.

Estudo 4: Normas provisórias e caracterização do repertório de habilidades sociais dos familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos.

Os objetivos deste estudo foram criar normas provisórias de interpretação dos escores do IHS-FCPP e caracterizar o repertório de habilidades sociais dos familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos. De forma mais específica, também foram comparados aspectos sociodemográficos referente aos escores do IHS-FCPP.

Participantes

Os participantes foram os 108 familiares cuidadores descritos no Estudo 2. Dados sociodemográficos e clínicos podem ser visualizados na Tabela 8.

Instrumento

O instrumento utilizado foi o Inventário de Habilidades Sociais para Familiares Cuidadores de Pacientes Psiquiátricos (IHS-FCPP). O instrumento possui validade de conteúdo (Estudo 1) e é composto de 24 itens que geram um escore total que varia de 0 a 72 pontos. Sua estrutura é dividida em três fatores que avaliam habilidades sociais de assertividade e supervisão educacional (HSA&SE; 10 itens com escore de 0 a 30 pontos), habilidades sociais de suporte emocional (HSSE; cinco itens com escore de 0 a 15 pontos) e habilidades sociais de afetividade e empatia (HSAE; nove itens com escore 0 a 27 pontos). O IHS-FCPP possui evidências de validade baseada na estrutura interna e consistência interna satisfatória (Estudo 2), assim como validade convergente baseada na relação com medidas externas (Estudo 3). Os itens abarcam a frequência de uso de habilidades sociais em contextos com o próprio paciente, outros familiares e comunidade no geral e são respondidos em uma escala do tipo Likert de 0 (nunca) a 3 (sempre) pontos. O instrumento não é de uso exclusivo de psicólogo e pode ser utilizado por diferentes profissionais de Centros de Atenção Psicossocial (p.ex., assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros(as), psiquiatras, dentre outros). Contudo, ressalta-se a importância de que esses profissionais tenham curso superior e experiência mínima de um ano de serviço na área de atenção comunitária à saúde mental. Além disso, é importante que recebam orientação dos(as) psicólogos(as) do serviço acerca dos procedimentos de aplicação, correção e interpretação, processo este, que pode ser realizado, periodicamente, em reuniões da equipe multiprofissional.

Procedimentos

As respostas dos familiares foram digitadas em uma planilha do Excel e analisadas no JASP 0.9.2. Primeiramente, foi realizada uma análise descritiva, com a finalidade de caracterizar a pontuação mínima e máxima, média e desvio padrão para o escore total e fatores do IHS-FCPP. Além disso, foram criadas normas provisórias. Para isso, recorreu-se ao cálculo da porcentagem relativa de cada escore e, cumulativamente, foram obtidos valores dos percentis com o objetivo de orientar a interpretação de indivíduos abaixo ou acima de determinados escores. Em seguida, optou-se por transformar todas as variáveis sociodemográficas categóricas em apenas duas condições. Justifica-se esse procedimento, visto que as variáveis parentesco, estado civil, escolaridade e classificação socioeconômica possuíam muitas categorias e diante de uma amostra reduzida (108 familiares), algumas delas teriam poucos sujeitos, prejudicando as análises estatísticas. Na sequência, foi verificada a normalidade dos dados, a partir do teste Kolmogorov-Smirnov, para que os mesmos fossem submetidos às análises de comparação de média e correlação. Somente o Fator 3 apresentou distribuição não normal e por isso foram utilizados os testes não paramétricos *U* de *Mann-Whitney*, para comparar médias de variáveis categóricas, e o coeficiente de correlação de *Spearman*, para verificar relações entre variáveis contínuas. Os demais fatores foram analisados pelo teste *t* de *Student* (comparação de médias) e o coeficiente de correlação de *Pearson*. Por fim, destaca-se que nas análises de comparação de médias, além dos dados comumente apresentados (*t* ou *U* e *p*), também foi calculado o *effect size* (*ES*). Essa medida indica a magnitude do efeito e representa em que grau o fenômeno observado está presente na população (Loureiro & Gameiro, 2011; Espírito-Santo & Daniel, 2015). O *ES* nos testes paramétricos foi calculado pelo *d* de Cohen e nos não paramétricos pelo coeficiente de correlação ponto bisserial (*r*). Destaca-se que quanto maior o *ES*, maior é a manifestação do dado na população e os valores são classificados em insignificante (< 0,19), pequeno (entre 0,20 e 0,49), médio (entre 0,50 e 0,79) e grande (> 0,80).

Resultados

Os escores médios, desvios-padrão, mínimos e máximos, percentis e interpretação dos escores dos respondentes no IHS-FCPP são apresentados na Tabela 16. Os escores obtidos foram classificados em quatro níveis de repertório, com base na análise de percentis, sendo: baixo (percentis de 1 a 25), médio inferior (percentis 26 a 50), médio superior (percentis 51 a 75) e alto (percentis 76 a 100).

Tabela 16
Médias, desvios-padrão e mínimos e máximos nos escores do IHS-FCPP

Percentil	Total	F1 HSA&SE	F2 HSSE	F3 HSAE	Interpretação dos Escores Percentis
25	45,00	20,00	6,00	17,25	1-25 (Baixo)
50	53,00	23,50	9,00	22,50	26-50 (Médio inferior)
75	59,00	27,00	12,00	24,75	51-75 (Médio Superior)
Média (DP)	52,40 (9,58)	22,92 (5,25)	8,81 (3,96)	20,66 (5,05)	76-100 (Alto)
Mínimo	29	4	0	5	
Máximo	69	30	15	27	

A seguir serão apresentados os resultados dos escores, total e por fatores, do IHS-FCPP em relação às variáveis sociodemográficas de parentesco, gênero, estado civil, escolaridade, trabalho e classificação socioeconômica. Em relação à idade, apesar de todos os coeficientes de correlação apresentarem relação negativa, indicando que quanto maior a idade menor o escore (total e por fatores), nenhuma delas se mostrou estatisticamente significativa.

Tabela 17
Caracterização dos escores total do IHS-FCPP em função das variáveis sociodemográficas.

Variáveis	Categorias	n	Média (DP)	Estatística		
				<i>t</i>	<i>p</i>	<i>ES</i>
Parentesco	Mãe ou pai	52	50,79(8,88)	-1,70	0,09	0,33
	Outros	56	53,89(10,04)			
Gênero	Masculino	18	55,50(8,44)	1,51	0,13	0,39
	Feminino	90	51,78(9,72)			
Estado civil	Solteiro, divorciado ou viúvo	46	51,78(9,16)	-0,57	0,57	0,11
	Casado ou união estável	62	52,85(9,93)			
Escolaridade	Fundamental Incompleto	54	49,46(8,61)	-3,33	0,001	0,64
	Fundamental Completo	54	55,33(9,67)			

Trabalho	Não	65	49,97(9,96)	-3,39	0,001	0,68
	Sim	43	56,07(7,73)			
Classificação Socioeconômica	A-B1-B2	26	55,77(11,28)	2,07	0,041	0,47
	C1-C2-D-E	72	51,15(9,12)			

Referente ao escore total do IHS-FCPP foi possível observar (Tabela 17) que aqueles que tinham terminado o ensino fundamental e trabalhavam apresentaram escores mais elevados. O mesmo resultado foi encontrado para o Fator 1 do instrumento, que avalia as HS de Assertividade e Supervisão Educacional (Tabela 18).

Tabela 18

Caracterização dos escores do Fator 1 (HS de Assertividade e Supervisão Educacional) do IHS-FCPP em função das variáveis sociodemográficas.

Variáveis	Categorias	n	Média (DP)	Estatística		
				<i>t</i>	<i>p</i>	<i>ES</i>
Parentesco	Mãe ou pai	52	22,46(5,27)	-1,70	0,38	0,17
	Outros	56	23,36(5,24)			
Gênero	Masculino	18	23,89(4,56)	0,85	0,40	0,22
	Feminino	90	22,73(5,38)			
Estado civil	Solteiro, divorciado ou viúvo	46	23,11(4,56)	0,31	0,76	0,06
	Casado ou união estável	62	22,79(5,74)			
Escolaridade	Fundamental Incompleto	54	20,91(5,27)	-4,31	0,001	0,83
	Fundamental Completo	54	24,95(4,44)			
Trabalho	Não	65	21,86(5,76)	-2,66	0,009	0,52
	Sim	43	24,53(3,92)			
Classificação Socioeconômica	A-B1-B2	26	23,77(6,64)	0,75	0,45	0,17
	C1-C2-D-E	72	22,85(4,85)			

Referente ao Fator 2, que avalia HS de Suporte Emocional, foi verificado que mães ou pais apresentaram escores menores em relação a outros tipos de parentesco como, por exemplo, cônjuges, irmãos(ãs), tios(as) (Tabela 19). Além disso, também observou-se menor nível nessas habilidades quando os familiares cuidadores possuíam uma classificação socioeconômica inferior. Por fim, familiares cuidadores que trabalhavam tinham escore mais elevado em HS de Afetividade e Empatia (Tabela 20).

Tabela 19

Caracterização dos escores do Fator 2 (HS de Suporte Emocional) do IHS-FCPP em função das variáveis sociodemográficas.

Variáveis	Categorias	n	Média (DP)	Estatística		
				<i>t</i>	<i>p</i>	<i>ES</i>
Parentesco	Mãe ou pai	52	7,56(3,54)	-3,33	0,001	0,64
	Outros	56	9,99(3,99)			
Gênero	Masculino	18	10,11(3,25)	1,53	0,13	0,39
	Feminino	90	8,56(4,05)			
Estado civil	Solteiro, divorciado ou viúvo	46	8,50(4,15)	-0,71	0,76	0,06
	Casado ou união estável	62	9,05(3,83)			
Escolaridade	Fundamental Incompleto	54	8,22(3,97)	-1,57	0,12	0,30
	Fundamental Completo	54	9,41(3,88)			
Trabalho	Não	65	8,40(3,96)	-1,34	0,18	0,26
	Sim	43	9,44(3,91)			
Classificação Socioeconômica	A-B1-B2	26	10,84(3,58)	3,08	0,003	0,70
	C1-C2-D-E	72	8,10(4,00)			

Tabela 20

Caracterização dos escores do Fator 3 (HS de Afetividade e Empatia) do IHS-FCPP em função das variáveis sociodemográficas.

Variáveis	Categorias	n	Média (DP)	Estatística		
				<i>U</i>	<i>p</i>	<i>ES</i>
Parentesco	Mãe ou pai	52	20,77(4,77)	1459,00	0,99	0,01
	Outros	56	20,55(5,35)			
Gênero	Masculino	18	21,50(5,46)	950,50	0,246	0,17
	Feminino	90	20,49(4,97)			
Estado civil	Solteiro, divorciado ou viúvo	46	20,17(5,55)	1355,00	0,660	0,05
	Casado ou união estável	62	21,02(4,65)			
Escolaridade	Fundamental Incompleto	54	20,33(4,68)	1288,50	0,297	0,12
	Fundamental Completo	54	20,98(5,42)			
Trabalho	Não	65	19,71(5,16)	940,00	0,004	0,33
	Sim	43	22,09(5,47)			
Classificação Socioeconômica	A-B1-B2	26	21,15(5,10)	1056,50	0,33	0,13
	C1-C2-D-E	72	20,21(5,28)			

Discussão

Inicialmente, destaca-se que a decisão pela construção do inventário não foi uma tarefa fácil e não se pautou em critérios arbitrários. Previamente ao processo, tornou-se necessário refletir sobre diversas questões conforme aponta a literatura da avaliação psicológica e

psicometria (Cohen, Swedlick, & Sturman, 2014; Pacico, 2015). De acordo com Borsa e Seize (2017), os pesquisadores devem optar pelo desenvolvimento de uma nova ferramenta de avaliação quando os instrumentos existentes: (a) não abrangem o conteúdo necessário à sua pesquisa; (b) possuem conteúdo demasiadamente específico para um diferente contexto cultural; (c) não demonstram qualidades psicométricas adequadas; (d) não apresentam evidências de validade para seu contexto. Além disso, muitos instrumentos não são de livre acesso.

Dessa forma, reforça-se que o desenvolvimento dessa nova ferramenta de medida foi, em primeiro lugar, realizado devido à inexistência de um instrumento para avaliar habilidades sociais (HS) de familiares responsáveis pelo cuidado de pessoas com transtornos psiquiátricos. Como citado ao longo da tese, são habilidades necessárias para lidar com diversos comportamentos e situações específicas ao contexto que estão inseridos. Além disso, ressalta-se que as contingências de cuidado não se esgotam somente na relação direta com o paciente, mas também com outras pessoas da família, comunidade e serviço de saúde mental.

No contexto brasileiro existem outros instrumentos de avaliação das HS. Todavia, apesar das qualidades psicométricas adequadas de muitos deles como, por exemplo, do Inventário de Habilidades Sociais 2 (IHS2-Del Prette; Z. A. P. Del Prette & Del Prette, 2018) e da Escala de Assertividades Rathus (Pasqual, Moura & Freitas, 2002), no conteúdo de seus itens as relações de cuidado a pacientes psiquiátricos não necessariamente são abordadas, uma vez que eles foram construídos para a população geral. Assim, primeiramente, o desenvolvimento do IHS-FCPP se tornou pertinente a partir da necessidade de um instrumento que abordasse o conteúdo específico vivenciado pelos familiares na condição de cuidadores.

Em segundo lugar, a construção do IHS-FCPP foi conduzida visando uma necessidade prática. Com base nos achados da revisão de literatura apresentada no Capítulo 1, evidenciou-

se que HS podem ser consideradas como um fator de proteção em relação a diversas consequências negativas, comumente, encontradas em estudos com familiares de pacientes psiquiátricos. Isso demonstra que os profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) necessitam considerar as famílias também como usuárias do serviço e prover a elas uma maior atenção psicossocial. Uma forma de isso ser realizado é a partir de intervenções específicas para essa população. Contudo, as intervenções, geralmente, são feitas somente por psicoeducação, o que não garante, necessariamente, o aprendizado e manutenção ao longo do tempo de HS (Kim & Mueser, 2011). Além disso, as pesquisas sobre intervenções de Treinamento de Habilidades Sociais (THS) ou com alguns de seus componentes, geralmente avaliaram HS de forma indireta, habitualmente, por apenas algumas de suas dimensões ou a efetividade foi averiguada a partir de outros construtos, tal como atitudes negativas, sobrecarga, dentre outros.

Apesar da importância da avaliação da efetividade do THS em relação a diversos aspectos da saúde dos familiares, existe a lacuna de conhecer a real mudança desse tipo de intervenção, especificamente, nas HS dessa população. Assim, espera-se que com construção do IHS-FCPP essa questão seja amenizada.

O processo de construção do IHS-FCPP foi particularmente realizado para o uso por profissionais da área de saúde mental comunitária. No estabelecimento da definição constitutiva e operacional buscou-se uma interface entre obras que, por um lado, relatavam extensamente a experiência das famílias na prestação de cuidados de pacientes psiquiátricos e, por outro, questões teóricas e práticas da área de HS. Assim, na definição constitutiva foi abordado o conjunto das habilidades comportamentais necessárias à qualidade do relacionamento dos familiares com as diversas contingências que se relacionam (in)diretamente com paciente. Na sequência, a definição operacional foi realizada a partir de indicadores comportamentais, tendo como base a literatura, experiência do pesquisador no

trabalho com a população de cuidadores e, de modo mais específico, com a área das HS. Para isso, as definições comportamentais tiveram como base HS descritas como relevantes para população geral, porém contextualizadas à vida cotidiana dos familiares cuidadores.

Na etapa de elaboração dos itens buscou-se, como indicado na literatura (Pacico, 2015; Pasquali, 1998, 2010), diversas fontes de informação tais como familiares, profissionais e instrumentos já construídos e validados. Dessa forma, garantiu-se que a redação dos itens abrangesse o conteúdo necessário ao objetivo do instrumento (Borsa & Seize, 2017), contemplando as dimensões pertinentes que se relacionam ao cuidado em saúde mental (Bandeira, 2014; OMS, 2001, 2008, 2010, 2013; Tessler & Gamache, 2000). Com base nas fontes citadas, foi elaborado um total de 368 itens e após o agrupamento deles nas classes de HS foi possível descartar 145 que apresentavam conteúdos e situações demasiadamente repetidas ou impertinentes.

Tendo em vista a dificuldade de encontrar profissionais que trabalhassem na área de saúde mental concomitantemente com a área de HS, optou-se por averiguar a qualidade dos itens em dois momentos, sendo cada um deles com peritos específicos em cada um dos campos de conhecimento. Assim, especialistas da área de saúde mental, realizaram essa análise para identificar a relevância do item na contemplação de contingências pertinentes aos cuidados e a clareza deles para a população-alvo. Peritos em HS focaram em verificar se os itens avaliavam HS, a importância delas levando em consideração contingências de cuidado e identificar a classe que cada um deles aferia. Contudo, mesmo após os itens passarem por esses dois processos, um número elevado (125) permaneceu, evidenciando um problema prático de aplicação. Conforme a literatura, instrumentos que são utilizados com populações atendidas por serviços de saúde mental devem ser breves e de fácil compreensão. Diante disso, o pesquisador responsável aplicou um procedimento não usual, ao selecionar somente 50% dos itens restantes. Todavia, justifica-se essa estratégia, pois assim não há demasiado

esforço nos procedimentos de aplicação, garantindo a aplicabilidade e validade das respostas aos itens (Bandeira, 2014).

A última etapa desse processo de construção dos itens foi o estudo piloto com a população-alvo de familiares cuidadores. Para esse último processo, os itens foram transformados no formato de entrevista (Herdman, Fox-Rushby & Badia, 1998; Perreault & Leichner, 1993). A utilização da Técnica de Sondagem (Guillemin, Bombardier & Beaton, 1993) na coleta de dados permitiu a identificação de itens problemáticos, conforme critérios da literatura (Carvalho & Ambiel, 2017; Pasquali, 2010). Dessa forma, obteve-se uma versão com 70 itens para realização dos procedimentos experimentais e analíticos (Pasquali, 2010).

As primeiras etapas para busca de evidência de validade baseada na estrutura interna compreendem os procedimentos experimentais de planejamento da aplicação e coleta de dados (Pasquali, 2010). O estabelecimento de normas para aplicação ocorreu de forma pertinente e satisfatória, contudo encontrar uma amostra suficiente foi uma tarefa parcialmente realizada. Damásio (2012) destacou que existem divergências, conforme diferentes autores, em relação ao número mínimo de sujeitos que pode variar de 100 a 250, com mínimo de 3 a 10 respondentes por item. De todo modo, salientou que, atualmente, é seguramente aceito que amostras maiores produzem resultados mais precisos, porém os resultados acerca do tamanho mínimo são imprecisos, visto que a “qualidade de uma solução fatorial não depende exclusivamente do número de respondentes, mas varia de acordo com a qualidade do instrumento avaliado” (Damásio, 2012, p. 222). O mesmo autor, ainda cita estudos de simulação em que foram obtidas soluções fatoriais estáveis com 1, 2 a 3 sujeitos por item.

Na presente pesquisa, a partir da análise inicial dos prontuários de dois CAPS, foram selecionados 307 pacientes, o que corresponderia a 4,39 respondentes por item. Contudo, devido a diversas intercorrências ao longo da coleta (prontuários não encontrados,

inexistência de um familiar responsável, mudança de serviço dentro da rede de atenção psicossocial, informações telefônicas e endereços desatualizados e recusas) a amostra final ficou composta de somente 108 familiares cuidadores. Destaca-se que os familiares cuidadores participantes possuíam características sociodemográficas que são tipicamente encontradas em pesquisas com essa população, sendo em maior número mulheres, com idade mais avançada, mãe, filha ou irmã do paciente, com baixa escolaridade e de baixa classificação socioeconômica (Barroso, 2014).

Com a finalização da coleta houve uma etapa prévia a preparação dos dados para realização da AFE. Os itens foram elaborados a partir de interações do familiar com o próprio paciente, com outros membros da família, pessoas da comunidade (p.ex., vizinhos) e profissionais do CAPS. Contudo, optou-se por excluir os itens que envolviam situações com membros do serviço de saúde mental, visto que foi considerado impertinente que houvesse questões sobre os profissionais, uma vez que o uso prático do IHS-FCPP seja feito por eles próprios.

Na preparação dos dados e amostra para realização da AFE, além dos itens eliminados como citado no parágrafo anterior, outros oito não alcançaram os parâmetros adequados de normalidade e também foram excluídos. A matriz de correlações dos itens restantes foi submetida a testes necessários para verificar a possibilidade de fatoração, o que foi confirmado. Apesar de, na etapa de definição operacional, os itens terem sido divididos em oito subescalas de HS, o método utilizado para analisar a retenção de fatores indicou somente três. A primeira AFE foi realizada solicitando, então, a extração de três fatores. Nessa análise muitos itens apresentaram cargas fatoriais baixas ou saturaram em mais de um fator, sendo, assim, eliminados.

A partir dos procedimentos de exclusão de itens, duas (HS de comunicação e Estratégias e Habilidades de Processamento) das oito classes foram completamente

eliminadas. A supressão dessas classes não foi considerada um problema, tendo em vista que os conteúdos dos itens eliminados, com base nos 70 iniciais, compreendiam comunicação com membros do CAPS, que se apresentou como uma situação prática inviável e os demais, de certo modo, eram avaliados pelos restantes. Ressalta-se que a versão, com 27 remanescentes, contemplava itens das seis classes (HS Assertivas de Enfrentamento, HS Empáticas, HS de Expressão de Sentimento Positivo, HS de Suporte/Apoio Social, HS Educativas, HS de Supervisão/Manejo de Comportamentos Problemáticos) que permaneceram.

Essa última versão foi submetida novamente a procedimentos para verificar a possibilidade de fatoraço, que apresentaram resultados estatisticamente satisfatórios e a análise de retenção de fatores, mais uma vez, indicou três fatores. A estrutura encontrada se mostrou pertinente, com itens suficientes em cada fator, explicando mais de 50% da variância dos dados e com índices de adequação do modelo aceitáveis.

O primeiro fator, denominado de Habilidades Sociais de Assertividade e Supervisão Educacional (HSA&SE) contemplou, principalmente, situações em que o paciente se comporta de maneira inadequada, porém também abordou, em um dos itens, o relacionamento com outros familiares. Referente às habilidades necessárias para lidar com essas situações, os itens compreendem comportamentos de explicar e solicitar mudança de comportamento, demonstrar reprovação e desagrado, impor limites, ensinar comportamentos socialmente aceitáveis, ajudar na percepção de atitudes prejudiciais e defender os direitos. Diversos estudos, de revisão ou empíricos, que apresentaram informações sobre variáveis preditoras da sobrecarga familiar (Barroso et al., 2009; Demarco et al., 2014; Eloia et al., 2014; Hansen et al., 2014) indicaram que comportamentos problemáticos e inadequados como explicativos de níveis mais elevados dessa condição que muitos familiares enfrentam. Dessa forma,

compreende-se que as habilidades avaliadas pelos itens são pertinentes para aferir a postura dos familiares ao lidar com essas situações difíceis de relacionamento.

No segundo fator, intitulado de Habilidades Sociais de Suporte Emocional (HSSE), os itens consideram, essencialmente, a busca de auxílio dos cuidadores dos pacientes por outros membros da família. São contingência em que precisam de ajuda para lidar com comportamentos e tomar decisões importantes. No que se referem às habilidades, os itens avaliam a frequência da procura, facilidade na requisição, satisfação e agradecimento com a ajuda necessária. Esse fator demonstra-se muito importante para avaliar as habilidades necessárias para ampliação da rede de suporte social recebida, visto que estudos indicaram que familiares que recebem mais apoio apresentam menos problemas de saúde geral e mental, bem como maior qualidade de vida (Habib et al., 2015; Hjärthag, Helldin, Olsson, & Norlander, 2012; Yesufu-Udechuku et al., 2015). No modelo de sobrecarga de Maurin e Boyd (1990), por exemplo, o apoio social é considerado um fator moderador da dimensão subjetiva. No modelo teórico sobre suporte social (Gotlieb, 1981, como citado por Robinson, 1990), as habilidades sociais são importantes para mobilizar redes de apoio e o suporte propriamente dito, sendo que alinhado a autoestima, são fatores que diminuem a sobrecarga em cuidadores. Além disso, de forma mais específica, o estudo de Lima et al. (2014) indicou que um repertório mais elaborado de HS, nesse caso avaliado por outro instrumento, se relacionou positivamente com a busca por suporte social de familiares cuidadores.

O último fator denominado de Habilidades Sociais de Afetividade e Empatia (HSAE) leva em consideração habilidades de elogiar, desculpar-se, expressão e retribuição de carinho, compartilhamento de felicidade e comportamentos de preocupação com bem estar do paciente. Falcone et al. (2008) destacou que a empatia possui efeitos positivos na redução de problemas emocionais e outros aspectos da vida. Essas consequências demonstram a importância da empatia nas situações sociais e, dessa forma, a relevância de sua avaliação. No caso específico

da relação entre familiares cuidadores os estudos, por um lado, apontam a necessidade de aptidão na compreensão dos sentimentos dos pacientes (Hamada et al., 2003) e, em outra direção, que existe um distanciamento constante entre o cuidador responsável e o paciente no que se refere ao compartilhamento carinhoso de atividades sociais, familiares ou recreativas (Holmgren et al., 2005).

Em relação à precisão do instrumento, foi evidenciado que o mesmo possui consistência interna satisfatória tanto em seu escore total, quanto em seus fatores. Esses resultados indicam que o IHS-FCPP avalia de forma apropriada o construto para o qual foi construído, além de possibilitar a distinção dos testandos acerca de suas diferenças individuais (Zanon & Hauck Filho, 2015)

Por fim, acerca da busca evidências de validade, o IHS-FCPP foi analisado a partir da relação com variáveis externas. Com base na literatura, foi verificado a relação das HS com medidas de sobrecarga (Maurin & Boyd, 1990) e qualidade de vida (Habib et al., 2015). Os resultados indicaram correlações negativas estatisticamente significativas entre as HS dos familiares cuidadores e sobrecarga subjetiva global e em algumas de suas dimensões. Esses achados são condizentes com o modelo teórico da sobrecarga (Maurin & Boyd, 1990) e outras teorias sobre experiência da família na prestação de cuidados (Tessler & Gamache, 2000), que preveem a qualidade do relacionamento como moderador da dimensão subjetiva da sobrecarga sentida. O resultado também foi reforçado, uma vez que em análises de regressão indicaram que os fatores do IHS-FCPP, principalmente o HSAE, explicaram os níveis de sobrecarga subjetiva, principalmente, nas dimensões de assistência e supervisão de comportamentos problemáticos dos pacientes. Além disso, o resultado segue a mesma direção encontrada por Bandeira et al. (2014) que encontrou que a timidez é um fator preditor de níveis elevados de sobrecarga.

Referente à relação entre as HS e a qualidade de vida também foram obtidos resultados favoráveis e que indicaram a relação do IHS-FCPP com medidas externas. Maior qualidade de vida global de familiares cuidadores de pessoas com esquizofrenia, bem como em dimensões relacionadas ao bem estar físico e psicológico, sobrecarga psicológica, relacionamento com a equipe e com a família foram correlacionadas positivamente e, em alguns aspectos, explicadas (análises de regressão) pelos escores total do IHS-FCPP e de seus fatores. Ressalta-se, ainda, que os resultados encontrados, além do fortalecimento da validade do inventário, são importantes tendo em vista que a qualidade de vida dos cuidadores sofre impacto constante pelas consequências advindas da condição de cuidador (Bandeira & Guimarães, 2016). Diversos fatores preditores, como conflitos entre os membros da família, perturbações na vida familiar, percepção de déficits dos pacientes, dentre outros são destacados na literatura (Caqueo-Urizar, Gutiérrez-Maldonado, & Miranda-Castillo, 2009; Caqueo-Urizar et al., 2016) e, dessa forma, a avaliação das HS diante dessas consequências se torna de suma relevância.

Com base na discussão apresentada nos parágrafos anteriores é possível afirmar que o IHS-FCPP possui evidências preliminares de validade satisfatórias. Sendo que sua estrutura fatorial se mostrou pertinente e a relação com variáveis externas confirmaram sua validade de construto.

Como parte final da presente discussão, destaca-se a relação dos escores obtidos no IHS-FCPP com variáveis sociodemográficas da população investigada. Foi observado resultados estatisticamente significativos na comparação de médias acerca do nível de escolaridade. Os familiares que tinham maior nível educacional (ensino fundamental completo) apresentaram médias mais elevadas nos fatores de HSA&SE e no escore global. Na comparação do tipo de parentesco, mães e pais tinham escores menores em HSSE do que outros parentes. Referente à classificação socioeconômica, familiares com menor nível

também apresentaram escore menor no fator que avalia habilidades de busca por suporte emocional. Por fim, familiares que trabalhavam, tinham maior repertório global de HS e no fator de HSAE. Resultados semelhantes em relação a escolaridade e trabalho foram obtidos por Lima et al. (2014, 2016). Contudo, ressalta-se que nesses estudos o instrumento de HS não era específico para familiares cuidadores e a classificação escolar comparada era em um nível maior (ensino médio completo e incompleto) do que na presente pesquisa. Não foram encontrados estudos que avaliaram as HS a partir de dados de parentesco e classificação socioeconômica. Esses resultados, indicam, de certa forma, os subgrupos mais vulneráveis de familiares cuidadores no que se refere a possíveis déficits em HS.

Referências

- Aravena, V. J., & Alvarado, O. S. (2010). Evaluación de la sobrecarga de cuidadoras/es informales. *Ciencia y Enfermería*, 15(2), 111-120. doi:10.4067/s0717-95532010000300012
- Aschbrenner, K.A., Greenberg, J.S., Allen, S.A., & Seltzer, M.M. (2010). Subjective burden and personal gains among older parents of adults with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 61, 605-611. doi:10.1176/appi.ps.61.6.605
- Bandeira, M. (2014). Princípios norteadores para avaliação de serviços de saúde mental. In: M. Bandeira, L. A. Lima, & S. Barroso (Orgs.). *Avaliação de serviços de saúde mental: princípios metodológicos, indicadores de qualidade e instrumentos de medida*. (pp. 19-54). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Bandeira, M., & Barroso, S. (2005). Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54(1), 34-46.

- Bandeira, M., Calzavara, M.G.P., & Castro, I. (2008). Estudo de validade da escala de sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57(2), 98-104. doi:10.1590/s0047-20852008000200003
- Bandeira, M., Calzavara, M.G.P., Freitas, L., & Barroso S.M. (2007). Family Burden Interview Scale for relatives of psychiatric patients (FBIS-BR): Reliability study of the Brazilian version. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(1), 47-50. doi:10.1590/s1516-44462006005000015
- Bandeira, M., & Guimarães, V. N. (2016). Qualidade de vida de familiares de pacientes com esquizofrenia: Escala S-CGQoL. *Psicologia: teoria e prática*, 18(3), 66-80. doi:10.5935/1980-6906/psicologia.v18n3p66-80
- Bandeira, M., Tostes, J. G. A., Santos, D. C. S., Lima, D. C., & Oliveira, M. S. (2014). Sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos: relação com assertividade. *PsicoUSF*, 19(3), 399-409. doi:10.1590/1413-82712014019003003
- Barroso, S. (2014). Sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos. In M. Bandeira, L. A. Lima, & S. Barroso (Orgs.). *Avaliação de serviços de saúde mental: princípios metodológicos, indicadores de qualidade e instrumentos de medida*. (pp. 187-216). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Barroso, S., Bandeira, M., & Nascimento, E. (2007). Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(6), 270-277. doi:10.1590/s0101-60832007000600003
- Barroso, S., Bandeira, M., & Nascimento, E. (2009). Fatores preditores da sobrecarga subjetiva de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 25(9), 1957-1968. doi:10.1590/s0102-311x2009000900010

- Borsa, J. C., & Seize, M. M. (2017). Construção e adaptação de instrumentos psicológicos: dois caminhos possíveis. In B. F. Damásio, & J. C. Borsa (Orgs). Manual de desenvolvimento de instrumentos psicológicos. (pp. 15-35). São Paulo: 2017.
- Brister, T., Cavaleri, M. A., Olin, S. S., Shen, S., Burns, B. J., & Hoagwood, K. E. (2012). An evaluation of the NAMI Basics Program. *Jornal of Child and Family Studies*, 21(3), 439-442. doi:10.1007/s10826-011-9496-6
- Caqueo-urizar, A., Gutiérrez-Maldonado, J., & Miranda-Castillo, C. (2009). Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: A literature review. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7(84), 1–5. doi:10.1186/1477-7525-7-84
- Caqueo-urizar, A., Urzúa, A., Boyer, L., Caqueo-urizar, A., Urzúa, A., & Boyer, L. (2016). Caregivers' perception of patients' cognitive deficit in schizophrenia and its influence on their quality of life. *Psycothema*, 28(2), 150–155.
- Cohen, R. J., Swerdlik, M. E., & Sturman, E. D. (2014). *Testagem e avaliação psicológica: introdução a testes e medidas*. Porto Alegre: AMGH.
- Coluci, M. Z. O., Alexandre, N. M. C., & Milani, D. (2015). Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 20(3), 925–936. doi:10.1590/1413-81232015203.04332013
- Damásio, B. F. (2012). Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. *Avaliação Psicológica*, 11(2), 213–228.
- Damásio, B. F., & Dutra, D. F. (2017). Análise Fatorial Exploratória: um tutorial com o software FACTOR. In B. F. Damásio, & J. C. Borsa (Orgs). Manual de desenvolvimento de instrumentos psicológicos. (pp. 241-265). São Paulo: 2017
- Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2014). *Psicologia das relações interpessoais: vivências para o trabalho em grupo* (11a ed.). Petrópolis: Vozes.

- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2001). *Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del-Prette): Manual de aplicação, apuração e interpretação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2009). *Psicologia das Habilidades Sociais: diversidade teórica e suas implicações*. Petrópolis, RJ: Vozes
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2012). *Psicologia das Habilidades Sociais: Terapia, Educação e Trabalho* (9a ed.). Petrópolis: Vozes.
- Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2017). *Competência Social e Habilidades Sociais: manual teórico-prático*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2018). *Inventário de Habilidades Sociais 2 (IHS2-Del-Prette): manual de aplicação, apuração e interpretação*. São Paulo: Pearson Clinical Brasil.
- Demarco, A. D., Nunes, C. K., Jardim, V. M. R., Coimbra, V. C. C., & Kantorski, L. P. (2014). Sobrecarga dos familiares de pacientes psiquiátricos: uma revisão integrativa. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*, 6(4), 1677-1686.
- Eloia, S. C., Oliveira, E. N., Eloia, S. M. C., Lomeo, R. C., & Parente, J. G. F. (2014). Sobrecarga do cuidador familiar de pessoas com transtorno mental: uma revisão integrativa. *Saúde Debate*, 38(103), 996-1007. doi:10.5935/0103-1104.20140085
- Espirito Santo, H., & Daniel, F. (2015). Calcular e apresentar tamanhos do efeito em trabalhos científicos (1): As limitações do $p < 0,05$ na análise de diferenças de médias de dois grupos. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 1(1), 3-16. doi:10.7342/ismt.rpics.2015.1.1.14
- Falcone, E. M. O., Ferreira, M. C., Luz, R. C. M., Fernandes, C. S., Faria, C. A., D'Augustin, J. F., Sardinha, A., & Pinho, V. D. (2008). Inventário de Empatia (I.E.): desenvolvimento e validação de uma medida brasileira. *Avaliação Psicológica*, 7(3), 321-334.

- Fernandes, L.F.B., Luiz, A.M.A.G., Miyazaki, M.C.O.S., & Marques Filho, A.B. (2009). Efeitos de um programa de orientação em grupo para cuidadores de crianças com transtornos psiquiátricos. *Estudos de Psicologia*, 26(2), 147-158. doi:10.1590/s0103-166x2009000200003
- Ferrando, P. J., & Lorenzo-Seva, U. (2018). Assessing the Quality and Appropriateness of Factor Solutions and Factor Score Estimates in Exploratory Item Factor Analysis. *Educational and Psychological Measurement*, 78(5), 762–780. doi:10.1177/0013164417719308
- Freitas, C. P. P., & Damásio, B. F. (2017). Evidências de validade baseadas nas relações com medidas externas: conceituação e problematização. In B. F. Damásio, & J. C. Borsa (Orgs). Manual de desenvolvimento de instrumentos psicológicos. (pp. 101-117). São Paulo: 2017.
- Gharavi, Y., Stringer, B., Hoogendoorn, A., Boogaarts, J., Van Raaij, B., & Van Meijel, B. (2018). Evaluation of an interaction-skills training for reducing the burden of family caregivers of patients with severe mental illness: A pre-posttest design. *BMC Psychiatry*, 18(1), 1–8. doi:10.1186/s12888-018-1669-z
- Guillemin, F., Bombardier, C., & Beaton, D.E. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *Journal of clinical epidemiology*, 46(12), 1417-1432. doi:10.1016/0895-4356(93)90142-n
- Habibi, R., Nayer, M. S., & Zadeh, M. K. (2015). Educational needs of families of patient with schizophrenia: a literature review. *International Journal of Medical Reviews*, 2(1), 250-255.
- Hamada, Y., Ohta, Y., & Nakane, Y. (2003) Factors affecting the family support system of patients with schizophrenia: a survey in the remote island of Tsushima. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57, 161-168. doi:10.1046/j.1440-1819.2003.01096.x

- Hansen, N. F., Vedana, K. G. G., Miasso, A. I., Donato, E. C. S. G., & Zanetti, A. C. G. (2014). A sobrecarga de cuidadores de pacientes com esquizofrenia: uma revisão integrativa da literatura. *Revista eletrônica de enfermagem*, 16(1), 220-227. doi:10.5216/ree.v16i1.20965
- Hjärthag, F., Helldin, L., Olsson, A. K., & Norlander, T. (2012). Family burden and functional assessment in the Swedish CLIPS-study: do staff and relatives agree on individuals with psychotic disorders' functional status? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(4), 581-587. doi:10.1007/s00127-011-0358-8
- Herdman, M., Fox-Rushby, J., & Badia, X. (1998). A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Quality of Life Research*, 7(4),323-335.
- Holmgren G., D., Lermada S., V., Cortés V., C., Cárdenas M., I., Aguirre A., K., & Valenzuela A., K. (2005). Alteración del funcionamiento familiar en el trastorno bipolar. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 43(4), 275–286. doi:10.4067/s0717-92272005000400002
- Horn, J. L. (1965). A rationale and technique for estimating the number of factors in factor analysis. *Psychometrika*, 30(1), 179-185. doi:10.1007/bf02289447
- Loureiro, L. J. , & Gameiro, M. G. H. (2011). Interpretação crítica dos resultados estatísticos: para lá da significância estatística. *Revista de Enfermagem Referência*, III (3), 151-162. doi:10.12707/riii1009
- Kim, C., & Mueser, K. T. (2011). The Effects of Social Skills Training vs. Psychoeducation on Negative Attitudes of Mothers of Persons with Schizophrenia: A Pilot Study. *Psychiatric Investigation*, 8(2), 107-112. doi:10.4306/pi.2011.8.2.107

- Lima, D. C. (2013). *Habilidades sociais de familiares cuidadores de pacientes com transtornos psiquiátricos*. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de São João del Rei, São João del Rei, Brasil.
- Lima, D. C., Bandeira, M., Oliveira, M. S., & Tostes, J. G. A. (2014) Habilidades sociais de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 31(4), 549-558. doi:10.1590/0103-166x2014000400009
- Lloret-segura, S., Ferreres-traver, A., & Tomás-marco, A. H. I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Introducción Determinación de la adecuación del Análisis*, 30, 1151–1169. doi:10.6018/analesps.30.3.199361
- Lorenzo-Seva, U., Timmerman, M. E. & Kiers, H. A. (2011). The hull method for selecting the number of common factors. *Multivariate Behavioral Research*, 46(2), 340-364. doi:10.1080/00273171.2011.564527
- Loukissa, A. D. (1995). Family burden in chronic mental illness: a review of research studies. *Journal of Advanced Nursing*, 21(2), 248-255. doi:10.1111/j.1365-2648.1995.tb02521.x
- Maurin, J. T., & Boyd, C. B. (1990). Burden of mental illness on the family: a critical review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 4(2), 99-107. doi:10.1016/0883-9417(90)90016-e
- Ministério da Saúde. (2004). Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília, Ministério da Saúde.
- Moller-Leimkuhler, A.M., & Wiesheu, A. (2012). Caregiver burden in chronic mental illness: the role of patient and caregiver characteristics. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 262, 157-166. doi:10.1007/s00406-011-0215-5
- Organização Mundial de Saúde. (1998). *CID-10: Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde* (10a ed.). São Paulo: Edusp.

- Organização Mundial de Saúde. (2001). *Relatório Mundial da Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa: Divisão de Saúde Mental da OMS.
- Organização Mundial de Saúde. (2008). *Integração de Saúde Mental nos cuidados de saúde primária: uma perspectiva global*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Organização Mundial de Saúde. (2010). *Mental Health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group*. Geneva: World Health Organization and Mental Health and Poverty Project
- Organização Mundial de Saúde. (2013). *Mental Health: action plan 2013-2020*. Geneva: World Health Organization.
- Pacico, J. C. (2015). Como é feito um teste? Produção de itens. In C. S. Hutz, D. R. Bandeira, & C. M. Trentini (Eds.). *Psicometria* (pp. 55-70). Porto Alegre: Artmed.
- Pasquali, L. (1998). Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(5), 206-213.
- Pasquali, L. (2010). Testes referentes a construto: teoria e modelo de construção. In L. Pasquali e colaboradores. *Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas* (pp. 166-198). Porto Alegre: Artmed.
- Pasquali, L., Moura, C.F., & Freitas, L.C.O. (2002). *Escala de Assertividade Rathus – RAS*. Brasília: LabPAM.
- Perreault, M., & Leichner, P. (1993). Patient satisfaction with outpatients psychiatric services. Qualitative and quantitative assessments. *Evaluation and Program Planning*, 16(2), 109-118.
- Pinho, E. S., Souza, A. C. S., & Esperidião, E. (2018). Processos de trabalho dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa. *Ciência e Saúde Coletiva*, 23(1), 141-151. doi:10.1590/1413-81232018231.08332015

- Pinto, F. N. F. R. (2016). Construção e análise psicométrica de um inventário de habilidades sociais para cuidadores de idosos familiares. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, Brasil.
- Ramsauer, B., Lotzin, An., Parzer, P., & Resch, F. (2013). Head position and expressed emotion of adolescents with schizophrenia and their caregivers compared to non-patient controls. *Psychopathology*, *46*, 225-232. doi:10.1159/000342131
- Robinson, K. (1990). The relationships between social skills, social support, self-esteem and burden in adult caregivers. *Journal of Advanced Nursing*, *15*, 788-795. doi:10.1111/j.1365-2648.1990.tb01908.x
- Roldán, G. M., Salazar, I. C., & Garrido, L. (2014). La assertividade y la salud de familiares cuidadores de pacientes com trastorno mental grave. *Behavioral Psychology/Psicologia Conductual*, *22*(3), 501-521.
- Roldán, G. M., Salazar, I. C., Garrido, L., Cuevas-Toro, A. M. (2015). Intervención psicológica grupal, basada em la aceptación y el entrenamiento em comunicación, com familiares de personas com trastorno mental grave. *Anales de Psicología*, *31*(3), 759-772
- Rose, L. E. (1996). Families of psychiatric patients: a critical review and future research directions. *Archives of Psychiatric Nursing*, *10*(2), 67-76. doi:10.1016/s0883-9417(96)80069-0
- Santos, D. C. S. (2015). *Estratégias de enfrentamento dos familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos e sua relação com a sobrecarga*. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de São João del Rei, São João del Rei, Brasil.
- Soares, C. B., & Munari, D. B. (2007). Considerações acerca da sobrecarga em familiares de pessoas com transtornos mentais. *Ciência, Cuidado e Saúde*, *6*(3), 357-362.

- Tessler, R. C., & Gamache, G. M. (2000). *Family Experiences with Mental Illness*. Westport: Auburn House.
- Timmerman, M. E., & Lorenzo-Seva, U. (2011). Dimensionality assessment of ordered polytomous items with parallel analysis. *Psychological Methods*, 16, 209-220. doi:10.1037/a0023353
- Tribunal de Contas da União. (2005). *Avaliação das Ações de Atenção à Saúde Mental*. Programa Atenção à Saúde de Populações Estratégicas e em Situações Especiais de Agravos. Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo. Brasília, DF.
- Vanzela, C. B., & Pegoraro, R. F. (2018). Avaliação de Centros de Atenção Psicossocial segundo familiares: revisão integrativa da literatura. *Revista Psicologia e Saúde*, 10(2), 53-66. doi:10.20435/pssa.v10i2.622
- Yesufu-Udechuku, A., Harrison, B., Mayo-Wilson, E., Young, N., Woodhams, P., Shiers, D. et al. (2015). Interventions to improve the experience of caring for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 206, 268-274. doi:10.1192/bjp.bp.114.147561
- Zanon, C., & Hauck Filho, N. (2015). Fidedignidade. In C. S. Hutz, D. R. Bandeira, & C. M. Trentini (Eds.). *Psicometria* (pp. 79-88). Porto Alegre: Artmed.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente tese teve como objetivo elaborar e obter evidências preliminares de validade de um instrumento específico para avaliação das habilidades sociais de familiares cuidadores de pessoas com transtornos psiquiátricos que são, principalmente, atendidos em Centros de Atenção Psicossocial. No decorrer do texto, às vezes de forma insistente, porém necessária, sempre foi ressaltada a importância de uma relação satisfatória e adequada entre o familiar cuidador e o paciente psiquiátrico pelo qual é responsável. Pois, é evidente que a qualidade do mesmo está, teórica e empiricamente, relacionada com as consequências, positivas e/ou negativas, que surgem na condição do cuidar. Assim, o IHS-FCPP foi construído para servir, em primeiro lugar, como uma ferramenta para uso em serviços de saúde mental, com intuito de subsidiar os profissionais na identificação de déficits e recursos dessa população. Além disso, destaca-se que o desenvolvimento do inventário poderia auxiliar profissionais e pesquisadores da área de saúde mental na elaboração de estratégias efetivas de intervenção, principalmente baseadas nos componentes do Treinamento de Habilidades Sociais, técnica terapêutica esta que apresenta resultados positivos para diversas populações.

O uso do IHS-FCPP no cotidiano dos CAPS, bem como em pesquisas com os familiares, possivelmente, possibilitará um novo olhar para esses familiares. Não obstante a importância de pesquisas que identifiquem as consequências negativas que acometem essa população, tais como depressão, sobrecarga, estresse é muito inviável do ponto de vista do cuidado que as pesquisas se preocupem, em maior parte, em falar sobre o mundo dessas pessoas e pouco agir sobre os problemas identificados. A presença das condições deficitárias é real, porém é importante que se criem ações sobre características individuais como, por exemplo, as habilidades sociais que podem ser alvo de intervenções práticas e que, de acordo

com a literatura, são atributos que, se aperfeiçoados, podem melhorar a qualidade de vida desses indivíduos.

Ao partir da lacuna sobre a inexistência de um instrumento de habilidades sociais específico para a população de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos, o trabalho aqui apresentado foi desenvolvido a partir de padrões, orientações técnicas e práticas da área da avaliação psicológica e psicometria. A população de estudo, contudo é de difícil acesso, tendo em vista que a maior parte dos familiares exercem o duplo papel, de cuidadores e provedores do lar, o que, de certo modo, dificultou a execução do estudo com maior amplitude. O número de sujeitos utilizados na etapa da busca de evidências de validade da estrutura interna foi uma das limitações da presente pesquisa. Destaca-se que os resultados obtidos, de validade e fidedignidade, foram adequados do ponto de vista estatístico, porém vislumbra-se que poderiam ser ainda melhores, caso uma amostra maior fosse obtida. Diante disso, a primeira recomendação é que estudos futuros sejam conduzidos com objetivo de ampliar a amostra para uma nova verificação da estrutura interna do instrumento, a partir de técnicas exploratórias e confirmatórias de Análise Fatorial.

Adicionalmente, os resultados encontrados na busca por evidências com medidas externas demonstraram que o instrumento possui evidências preliminares de validade convergente. As habilidades sociais se mostraram relacionadas negativamente com a sobrecarga e positivamente com a qualidade de vida, assim como preveem a literatura e pesquisas empíricas já desenvolvidas ao longo dos anos. O resultado, principalmente, referente à sobrecarga subjetiva reforça não apenas a validade do instrumento, mas também, em parte, o modelo teórico da sobrecarga, indicando assim uma comprovação de hipótese teórica para o mundo empírico. Compreende-se que o IHS-FCPP, nesse sentido, produz conhecimento científico adequado na confirmação desse modelo, principalmente por seus itens abarcarem contingências específicas para essa população. A qualidade do

relacionamento, prevista no modelo, foi, dessa vez, analisada a partir de uma forma mais ampla, abrangendo dimensões de assertividade, supervisão educativa de comportamentos problemáticos, busca por suporte emocional, empatia e expressão de afeto positivo. De todo modo, outra indicação para estudos futuros é a busca da validade de critério. Recomenda-se que, especialmente, sejam realizadas pesquisas que busquem essa qualidade psicométrica não apenas com variáveis relacionadas aos familiares, mas também que as habilidades sociais, avaliadas pelo IHS-FCPP, possam prever resultados em variáveis dos próprios pacientes.

Torna-se também importante que, no futuro, sejam desenvolvidos estudos que avaliem, não apenas HS, mas também a competência social. Tendo em vista, que um repertório elaborado de HS é requisito, porém não único para um desempenho socialmente competente é essencial que sejam avaliados aspectos de consecução de objetivos, melhoria de autoestima e da qualidade de relação, equilíbrio de poder e respeito e ampliação dos direitos humanos. São questões que deverão ser avaliada nas relações que envolvem o familiar cuidador com o próprio paciente, outros parentes, membros da comunidade e dos serviços de saúde mental.

Por fim, destaca-se que, até o IHS-FCPP possuir outras evidências de validade necessárias para seu uso enquanto ferramenta diagnóstica, ele fica restrito ao uso de pesquisas. Contudo, ainda assim, ele poderá ser utilizado com a finalidade de avaliar a efetividade de intervenções direcionadas aos familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos em condições de pesquisa.

APÊNDICE A

Roteiro de entrevista com os familiares cuidadores

Breve explicação sobre Habilidades Sociais: As Habilidades Sociais representam tudo que a gente faz quando se relaciona com outras pessoas. Elas nos ajudam a resolver problemas, a conseguir o que queremos, com o mínimo de desgaste da relação e com o máximo de resultados positivos.

Entrevista – Familiar – Questões:

Instruções: A seguir irei fazer algumas perguntas sobre aspectos de seu relacionamento com o seu familiar atendido no CAPS, com outros membros de sua família, com outras pessoas da região que você mora e/ou frequenta e com os profissionais do CAPS. Solicito que responda as perguntas pensando sobre seu relacionamento ao prestar ajuda ao seu familiar atendido no CAPS. Em todas as perguntas você deve pensar em situações que ocorrem em relação ao seu familiar atendido no CAPS.

1. Quais são os principais conflitos e dificuldades de relacionamento que você tem com:

- 1A) Seu familiar atendido no CAPS?
- 1B) Outros membros de sua família?
- 1C) Com pessoas da região que você mora e/ou frequenta?
- 1D) Os profissionais do CAPS?

2. O que é mais fácil no seu relacionamento com:

- 2A) Seu familiar atendido no CAPS?
- 2B) Outros membros de sua família?
- 2C) Com pessoas da região que você mora e/ou frequenta?
- 2D) Os profissionais do CAPS?

3. Como você acha que poderia ou deveria agir para melhorar seu relacionamento com o(a) *Nome*?

3.1. E por que você não age assim?

4. O que você acha que não deve e o que deve fazer para evitar problema de relacionamento com o(a) *Nome*?:

APÊNDICE B

Roteiro de entrevista com os profissionais do CAPS

Breve explicação sobre Habilidades Sociais: As Habilidades Sociais representam tudo que a gente faz quando se relaciona com outras pessoas. Elas nos ajudam a resolver problemas, a conseguir o que queremos, com o mínimo de desgaste da relação e com o máximo de resultados positivos.

Entrevista – Profissionais – Questões:

Instruções: A seguir irei fazer algumas perguntas sobre aspectos do relacionamento do familiar cuidador/responsável com o paciente, demais membros da família, comunidade que está inserido e com os profissionais do CAPS. Solicito que responda as perguntas dando enfoque aos comportamentos dos familiares na prestação de cuidados, principalmente aqueles relacionados às habilidades sociais.

1. Quais são os principais conflitos e dificuldades de relacionamento que os familiares cuidadores/responsáveis apresentam, em termos de comportamentos, ao lidar com:

- 1A) Os pacientes/clientes?
- 1B) Outros membros da família?
- 1C) Comunidade (p.ex., vizinhos) que a família está inserida?
- 1D) Os profissionais do CAPS?

2. O que é mais fácil no relacionamento dos familiares cuidadores/responsáveis, em termos de comportamentos, ao lidar com?

- 2A) Os pacientes/clientes?
- 2B) Outros membros da família?
- 3C) Comunidade (p.ex., vizinhos) que a família está inserida?
- 4D) Os profissionais do CAPS?

3. Como você acha que os familiares cuidadores/responsáveis poderiam ou deveriam agir para melhorar o relacionamento com o paciente/cliente atendido no CAPS?

3.1. Por que você acha que eles não agem assim?

4. O que você acha que os familiares cuidadores/responsáveis não devem e o que devem fazer para evitar problemas de relacionamento com o paciente/cliente atendido no CAPS?

APÊNDICE C

ITENS COMPLETOS DO IHS-FCPP

Legenda:

EHP: Estratégias e Habilidades de Processamento

HSA: Habilidades Sociais Assertivas de Enfrentamento

HSSAS: Habilidades Sociais de Suporte/Apoio Social

HSC: Habilidades Sociais de Comunicação

HSED: Habilidades Sociais Educativas

HSEM: Habilidades Sociais Empáticas

HSESP: Habilidades Sociais de Expressão de Sentimentos Positivos

HSSCP: Habilidades Sociais de Supervisão de Comportamentos Problemáticos

Descrição do Item	Dimensão
1. Quando você vê o(a) Nome muito calado(a) em uma conversa em grupo, você o(a) incentiva a falar mais?	HSED
2. Ao perceber que o(a) Nome está com comportamentos ou ideias que podem prejudicar a ele(a) ou outras pessoas, você conversa com ele(a), ajudando-o(a) a perceber que está errado(a)?	HSED
3. Quando você pede para o(a) Nome fazer alguma coisa, você se certifica antes de que ele é capaz de fazer o que você vai pedir?	HSED
4. Você consegue perceber os comportamentos “estranhos” do(a) Nome , relacionados à doença dele?	EHP
5. Quando percebe que o(a) Nome está afetando de forma negativa seus relacionamentos com outros familiares ou amigos, você procura conversar com alguém para pedir conselhos?	HSSAS
6. Quando sente que precisa de orientações, você procura os profissionais do CAPS onde o(a) Nome é atendido(a)?	HSSAS
7. Quando você vê que o(a) Nome se comporta de modo inadequado, você impõe certos limites a ele(a)?	HSSCP
8. Quando o(a) Nome briga ou xinga algum dos vizinhos, você conversa com os vizinhos para explicar a situação?	HSSCP
9. Quando o(a) Nome se comporta de forma inadequada, você ensina comportamentos mais aceitáveis a ele(a)?	HSED
10. Quando você vê que o(a) Nome começa a fazer alguma atividade que ele(a) gosta, você o(a) incentiva?	HSESP
11. No CAPS, quando você não compreende uma explicação do profissional sobre algum assunto relacionado ao(a) Nome , você faz perguntas que considera necessárias para seu esclarecimento?	HSC
12. Você orienta os outros familiares a defenderem os direitos do(a) Nome quando é necessário?	HSED
13. Quando é necessário tomar alguma decisão importante (p.ex., internação) sobre o(a) Nome , você pede ajuda de seus familiares?	HSSAS
14. Quando vê que o(a) Nome está passando por uma situação difícil, você fala para ele(a) que entende que não é fácil enfrentar aquela situação?	HSEM
15. Se o(a) Nome faz algo ruim para você ou outra pessoa, você procura ficar calmo(a) e pensar antes de reagir?	HSA
16. Você orienta o(a) Nome a utilizar o tempo livre dele(a) na realização de alguma atividade prazerosa?	HSED

17. Você leva o(a) Nome para lugares (p.ex., praça, casa de parentes ou amigos) que podem favorecer a interação social dele(a) com outras pessoas?	HSED
18. Quando o(a) Nome demonstra carinho ou gentileza, você retribui?	HSESP
19. Quando vê que o(a) Nome precisa de ajuda, você conversa com ele(a) dizendo que ele(a) pode desabafar com você?	HSEM
20. Quando o(a) Nome faz algo bom, para você ou para outras pessoas, você o(a) elogia?	HSESP
21. Quando alguma pessoa acusa injustamente o(a) Nome de ter feito algo errado, você conversa com o acusador para defender os direitos do(a) Nome ?	HSA
22. Você tem facilidade de conversar com o(a) Nome ?	HSC
23. Quando o(a) Nome faz alguma tarefa do dia-a-dia sem você pedir (p.ex., arrumar o quarto), você o agradece?	HSC
24. Quando você está feliz por alguma coisa, você compartilha sua felicidade com o(a) Nome ?	HSESP
25. Quando você faz algo errado com o(a) Nome , você pede desculpas a ele(a)?	HSA
26. Ao sentir que precisa de ajuda para cuidar do(a) Nome , você tem facilidade em pedi-la a um de seus familiares ou amigos?	HSSAS
27. Quando um profissional do CAPS ouve suas dúvidas e ajuda você na relação com o(a) Nome , você o agradece?	HSSAS
28. Quando o(a) Nome faz ameaça a algum outro familiar, você expressa seu desagrado diretamente com ele(a)?	HSA
29. Quando o(a) Nome quer algo na hora, mas você não pode naquele momento, você pede para ele esperar um pouco?	HSA
30. Quando o(a) Nome convida você para ver um filme ou fazer algum outro tipo de atividade, você aceita visando melhorar a relação?	HSESP
31. Quando um familiar faz uma crítica injusta sobre os cuidados que você presta ao(a) Nome , você expressa seu aborrecimento direto a esse familiar?	HSA
32. Quando vê que o(a) Nome está preocupado(a) com algo, você pergunta o que ele(a) está sentindo ou pensando?	HSEM
33. Quando você não consegue lidar com algum comportamento do(a) Nome, você procura ajuda de seus familiares?	HSSAS
34. Quando o(a) Nome fica muito agitado, você conversa com ele(a) tentando acalmá-lo(a)?	HSSCP
35. Quando o(a) Nome mexe em coisas que não deve, você explica porque ele(a) não deve fazer isso mais?	HSED
36. Quando o(a) Nome faz algo de errado para alguma pessoa, você conversa com essa pessoa explicando a condição dele(a)?	HSSCP
37. Quando alguma pessoa desrespeita o(a) Nome por causa do problema dele(a), você defende os direitos dele(a)?	HSA
38. Quando o(a) Nome ajuda você sem você pedir, você fala que é assim que ele(a) precisa agir no dia-a-dia?	HSED
39. Quando o(a) Nome fica a maior parte do tempo deitado(a) ou dentro do quarto, você sugere que ele(a) faça alguma atividade dentro de casa (p.ex., assistir televisão, ler um livro, andar pelo quintal)?	HSED
40. Quando o(a) Nome fica pedindo atenção em um momento que você não pode dar, você fala com ele(a) que naquele momento está ocupado(a)?	HSSCP
41. Quando o(a) Nome se recusa a ir ao CAPS nos dias marcados, você explica para ele(a) que é importante ele(a) manter o tratamento?	HSED
42. Antes de pedir que o(a) Nome pare de fazer algo que incomoda você, você tenta se colocar no lugar dele(a) para entender sua atitude?	HSEM
43. Você pede ajuda ao(a) Nome em tarefas que ele(a) pode ajudar (p.ex., lavar louça, varrer a casa, fazer compras no mercado)?	HSA
44. Quando o(a) Nome pega alguma coisa que não pertence a ele(a) sem pedir, você pede que ele(a) não faça mais isso?	HSSCP
45. Quando você não concorda com algo que um profissional do CAPS fala, você diz isso diretamente a ele?	HSSAS
46. Você expressa sentimentos de carinho por meio de palavras e gestos ao(a) Nome ?	HSESP
47. Quando vê que os profissionais estão fazendo um bom trabalho com o(a) Nome , você os agradece na primeira oportunidade?	HSSAS

48. Quando o(a) Nome fala algo que você não concorda, você demonstra sua opinião diretamente a ele?	HSA
49. Quando os profissionais estão passando informações sobre como lidar com o(a) Nome ou sobre sua doença, você os escuta com atenção?	HSC
50. Você conversa com outras famílias que também tem pessoas com problemas psiquiátricos/mentais para trocar experiências?	HSSAS
51. Quando o(a) Nome não quer tomar o remédio, você conversa com ele(a) sobre a importância dele(a) tomar o remédio conforme as recomendações dos profissionais do CAPS?	HSED
52. Quando o(a) Nome deixa você triste por algum motivo, você explica isso a ele(a)?	HSA
53. Quando você recebe apoio de outros membros da família sobre assuntos relacionados ao(a) Nome , você agradece?	HSSAS
54. Você e o(a) Nome tem momentos de carinho?	HSESP
55. Quando alguém da sua família faz ou fala algo ruim e injusto sobre o(a) Nome , você demonstra sua insatisfação diretamente a esse familiar?	HSA
56. Quando o(a) Nome faz algo que você não gosta, você expressa seu desagrado diretamente a ele(a)?	HSA
57. Quando o(a) Nome se comporta de forma adequada (p.ex., dizer “por favor”), com você ou outras pessoas, você o(a) elogia?	HSESP
58. Quando o(a) Nome se isola, você pergunta para ele(a) o que está acontecendo?	HSSCP
59. Quando vê que o(a) Nome está piorando, você informa os profissionais do CAPS?	HSSAS
60. Quando vê que o(a) Nome está nervoso, você sai de perto para não se aborrecer?	EHP
61. Quando você leva o(a) Nome para algum lugar e ele(a) quer ir embora rápido, e você não quer ir, você negocia com ele(a) para ficar mais tempo?	HSA
62. Quando o(a) Nome fica feliz por algo que conseguiu realizar, mesmo que seja uma pequena conquista (p.ex., ir ao mercado sozinho), você expressa sua satisfação com isso?	HSESP
63. Quando um de seus familiares ajuda você a cuidar do(a) Nome , você demonstra sua satisfação por essa ajuda?	HSSAS
64. Quando um de seus familiares culpa o(a) Nome por algo que ele(a) não fez, você defende os direitos dele(a)?	HSA
65. Você incentiva que o(a) Nome busque mais informações sobre a doença dele(a), para que ele(a) possa se entender melhor?	HSED
66. Quando o(a) Nome diz que quer fazer algo sozinho(a), e você considera que ele(a) conseguirá, você o(a) estimula a tentar?	HSED
67. Quando o(a) Nome está em crise, você evita conversar com ele(a) para evitar problemas?	EHP
68. Quando o(a) Nome faz um elogio à você, você responde agradecendo-o?	HSC
69. Quando um profissional do CAPS trata você com respeito e dignidade, você o agradece?	HSC
70. Quando o(a) Nome faz algo ruim para ele(a) mesmo(a) (autoagressão, tapa no rosto, etc.), você demonstra sua reprovação a esse tipo de comportamento diretamente a ele(a)?	HSSCP

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Resolução 466/2012 do CNS)

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “Desenvolvimento de um instrumento de habilidades sociais para familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos”. O objetivo deste estudo é elaborar um instrumento de medida que abarque as habilidades necessárias aos familiares cuidadores no manejo das necessidades e demandas de pacientes psiquiátricos atendidos em Centros de Atenção Psicossocial CAPS.

Você foi selecionado por ter idade igual ou superior a 18 anos, ter sido identificado pelos profissionais do CAPS como o principal cuidador e conviver diariamente com o paciente atendido no serviço. A sua participação é voluntária, portanto, a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com o CAPS.

Vamos pedir que responda um questionário com perguntas sobre os comportamentos e situações de seu relacionamento com seu familiar atendido no CAPS. O pesquisador irá ler cada pergunta e anotar sua resposta. O tempo de duração da entrevista será de aproximadamente uma hora.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos, mantendo-se o anonimato já referido.

Você pode se sentir cansado por responder as perguntas, ou sentir algum constrangimento ou vergonha com o teor de alguma questão ou pode ficar emocionado ao se lembrar de alguma situação referida nas perguntas. Se alguma destas situações ocorrerem, comunique ao pesquisador. Você tem o direito e poderá solicitar uma pausa para descansar ou encerrar a atividade, sem qualquer prejuízo. O pesquisador tem experiência em entrevistas com teor psicológico e, portanto, é capacitado para atender qualquer tipo de imprevisto que possa ocorrer.

Você não terá nenhum custo, mas também não está prevista compensação financeira pela sua participação no estudo. Os resultados permitirão uma melhor compreensão das dificuldades dos familiares que cuidam de pacientes atendidos em CAPS, bem como poderá contribuir para futuras intervenções realizadas pelos profissionais destes serviços.

Você receberá uma cópia deste termo, no qual consta o telefone e o endereço do pesquisador responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pesquisador: Me. Diego Costa Lima

Fone: (16) 3351-8447; (16) 99605-1450

e-mail: diegopsicologia@yahoo.com.br

Endereço: Universidade Federal de São Carlos, Centro de Educação e Ciências Humanas; Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Laboratório de Interação Social (LIS); Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-9683. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

Local e data: _____

Assinatura do sujeito da pesquisa _____

APÊNDICE E

ITENS EXCLUÍDOS NA PRIMEIRA ANÁLISE FATORIAL EXPLORATÓRIA

Itens

-
1. Quando você vê o(a) **Nome** muito calado(a) em uma conversa em grupo, você o(a) incentiva a falar mais?
 3. Quando você pede para o(a) **Nome** fazer alguma coisa, você se certifica antes de que ele é capaz de fazer o que você vai pedir?
 5. Quando percebe que o(a) Nome está afetando de forma negativa seus relacionamentos com outros familiares ou amigos, você procura conversar com alguém para pedir conselhos?
 8. Quando o(a) Nome briga ou xinga algum dos vizinhos, você conversa com os vizinhos para explicar a situação?
 10. Quando você vê que o(a) Nome começa a fazer alguma atividade que ele(a) gosta, você o(a) incentiva?
 12. Você orienta os outros familiares a defenderem os direitos do(a) Nome quando é necessário?
 15. Se o(a) **Nome** faz algo ruim para você ou outra pessoa, você procura ficar calmo(a) e pensar antes de reagir?
 16. Você orienta o(a) **Nome** a utilizar o tempo livre dele(a) na realização de alguma atividade prazerosa?
 17. Você leva o(a) Nome para lugares (p.ex., praça, casa de parentes ou amigos) que podem favorecer a interação social dele(a) com outras pessoas?
 22. Você tem facilidade de conversar com o(a) **Nome**?
 23. Quando o(a) **Nome** faz alguma tarefa do dia-a-dia sem você pedir (p.ex., arrumar o quarto), você o agradece?
 29. Quando o(a) **Nome** quer algo na hora, mas você não pode naquele momento, você pede para ele esperar um pouco?
 30. Quando o(a) **Nome** ajuda você sem você pedir, você fala que é assim que ele(a) precisa agir no dia-a-dia?
 31. Quando um familiar faz uma crítica injusta sobre os cuidados que você presta ao(a) Nome, você expressa seu aborrecimento direto a esse familiar?
 34. Quando o(a) **Nome** fica muito agitado, você conversa com ele(a) tentando acalmá-lo(a)?*
 36. Quando o(a) Nome faz algo de errado para alguma pessoa, você conversa com essa pessoa explicando a condição dele(a)?
 38. Quando o(a) Nome ajuda você sem você pedir, você fala que é assim que ele(a) precisa agir no dia-a-dia?
 39. Quando o(a) **Nome** fica a maior parte do tempo deitado(a) ou dentro do quarto, você sugere que ele(a) faça alguma atividade dentro de casa (p.ex., assistir televisão, ler um livro, andar pelo quintal)?
 40. Quando o(a) **Nome** fica pedindo atenção em um momento que você não pode dar, você fala com ele(a) que naquele momento está ocupado(a)?
 42. Antes de pedir que o(a) Nome pare de fazer algo que incomoda você, você tenta se colocar no lugar dele(a) para entender sua atitude?
 43. Você pede ajuda ao(a) Nome em tarefas que ele(a) pode ajudar (p.ex., lavar louça, varrer a casa, fazer

compras no mercado)?

50. Você conversa com outras famílias que também tem pessoas com problemas psiquiátricos/mentais para trocar experiências?

52. Quando o(a) Nome deixa você triste por algum motivo, você explica isso a ele(a)?

60. Quando vê que o(a) Nome está nervoso, você sai de perto para não se aborrecer?

61. Quando você leva o(a) Nome para algum lugar e ele(a) quer ir embora rápido, e você não quer ir, você negocia com ele(a) para ficar mais tempo?

65. Você incentiva que o(a) Nome busque mais informações sobre a doença dele(a), para que ele(a) possa se entender melhor?

67. Quando o(a) Nome está em crise, você evita conversar com ele(a) para evitar problemas?

* = item que saturou nos dois fatores.