

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

**TERESA CRISTINA MARTINS LEITE IMADA**

**Adaptação transcultural e validação da Family Dynamics Measure II  
(FDM II) para familiares de mulheres portadoras  
de câncer de mama no Brasil**

**RIBEIRÃO PRETO  
2008**

**TERESA CRISTINA MARTINS LEITE IMADA**

**Adaptação transcultural e validação da Family Dynamics Measure II  
(FDM II) para familiares de mulheres portadoras  
de câncer de mama no Brasil**

Tese apresentada como requisito para obtenção do título de Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pelo Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

Linha de pesquisa: Assistência à Saúde da Mulher no Ciclo Vital

Orientadora: Profa. Dra. Marli Villela Mamede

**RIBEIRÃO PRETO**

**2008**

Imada, Teresa Cristina Martins Leite  
Adaptação transcultural e validação da Family Dynamics Measure II (FDM II) para familiares de mulheres portadoras de câncer de mama no Brasil. Ribeirão Preto, 2008.

192f.; 30cm.

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública.

Orientadora: Mamede, Marli Villela.

1. Adaptação transcultural. 2. Dinâmica familiar. 3. Câncer de mama.

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Teresa Cristina Martins Leite Imada

Adaptação transcultural e validação da Family Dynamics Measure II (FDM II) para familiares de mulheres portadoras de câncer de mama no Brasil

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de  
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo  
como requisito para obtenção do título de Doutora  
em Enfermagem

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde  
Pública

Aprovada em: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ de 2008.

### BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Marli Villela Mamede

Instituição: EERP/USP

Assinatura \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

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

*Ao Hidequi, meu marido, e às minhas filhas Heloísa e Isabela, com amor e gratidão por todo apoio, incentivo e compreensão recebidos ao longo do período de elaboração deste trabalho.*

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Jairo e Terezinha e aos meus irmãos por acreditarem em mim e me ajudarem, de muitas formas, para eu realizar esse sonho;

À Profa. Dra. Marli Villela Mamede, minha orientadora, profissional competente e pessoa encantadora que me acolheu com carinho, e me acompanhou de forma segura e gentil nesta jornada;

À Maria Antonieta Spinoso Prado, enfermeira do REMA, exemplo de dedicação ao cuidado das mulheres com câncer de mama, que me fez sentir-me bem-vinda ao grupo, ensinou-me com sua experiência e colaborou na montagem do banco de dados dessa pesquisa;

Ao Prof<sup>o</sup> Dr<sup>o</sup> Luiz de Souza, pela sua participação na realização dos testes estatísticos desse estudo e à Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Rosana Aparecida Spadoti Dantas pelas excelentes contribuições metodológicas;

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Raquel Gabrielli Biffi por dar permissão à continuidade ao processo de adaptação transcultural do instrumento FDM II;

Aos participantes da pesquisa, por disporem de seu tempo para colaborarem com o avanço da ciência, na esperança de que os frutos desse trabalho contribuam para ajudar as pessoas;

Às Prof<sup>as</sup>. D<sup>as</sup>. Ana Maria de Almeida e Marislei Sanches Panobianco, pela oportunidade de fazer parte da equipe do REMA e contar com seu apoio e interesse pelo meu trabalho;

A toda equipe do REMA no período em que lá estive: Cíntia, Leonardo, Lenita, Vânia, Larissa, pela amizade e pelas trocas de experiências e conhecimentos;

Às mulheres participantes do REMA, pelas lições de vida que aprendi com vocês;

Aos professores e funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, escola que admirei desde meus primeiros contatos, pelo atendimento solícito e carinhoso em todos os momentos que necessitei de orientações;

Aos funcionários do Hospital do Câncer de Franca, especialmente à Denise, enfermeira-chefe, e à Evelin, que me atenderam com muita presteza e boa-vontade;

Ao diretor do curso de Psicologia da Universidade de Franca, Dr. Tales Vilela Santeiro, pelo incentivo e colaboração, e às colegas professoras Cristiane, Marciana e Irene, com quem dividi as preocupações com a finalização do trabalho.

## RESUMO

IMADA, T. C. M. L. **Adaptação transcultural e validação da Family Dynamics Measure II (FDM II) para familiares de mulheres portadoras de câncer de mama no Brasil.** 192f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2008.

O câncer de mama é uma doença que mobiliza o sistema familiar da mulher que o apresenta, e a forma como os familiares ajustam-se à doença tem efeito sobre o processo de enfrentamento da mulher. Conhecer a dinâmica familiar e identificar aspectos da interação entre os membros da família que ficam comprometidos com o surgimento da doença e que prejudicam o ajustamento e a qualidade de vida das mulheres e seus familiares é uma das etapas iniciais para se desenvolver serviços adequados à população em foco. A utilização de instrumentos de avaliação do funcionamento familiar, adequadamente construídos e validados, é uma estratégia que tem se mostrado como de grande relevância. No Brasil, não foram encontrados instrumentos que atendessem a esse fim. Portanto, optou-se pela adaptação transcultural e validação de um instrumento norte-americano de avaliação familiar, o que consistiu no objetivo desse estudo. O instrumento escolhido foi a Family Dynamics Measure II (FDM II), uma escala composta por 66 itens construída por um grupo de enfermeiras com base na teoria do sistema familiar saudável de Barnhill. O processo de adaptação do instrumento envolveu a tradução, a retro-tradução, a verificação da equivalência da versão retro-traduzida pela autora principal da escala, a análise semântica e duas análises da validade de face e de conteúdo por juízes. Para o teste das propriedades psicométricas do instrumento, foram realizadas análises de construto por meio da análise fatorial e por meio da validade convergente com a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS), e a análise da



fidedignidade por meio do cálculo da consistência interna dos itens (alfa de Cronbach). A versão adaptada da FDM II, a HADS e uma ficha de identificação sócio-demográfica foram aplicadas a uma amostra de 251 familiares de mulheres portadoras de câncer de mama, atendidas em dois serviços de saúde do interior do estado de São Paulo. O produto da análise semântica e da validade de face e de conteúdo por juízes resultou em uma versão da FDM II em português adaptada para uso no Brasil. A análise fatorial mostrou que a versão adaptada não confirmou a dimensionalidade teórica do instrumento. Porém, foi semelhante à obtida pelas autoras na análise fatorial do instrumento original. Na análise da validade convergente da FDM II com a HADS, as correlações entre as medidas de ansiedade e depressão e as medidas das dimensões da FDM II foram inversas de moderada a baixa intensidade. E na análise da fidedignidade, a consistência interna dos itens foi muito boa ( $\alpha = 0,90$ ), apesar dos coeficientes por dimensão serem mais baixos. Concluindo, a versão adaptada da FDM II foi considerada válida, e sugerem-se novos estudos para fortalecer essa evidência.

**Palavras-chave:** adaptação transcultural, dinâmica familiar, câncer de mama.

## ABSTRACT

IMADA, T. C. M. L. **Cross-cultural adaptation and validation of the Family Dynamics Measure II (FDM II) for family members of women with breast cancer in Brazil.** 192f. Thesis (Doctoral) – Nursing School of Ribeirão Preto, University of São Paulo, 2008.

Breast cancer is a disease that affects the woman's family and, the way the family faces the disease affects the woman coping process. Knowing the family dynamics and identifying interaction aspects among the relatives affected by the disease, and that may damage the coping process and life quality of the woman and her family, is an initial stage to develop adequate services for the focused population. The use of well constructed and reliable tools to assess the family dynamics is a relevant strategy. Tools of that kind, to achieve such results, were not available in Brazil. Therefore, the cross-cultural adaptation and validation of a north-American instrument for family assessment was chosen to supply this need and became the purpose of this study. The chosen scale was the Family Dynamics Measure II (FDM II), a 66 items questionnaire, built by a group of nurses and based on Barnhill's healthy family system. The adaptation process involved the translation, back-translation, assessment of the equivalence between the original and the back-translated version by the main scale's author, a semantic analysis and two face and content validity assessments by judges. For the psychometric properties tests of the instrument, analysis of the construct were carried out by means of factor analysis and convergent validity towards Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS); and reliability analysis, through items internal consistency calculation (Cronbach's alpha). The FDM II adapted version, HADS, and a socio-demographic identification form were submitted to a sample with 251 breast cancer women's relatives, in treatment at two health services facilities in Sao Paulo state. The product of the semantic and

the face and content validity analysis resulted in a version of the FDM II in Portuguese adapted for use in Brazil. Factor analysis showed that the adapted version did not confirm the theoretical dimensionality. However, it was like to those obtained by the authors at the factor analysis on the original instrument. At the convergent validity analysis on FDM II and HADS, the correlation between anxiety and depression measurements and the FDM II dimensions measurements were inverted, from moderate to low intensity. At the reliability analysis, the items internal consistency were very good ( $\alpha = 0,90$ ), despite the low coefficients by dimension. The conclusion is that the FDM II adapted version was considered valid and new studies to strengthen this evidence are suggested.

**Keywords:** cross-cultural adaptation, family dynamics, breast cancer.

## RESUMEN

IMADA, T. C. M. L. **Adaptación y validación cultural de la Medida de la Dinámica Familiar II (FDM II) para los familiares de las mujeres que tienen cáncer de mama en Brasil.** 192f Tesis (Doctorado) - Escuela de Enfermería de Ribeirao Preto, Universidad de São Paulo, 2008.

El cáncer de mama es una enfermedad que afecta el sistema de familia de la mujer que lo presenta, y cómo la familia lo enfrenta y a la enfermedad, incide en el proceso de enfrentamiento de la mujer. Conocer a la dinámica familiar, identificar los aspectos de la interacción entre los miembros de la familia que siguen comprometidos con la ocurrencia de la enfermedad y que dificultan el ajuste y a calidad de vida de las mujeres y sus familias es una etapa inicial para desarrollar los auxilios adecuados a la población en cuestión. El uso de herramientas debidamente construidas y validadas para evaluar la dinámica familiar es una estrategia que ha demostrado su gran importancia. En Brasil, herramientas de ese tipo, para alcanzar esos resultados, no estaban disponibles. Por lo tanto, optamos por la adaptación transcultural y validación de un instrumento norteamericano de evaluación de la dinámica de la familia fue elegida para el conocimiento de las necesidades, lo que se convirtió en el objetivo de este estudio. La escala elegida fue la Medida de la Dinámica Familiar II (FDM II) un instrumento compuesto por 66 ítems, construido por un grupo de enfermeras basándose en la teoría del sistema familiar saludable de Barnhill. El proceso de adaptación del instrumento se constituyó de la traducción, de la copia de la traducción, de la evaluación de la equivalencia de la versión traducida por el autor principal de la escala, de un análisis semántico y de dos análisis de la validez de la cara y de contenido por los expertos. Para los testes de propiedades psicométricas del instrumento, fueron realizadas análisis de la

construcción por intermedio de análisis factorial y validez convergente hacia la Escala de Ansiedad y Depresión Hospital (HADS), y el análisis de confiabilidad, a través de elementos de cálculo de consistencia interna (alfa de Cronbach). La versión adaptada del FDM II, la HADS, y aun la utilización de una forma de identificación sociodemográfico, fueron sometidos a una muestra de 251 familiares de mujeres con cáncer de mama, en tratamiento en dos instalaciones de los servicios de salud en dos ciudades del interior de la provincia de Sao Paulo. El producto del análisis semántico y la validez de la cara e del contenido resultó en una versión de la FDM II en portugués adaptado para su uso en Brasil. El análisis factorial demostró que la versión modificada no confirmó la dimensión teórica del instrumento. Sin embargo, se mantuvo semejante a los datos obtenidos por los autores en el análisis factorial del instrumento original. En el análisis de validez convergente en FDM II y HADS, la correlación entre la ansiedad y la depresión y las medidas de las dimensiones de la FDM II fueron inversas; de moderada hacia a la baja intensidad. Y en el análisis de confiabilidad, los elementos de consistencia interna fueron muy buenos ( $\alpha = 0,90$ ), aunque los bajos coeficientes de dimensión. La conclusión es que la versión adaptada de la FDM II fue considerada válida y nuevas investigaciones para fortalecer esta experiencia son sugeridas.

Palabras-clave: adaptación transcultural, dinámica familiar, cáncer de mama.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Coeficientes alfa de Cronbach para as sub-escalas da FDM obtidos nas três populações .....	64
Tabela 2 - Resultados obtidos pela análise fatorial da FDM usando populações de alto risco (n = 259) e de universitários (n = 116) realizada pelas autoras .....	65
Tabela 3 – Distribuição das mulheres com câncer de mama cujos familiares participaram da análise semântica, segundo idade, estado civil, tempo de diagnóstico, tratamentos, recorrência da doença e histórico familiar de câncer de mama.....	84
Tabela 4 - Distribuição dos participantes da análise semântica, segundo parentesco com a mulher portadora de câncer de mama, estado civil, escolaridade e profissão.....	85
Tabela 5 - Distribuição dos itens com dificuldade de compreensão de acordo com os participantes da análise semântica.....	86
Tabela 6 - Distribuição dos itens para os quais foram dadas sugestões de melhoria de acordo com os participantes da análise semântica .....	87
Tabela 7 - Distribuição das mulheres portadoras de câncer de mama cujos familiares participaram do estudo, segundo idade, estado civil, tempo de diagnóstico, tratamentos, recorrência da doença e histórico de câncer de mama .....	96
Tabela 8 - Distribuição dos participantes segundo parentesco com a mulher portadora de câncer de mama, estado civil, escolaridade e profissão .....	97
Tabela 9 - Estatística descritiva da versão adaptada da FDM II, médias das dimensões, desvios padrão, medianas e intervalos de escores possíveis e obtidos (n = 251), usando codificação reversa dos itens negativos.....	100
Tabela 10 - Estatística descritiva dos itens da dimensão 1 - Individuação/Simbiose da versão adaptada da FDM II, considerando as respostas dos 251 familiares.....	101

Tabela 11 - Estatística descritiva dos itens da dimensão 2 - Mutualidade/Isolamento da versão adaptada da FDM II, considerando as respostas dos 251 familiares.....	102
Tabela 12 - Estatística descritiva dos itens da dimensão 3 - Flexibilidade/Rigidez da versão adaptada da FDM II, considerando as respostas dos 251 familiares.....	103
Tabela 13 - Estatística descritiva dos itens da dimensão 4 - Estabilidade/Desorganização da versão adaptada da FDM II, considerando as respostas dos 251 familiares .....	103
Tabela 14 - Estatística descritiva dos itens da dimensão 5 - Comunicação clara/Comunicação confusa ou distorcida da versão adaptada da FDM II, considerando as respostas dos 251 familiares .....	104
Tabela 15 - Estatística descritiva dos itens da dimensão 6 - Reciprocidade de papéis/Conflito de papéis da versão adaptada da FDM II, considerando as respostas dos 251 familiares.....	105
Tabela 16 - Distribuição das frequências de respostas aos itens da dimensão 1 - Individualização/Simbiose da versão adaptada da FDM II para a amostra estudada (n = 251)....	107
Tabela 17 - Distribuição das frequências de respostas aos itens da dimensão 2 - Mutualidade/Isolamento da versão adaptada da FDM II para a amostra estudada (n = 251) .	109
Tabela 18 - Distribuição das frequências de respostas aos itens da dimensão 3 - Flexibilidade/Rigidez da versão adaptada da FDM II para a amostra estudada (n = 251) ...	111
Tabela 19 - Distribuição das frequências de respostas aos itens da dimensão 4 - Estabilidade/Desorganização da versão adaptada da FDM II para a amostra estudada (n = 251).....	113
Tabela 20 - Distribuição das frequências de respostas aos itens da dimensão 5 - Comunicação clara/Comunicação confusa ou distorcida da versão adaptada da FDM II para a amostra estudada (n = 251) .....	115
Tabela 21 - Distribuição das frequências de respostas aos itens da dimensão 6 - Reciprocidade de papéis/Conflito de papéis da FDM II para a amostra estudada (n = 251).....	117

Tabela 22 - Comparação dos coeficientes alfa de Cronbach geral e por dimensões da versão adaptada da escala FDM II com os obtidos pelas autoras em três amostras usando a FDM ..	120
Tabela 23 - Comparação dos coeficientes alfa de Cronbach geral e por dimensões da versão adaptada da escala FDM II e outros estudos que utilizaram a FDM II .....	121
Tabela 24 - Valores de alfa de Cronbach da dimensão 1 - Individuação/Simbiose da versão adaptada da FDM II, excluindo-se cada item .....	122
Tabela 25 - Valores de alfa de Cronbach da dimensão 2 - Mutualidade/Isolamento da versão adaptada da FDM II, excluindo-se cada item .....	123
Tabela 26 - Valores de alfa de Cronbach da dimensão 3 - Flexibilidade/Rigidez da versão adaptada da FDM II, excluindo-se cada item .....	123
Tabela 27 - Valores de alfa de Cronbach da dimensão 4 - Estabilidade/Desorganização da versão adaptada da FDM II, excluindo-se cada item .....	124
Tabela 28 - Valores de alfa de Cronbach da dimensão 5 - Comunicação clara/Comunicação confusa ou distorcida da versão adaptada da FDM II, excluindo-se cada item.....	124
Tabela 29 - Valores alfa de Cronbach da dimensão 6 - Reciprocidade de papéis/Conflito de papéis da versão adaptada da FDM II, excluindo-se cada item .....	125
Tabela 30 - Matriz de rotação Varimax dos componentes principais da versão adaptada da FDM II.....	126
Tabela 31 - Análise fatorial dos instrumentos da versão adaptada da FDM II (66 itens), Juízes 1 (47 itens), Juízes 2 (50 itens), carga $\geq 0,30$ (60 itens).....	129
Tabela 32 - Correlação de Spearman das dimensões da versão adaptada da FDM II com as sub-escalas da HADS, e correspondentes valores de p do teste de nulidade .....	130



## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1. Etapas da adaptação transcultural e validação da FDM II.....	81
--	----

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Dimensões bipolares da dinâmica familiar utilizadas na Family Dynamics Measure II (FDM II), de acordo com Barnhill (1979) .....	57
Quadro 2. Itens da dimensão 1 - Individuação/Simbiose da FDM II.....	59
Quadro 3. Itens da dimensão 2 - Mutualidade/Isolamento da FDM II.....	59
Quadro 4. Itens da dimensão 3 - Flexibilidade/Rigidez da FDM II .....	60
Quadro 5. Itens da dimensão 4 - Estabilidade/Desorganização da FDM II .....	60
Quadro 6. Itens da dimensão 5 - Comunicação clara/Comunicação confusa ou distorcida da FDM II.....	61
Quadro 7. Itens da dimensão 6 - Reciprocidade de papéis/Conflito de papéis da FDM II .....	61
Quadro 8. Estudos publicados nos quais foram utilizadas a FDM ou FDM II, segundo autores, anos de publicação, país de origem e coeficientes alfa de Cronbach .....	67
Quadro 9. Etapas da tradução da FDM II para o português .....	70
Quadro 10. Itens retro-traduzidos para os quais a autora principal enviou sugestões para adaptação .....	83
Quadro 11. Relação dos itens com dificuldade de compreensão ou com sugestões de modificação durante a análise semântica, segundo as dimensões do instrumento FDM II - VP2.....	88
Quadro 12. Itens revisados e modificados após a análise semântica.....	89
Quadro 13. Concordância dos juízes com as autoras nos itens da dimensão 1 - Individuação/Simbiose da versão adaptada da FDM II.....	90
Quadro 14. Concordância dos juízes com as autoras nos itens da dimensão 2 - Mutualidade/Isolamento da versão adaptada da FDM II. ....	91

Quadro 15. Concordância dos juízes com as autoras nos itens da dimensão 3 - Flexibilidade/Rigidez da versão adaptada da FDM II. ....	92
Quadro 16. Concordância dos juízes com as autoras nos itens da dimensão 4 - Estabilidade/Desorganização da versão adaptada da FDM II. ....	92
Quadro 17. Concordância dos juízes com as autoras nos itens da dimensão 5 - Comunicação clara/Comunicação confusa ou distorcida da versão adaptada da FDM II. ....	93
Quadro 18. Concordância dos juízes com as autoras nos itens da dimensão 6 - Reciprocidade de papéis/Conflito de papéis da versão adaptada da FDM II. ....	94
Quadro 19. Itens modificados após a análise de face e de conteúdo por juízes. ....	95

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>22</b>
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>28</b>
2.1 Dinâmica familiar e o câncer de mama .....	28
<b>3 OBJETIVOS .....</b>	<b>46</b>
<b>4 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO .....</b>	<b>47</b>
4.1 Adaptação transcultural de instrumentos de medida .....	47
<b>5 FAMILY DYNAMICS MEASURE II (FDM II) .....</b>	<b>56</b>
<b>6 MÉTODO .....</b>	<b>68</b>
6.1 Etapas da adaptação transcultural e validação da FDM II – Parte I: Tradução e retro tradução .....	68
6.2 Etapas da adaptação transcultural e validação da FDM II – Parte II: Teste da versão adaptada .....	71
6.3 Procedimentos éticos .....	72
6.4 Participantes da pesquisa .....	72
6.5 Coleta dos dados .....	74
6.5.1 Coleta de dados para a análise semântica .....	74
6.5.2 Coleta de dados para a análise da validade de face e de conteúdo por juízes .....	75
6.5.3 Coleta de dados para a análise das propriedades psicométricas do instrumento: validade de construto e fidedignidade .....	75
6.6 Instrumentos de coleta de dados .....	77
6.7 Processamento e análise dos dados .....	78
<b>7 RESULTADOS .....</b>	<b>82</b>
7.1 Relacionados às etapas de adaptação transcultural da FDM II .....	82
7.1.1 - Tradução .....	82
7.1.2 Análise semântica .....	83

7.1.3 Análise da validade de face e de conteúdo por juízes .....	90
7.2 Resultados relacionados às propriedades psicométricas da versão adaptada da FDM II...	95
7.2.1 Participantes do estudo .....	95
7.2.1.1 Mulheres portadoras de câncer de mama .....	95
7.2.1.2 Familiares de mulheres portadoras de câncer de mama .....	97
7.2.2 Estatística descritiva da versão adaptada da FDM II.....	99
7.2.2.1 Frequência das respostas aos itens por dimensões da versão adaptada da FDM II....	106
7.2.3 Propriedades psicométricas da versão adaptada da FDM II.....	119
7.2.3.1 Fidedignidade .....	119
7.2.3.2 Validade.....	125
7.2.3.2.1 Análise fatorial .....	125
7.2.3.2.2 Validade convergente da versão adaptada da FDM II com a HADS .....	130
<b>8 DISCUSSÃO .....</b>	<b>132</b>
<b>9 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>140</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>143</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>151</b>
APÊNDICE A Termo de consentimento livre e esclarecido (Juízes) .....	151
APÊNDICE B Termo de consentimento livre e esclarecido (Mulheres) .....	152
APÊNDICE C Termo de consentimento livre e esclarecido (Análise semântica).....	153
APÊNDICE D Termo de consentimento livre e esclarecido (Familiares) .....	154
APÊNDICE E Modelo da lista de definição das dimensões e quadro para categorização dos itens nas dimensões do instrumentos.....	155
APÊNDICE F Ficha de identificação sócio-demográfica do familiar e do paciente com câncer de mama.....	162
APÊNDICE G Cópia da versão adaptada da FDM II .....	163
<b>ANEXOS .....</b>	<b>168</b>
ANEXO A Cópia da escala original em inglês .....	168
ANEXO B Mensagem eletrônica da autora com orientações sobre cálculo de escores.....	178
ANEXO C Carta de autorização da autora.....	181

ANEXO D Cópia da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão preto – USP para realização da pesquisa .....	182
ANEXO E Cópia da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Civil Casa de Misericórdia de Franca .....	183
ANEXO F Cópia da FDM II na VP2 .....	184
ANEXO G Cópia da Escala de Depressão e Ansiedade Hospitalar (HADS) .....	190

## 1 INTRODUÇÃO

Entre os tipos de câncer de mais alta incidência e mortalidade encontra-se o câncer de mama, sobre o quais muitas pesquisas, com enfoque na família, já foram realizadas. O câncer de mama situa-se como o segundo tipo de câncer mais freqüente no mundo e o primeiro entre as mulheres. A estimativa para 2008, no Brasil, é de 49.400 novos casos, com taxa de mortalidade esperada também elevada (INCA, 2008).

Os estudos sobre a doença deixam claro que a experiência com o câncer de mama afeta a família como um todo. A ameaça à vida da mulher ou ao seu modo de viver; as necessidades de mudança da rotina, dos relacionamentos; a entrada no sistema familiar dos agentes de saúde, enfim, todas as transformações que ocorrem após o diagnóstico de câncer de mama causam impactos emocionais, cognitivos e comportamentais nos membros da família.

Há uma diversidade de enfoques nos estudos sobre a relação entre o câncer de mama e seus efeitos sobre a família em termos de objeto de estudo e de participantes da pesquisa.

Na literatura pesquisada pela autora nos bancos de dados Medline, Lilacs e Scielo, utilizando os termos *family*, *breast*, e *cancer*, publicada no período de 1999 a 2006, observou-se que a maioria das pesquisas sobre família não define o que é família e não estuda a família enquanto uma unidade. Predominam os estudos de segmentos da família, tais como esposos, casais, filhos ou outros membros da família ampliada, como por exemplo, irmãs das mulheres com câncer de mama. As variáveis estudadas incluem a experiência do familiar (marido, filhas, filhos) com o câncer de mama na mulher (CARLSON et al., 2001; HILTON; CRAWFORD; TARKO, 2000; RAVEIS; PRETTER, 2005; ZAHLIS, 2001;); formas de

enfrentamento e necessidades de informação e apoio do familiar (BEN-ZUR; GILBAR; LEV, 2001; CAPPELLI et al., 2005; CHALMERS et al., 2003; PETRIE; LOGAN; DEGRASSE, 2001; KRISTJANSON; CHALMERS; WOODGATE, 2004; NORTHOUSE; TEMPLIN; MOOD, 2001; KADMON et al., 2004; SAMMS, 1999); qualidade de vida dos casais e relacionamento conjugal após o diagnóstico do câncer (BIFFI; MAMEDE, 2004; DORVAL et al., 1999; DORVAL et al., 2005; MELLON, 2002; SALES et al., 2001); comunicação a respeito da doença (BARNES et al., 2000; BARNES et al., 2002; KENEN et al., 2004; MIESFELDT et al., 2003; OZDOGAN et al., 2004; REES; BATH, 2000); estresse, apoio familiar e sofrimento psicológico (BAIDER et al., 2003; BAIDER et al., 2004; DOOREN et al., 2005; OZONO et al., 2005); sobrecarga e tensão do cuidador (BERNARD; GUARNACCIA, 2003; GRUNFELD et al., 2004; NIKOLETTI et al., 2003); luto e sintomas traumáticos (BUTLER et al., 2005); efeitos de intervenção psico-educativa na qualidade de vida da paciente e dos cuidadores (BADGER et al., 2004; DAVEY et al., 2005; NORTHOUSE et al., 2002; NORTHOUSE et al., 2005; SHIELDS; ROUSSEAU, 2004); mudanças no papel materno (BILLHULT; SEGESTEN, 2003; ELMBERGER; BOLUND; LÜTZEN, 2000; KIRSCH; BRADT; LEWIS, 2003; SHANDS; LEWIS; ZAHLIS, 2000; SIGAL et al., 2003); efeitos de fatores psicossociais, demográficos e médicos sobre o ajustamento da mulher e seu parceiro (ALFERI et al., 2001; HOLMBERG et al., 2001; MALY et al., 2005); crescimento pós-traumático de pacientes e parceiros (MANNE et al., 2004) e funcionamento familiar frente ao câncer de mama (BIFFI, 2003; INOUE et al., 2003; OZONO et al., 2005).

Observa-se ainda na literatura consultada, que as pesquisas abordam, principalmente, aspectos individuais de membros da família de mulheres com câncer de mama, tais como experiência da doença, necessidades de apoio, de informação, qualidade de vida, estresse, sofrimento psicológico, sobrecarga; ou aspectos circunscritos da interação familiar, como por



exemplo, a comunicação e o papel materno. Raros são os estudos que tratam do funcionamento familiar enquanto um conjunto de fatores que modelam os padrões de interação dos membros da família. Não obstante, uma análise cuidadosa das pesquisas publicadas revela que, embora muitas delas não tenham como objeto de estudo a interação familiar, aspectos do relacionamento entre as mulheres com câncer de mama, seus esposos e filhos tornam-se evidentes.

Psicólogos, enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, assistentes sociais e demais profissionais de saúde que atuam na área de oncologia têm como meta oferecer assistência integral às mulheres com câncer de mama e às suas famílias. Para que a assistência seja efetiva, é necessário que ela atinja as necessidades dessas pessoas. Como mencionado, as pesquisas enfatizam que o câncer de mama é uma doença que mobiliza o sistema familiar da mulher que o apresenta, e que o modo pelo qual os familiares ajustam-se à doença tem efeito sobre o processo de enfrentamento da mulher. Portanto, conhecer a dinâmica familiar e identificar aspectos da interação entre os membros da família que ficam comprometidos com o surgimento da doença e que prejudicam o ajustamento e a qualidade de vida das mulheres, de seus maridos, de seus filhos e demais familiares significativos é uma das etapas iniciais para se desenvolver serviços adequados à população em foco.

O conhecimento da dinâmica das famílias das mulheres com câncer de mama e a identificação de fatores de risco é útil tanto para os pesquisadores quanto para os profissionais de saúde que se dedicam à assistência. No âmbito da pesquisa científica, esse conhecimento contribui para o avanço de estudos sobre programas de assistência psicossocial que ajudem as famílias a enfrentarem a doença de forma mais saudável. E, para os profissionais de saúde, o fato de conhecerem a dinâmica familiar de suas clientes acometidas por câncer de mama, ajuda-os a ampliar seu foco de atenção e a oferecer o apoio adequado às famílias que estão aos seus cuidados. Porém, considerando a escassez de tempo e de recursos humanos nos

serviços de saúde em nosso país, torna-se importante contribuir para que o acesso e a forma de obtenção de informações que possibilitem aos profissionais de saúde o conhecimento sobre o funcionamento familiar após o diagnóstico do câncer de mama sejam facilitados. Uma estratégia que tem se mostrado de grande relevância, com confiabilidade, simplicidade, economia e eficácia, é a utilização de instrumentos de avaliação construídos e adequadamente testados para desideratos pré-definidos. A literatura apresenta uma riqueza de instrumentos construídos para estudar fenômenos psicológicos e grande parte deles é originária de países de língua inglesa. Nem sempre esses instrumentos sofreram adaptações transculturais para poderem ser utilizados em outros países e culturas. Um dos instrumentos identificados foi a Family Dynamics Measure II (FDM II) (LASKY et al., 1985).

Através da revisão da literatura, realizada com os descritores *family*, *breast*, e *cancer*, não se obteve conhecimento da existência de escalas de medida de dinâmica familiar adaptadas ao uso com famílias de mulheres com câncer de mama no Brasil. Assim, considerou-se haver uma importante lacuna nas alternativas metodológicas disponíveis aos profissionais de saúde, como o uso de instrumentos adaptados e testados na cultura brasileira, que eles poderiam lançar mão para o estudo da dinâmica familiar de mulheres com câncer de mama. Portanto, para preencher esta lacuna, a adaptação e validação para a realidade local de um instrumento construído para o estudo da dinâmica familiar em outro país e cultura tornaram-se o foco desta pesquisa.

A escala de avaliação de dinâmica familiar eleita para o estudo foi a Family Dynamics Measure II (FDM II) (LASKY et al., 1985) que identifica famílias em risco.

A FDM II é um instrumento desenvolvido por um grupo de oito enfermeiras pesquisadoras nos Estados Unidos, para atender à necessidade de avaliação da dinâmica familiar em situação de saúde e doença, para uso clínico e de pesquisa, capaz de identificar famílias em risco. A escala permite o levantamento de dados individuais e familiares, que

favorecem o reconhecimento de normas familiares, a identificação de perfis das famílias e sugerem estratégias de intervenção. Segundo as autoras (LASKY et al., 1985), o processo de construção da escala teve como objetivo seguir os critérios de atemporalidade e universalidade, o que a tornou aplicável em diferentes tipos de família, com vários níveis de saúde, em todos os estágios da vida familiar, de várias culturas. A definição de família adotada é a de uma unidade psicossocial composta por duas ou mais pessoas que têm compromissos entre si e moram juntas (LASKY et al., 1985).

A construção da escala foi baseada na teoria do sistema familiar saudável, proposta por Barnhill (1979). Esse autor realizou a integração de diversas teorias sobre saúde e doença no funcionamento familiar e definiu oito dimensões básicas, constituídas por pólos antagônicos: 1) individuação versus simbiose; 2) mutualidade versus isolamento; 3) flexibilidade versus rigidez; 4) estabilidade versus desorganização; 5) percepção clara versus percepção não clara ou distorcida; 6) comunicação clara versus comunicação confusa ou distorcida; 7) reciprocidade de papéis versus papéis confusos ou conflito de papéis; 8) limites claros entre as gerações versus limites difusos ou perturbados.

As dimensões 1 e 2 referem-se a processos de identidade dos membros da família; as dimensões 3 e 4 referem-se a como a família lida com mudanças; as dimensões 5 e 6 referem-se ao modo de processamento de informações, e as dimensões 7 e 8 referem-se à estrutura de papéis da família (MURTONEN et al., 1998). Para a elaboração da FDM II, foram selecionadas seis das oito dimensões, sendo utilizadas as dimensões 1, 2, 3, 4, 6 e 7. As dimensões 5 e 8 foram excluídas pelas autoras devido à dificuldade em construir itens que refletissem as categorias em questão, ou porque as dimensões não correspondiam aos critérios de desenvolvimento do instrumento por elas adotados (LASKY et al., 1985).

Vinculados ao “United States (US) - Nordic Family Dynamics Nursing Research Project”, foram realizados vários estudos utilizando a FDM ou FDM II, com diferentes

populações: casais vivenciando a primeira ou segunda gestação; casais com bebês; famílias nas quais um membro possuía câncer, doença mental, depressão pós-parto ou doença pulmonar obstrutiva crônica; famílias em que ocorreram abusos ou negligência em relação às crianças. Em todos eles, o instrumento mostrou-se satisfatoriamente confiável.

Tendo em vista o interesse em contribuir para que os profissionais de saúde e os pesquisadores nacionais tenham disponível para uso um instrumento de medida de dinâmica familiar adaptado para a avaliação de famílias de mulheres com câncer de mama no Brasil, pergunta-se:

— A Family Dynamics Measure II é um instrumento válido e confiável para a avaliação da dinâmica familiar de mulheres com câncer de mama se adaptado culturalmente para a realidade brasileira?

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 Dinâmica familiar e o câncer de mama

O enfrentamento de uma doença grave constitui um dos grandes desafios na vida de uma família. Rolland (1994) afirma que a doença e a incapacidade podem atingir qualquer família. Quando isto ocorre, nenhum membro permanece intocado.

Nas últimas décadas, constata-se um crescente interesse pelo estudo do impacto de diversas doenças na vida familiar, bem como pelo estudo dos efeitos da dinâmica familiar sobre o curso e os resultados das doenças (ROLLAND, 1994). Rolland (1994) recuperou parte da história destes estudos e identificou quatro perspectivas principais. Uma parte das pesquisas aborda a família como fonte de apoio social importante para aumentar a resistência à doença e para contribuir para a adesão ao tratamento; outra parte concebe a família como um risco potencial, que favorece o surgimento da doença, curso desfavorável e baixa adesão ao tratamento; um terceiro conjunto de pesquisas enfatiza o impacto da doença na família; e a quarta perspectiva leva em conta as interações entre o comportamento da família e as características da doença e os efeitos positivos ou negativos desta interação no curso da doença.

O câncer é uma das doenças que recebeu mais atenção na área de estudos sobre família com problemas de saúde. Por se tratar de doença grave, com elevada incidência e mortalidade, com curso muitas vezes longo e sofrido, e cujo tratamento pode ser bastante traumático, o impacto da doença sobre a família é significativo.

Em 1978, Cohen e Wellish já afirmavam que o diagnóstico de câncer conduzia a desequilíbrios na interação da família, em seus planos, em suas necessidades e em suas finanças. “O diagnóstico de câncer representa a primeira ordem de uma crise porque ele sinaliza a ameaça ou perda atual de um relacionamento significativo para os membros da família” (1978, p. 562).

Silva (2000) também se referiu ao câncer como uma crise vital na família, que exige mudanças tanto do paciente quanto de sua família nos papéis, atitudes, comportamentos, estratégias de enfrentamento e adaptação à nova situação.

Esta crise parece relacionada com os significados atribuídos à doença. “A alta incidência, as repercussões psicossociais e as incertezas revestem o câncer de valor simbólico especial, situando-o, no Ocidente, como um dos mais "perigosos e enigmáticos" males...” (TAVARES; TRAD, 2005, p. 429).

Ao se falar sobre a doença como um fator que modifica a família, é importante esclarecer o que se entende por família.

O conceito de família parece existir em todas as sociedades, e é muitas vezes considerado universal e real. Em definições dominantes de família, encontram-se referências às relações entre pessoas baseadas em laços sanguíneos e em vínculos conjugais e de afinidade. Bourdieu apresenta uma definição de família considerada legítima e normal: “conjunto de indivíduos aparentados, ligados entre si por aliança, casamento, filiação, ou excepcionalmente, por adoção (parentesco), vivendo sob o mesmo teto (coabitação)” (1996, p. 124). Entretanto, esse mesmo autor aponta que a família, embora tida como uma realidade, na verdade é uma construção social. Durham (1983) da mesma forma que Bourdieu (1996) já afirmava que há uma naturalização da família em todas as culturas; porém, é necessário percebê-la como uma criação humana mutável. No presente trabalho, a definição de família adotada foi a proposta por Lasky et al. (1985), segundo a qual família consiste numa unidade

social composta por duas ou mais pessoas que possuem compromisso entre si e moram juntas. Esse compromisso pode ser estabelecido por laços consangüíneos, por contratos legais e mesmo por afinidade. A própria família que define quem dela faz parte.

Através do processo de socialização das pessoas em um universo organizado de acordo com a divisão em famílias, há a interiorização desta forma de organização social, fundamentando um consenso quanto à concepção de família, que passa a ser tomada como uma realidade (BOURDIEU, 1996).

Em cada tempo e em cada cultura, a família assume certas características quanto aos membros que dela fazem parte e aos papéis que cada um desempenha.

Apoiada em Romanelli (2000), Biffi afirma que “as pesquisas sobre família no Brasil têm mostrado a diversidade na sua organização, tanto no que se refere à sua composição quanto às formas de sociabilidade que vigoram em seu interior” (2003, p. 38). Qualquer que seja seu formato, no processo de construção da família como uma instituição social essencial ao desenvolvimento dos seres humanos, são reforçados os laços de afeto, coesão e o espírito e sentimento de família, que geram devotamentos e solidariedades (BOURDIEU, 1996).

A convivência familiar reforça os vínculos entre os membros e fortalece as crenças e tradições do grupo, exercendo uma força centrípeta que possibilita que indivíduos comportem-se não como pessoas isoladas, mas como conjunto de membros interdependentes que compõem uma totalidade.

“A família, por sua vez, também se caracteriza por ser um corpo, mas um corpo social, ou seja, uma rede de interações que pode assumir diferentes formas; que possuem objetivos e toma decisões enquanto grupo; tem uma estrutura de funcionamento interno, constituída por posições e papéis, possuindo várias atribuições, dentre elas, inclusive o cuidado de saúde de seus membros” (NITSCHKE, 1999, p. 25).

Assim, com um enfoque sistêmico, “o grupo familiar pode, então, ser visto como um conjunto que funciona como uma totalidade, cujas particularidades dos membros não bastam para explicar o comportamento de todos os outros membros” (CERVENY, 2000).

Uma vez que os membros da família interagem constantemente e há interdependência entre eles, o comportamento de um afeta e é afetado pelo comportamento dos outros.

Ao longo do tempo, as interações entre os membros da família vão sendo modeladas e se tornam características peculiares daquele grupo. A repetição de certas formas de interação converte-as em padrões relativamente previsíveis, que se expressam em formas típicas da família se relacionar, conformando o que se chama de dinâmica ou funcionamento familiar. Os padrões de interação familiar funcionam como regras que regulam o intercâmbio interpessoal dentro da família, de acordo com o que é considerado normal pelo grupo.

As regras e padrões não determinam totalmente as interações familiares, havendo sempre a possibilidade de transformação à medida que ocorrem mudanças individuais e no contexto no qual a família está inserida (BREUNLIN; SCHWARTZ E KUNE-KARRER, 2000; NICHOLS; SCHWARTZ, 1998; MINUCHIN; FISCHMAN, 2003).

Explicando melhor como a mudança em um indivíduo tem efeito sobre o sistema social no qual ele está inserido, Maturana (In: ELKAÏM, 2000) afirma que um sistema social se constitui através das interações de seus componentes. Estas interações obedecem a certas regras, preenchendo determinadas funções na dinâmica estrutural do sistema e modelando as configurações de ações coordenadas dos componentes do sistema. Quando o comportamento de um componente do sistema muda a ponto de mobilizar a mudança da configuração de ações coordenadas com os outros componentes, então todo o sistema se transforma, surgindo um sistema social diferente. Em outras palavras, pode-se dizer que a mudança de regras e papéis em um sistema social significa a transformação da configuração de ações coordenadas dos componentes deste sistema.

A dinâmica familiar então é constituída por elementos fundamentais da interação entre os membros da família, envolvendo a quantidade e a qualidade destas interações. Entre os elementos desta interação, descritos na teoria sobre família, destacam-se as dimensões de



proximidade - distância, de diferenciação - indiferenciação, de comunicação, de papéis, de flexibilidade - rigidez e de estabilidade – desorganização. Todos estes elementos estão interligados e se encaixam de diferentes formas em cada família, compondo dinâmicas próprias.

Como descrito acima, é comum ocorrer a padronização das interações entre os membros da família, o que dá origem a certa estabilidade nas relações. A estabilidade é uma característica dos sistemas vivos e é garantida por mecanismos de regulação e controle, como por exemplo, as regras familiares. Alguns teóricos chamam estes mecanismos de estabilização de homeostase familiar ou retro-alimentação negativa (RAPIZO, 1996).

Ao mesmo tempo em que as famílias necessitam de certa ordem e estabilidade, elas também estão sempre se deparando com exigências internas e externas de mudança e crescimento, o que requer flexibilidade dos membros da família para se ajustarem a novas situações - morfogênese ou retro-alimentação positiva (RAPIZO, 1996). Portanto, flexibilidade e estabilidade são elementos aparentemente contraditórios, mas imprescindíveis para a família. “O equilíbrio de um sistema é preservado pelo equilíbrio entre a estabilidade e a mudança, que pode ser descrito como “ordem por meio da flutuação” (BREUNLIN; SCHWARTZ; KUNE-KARRER, 2000, p.49).

Nos pólos opostos da estabilidade e da flexibilidade, observa-se a rigidez e a desorganização. A rigidez pode levar a família a manter padrões não mais adequados às suas condições de vida, enquanto a falta de certa regularidade nos padrões conduz ao caos, tornando o dia-a-dia imprevisível e desorganizado (NICHOLS; SCHWARTZ, 1998).

Nos processos de estabilização e mudança, tem influência decisiva a comunicação entre os membros da família. A comunicação é uma dimensão da interação familiar estudada por vários teóricos. Para alguns, ela é considerada como a característica mais importante dos bons relacionamentos, sobretudo porque ela permite aos membros da família discriminarem

os comportamentos e aumenta a capacidade de ser compreendido e proporcionar apoio (NICHOLS; SCHWARTZ, 1998).

Watzlawick et al. (s.d.) afirmam que a comunicação inclui três áreas: a sintaxe, a semântica e a pragmática. A sintaxe diz respeito ao estilo da linguagem; a semântica trata da clareza da linguagem, da coerência ou confusão da comunicação; enquanto a pragmática trata dos efeitos comportamentais da comunicação. Em uma interação humana, é impossível não comunicar, pois todo comportamento é um ato comunicativo e as pessoas estão sempre se comportando. Ao mesmo tempo em que transmite informação, a comunicação define o relacionamento entre as pessoas. Quando o relacionamento é conflituoso, ocorrem freqüentes desacordos quanto à natureza do relacionamento definido pela comunicação, que geram confusão e desentendimentos.

A comunicação está relacionada tanto com a proximidade e com a diferenciação entre os membros da família, quanto com os papéis por cada um desempenhados.

Minuchin (NICHOLS; SCHWARTZ, 1998) utiliza o conceito de fronteira para se referir à dimensão bipolar proximidade-distância entre os membros da família. Ele define as fronteiras como barreiras invisíveis que envolvem os indivíduos e a família, e tem a função de regular a quantidade de contato com os outros. As fronteiras variam de rígidas a difusas. Em famílias em que predominam fronteiras rígidas, ocorre distanciamento dos membros. Fronteiras difusas dão origem a relacionamentos próximos e íntimos, porém, a independência e a autonomia ficam comprometidas. Fronteiras adequadas permitem a proximidade, o afeto e a proteção, sem gerar simbiose dos membros.

A dimensão da diferenciação-indiferenciação ocupa um lugar central na teoria de Bowen (NICHOLS; SCHWARTZ, 1998). Para o autor, a diferenciação é um conceito tanto intrapsíquico quanto interpessoal e diz respeito à capacidade do indivíduo de separar os sentimentos dos pensamentos e ter autonomia. Pessoas bem diferenciadas possuem a

capacidade de distinguir entre seus pensamentos e sentimentos e os de outros, vivenciam emoções fortes e espontaneidade, porém, são capazes de se conterem e serem objetivas. Por outro lado, pessoas não diferenciadas são inundadas por seus sentimentos e têm dificuldade de pensar objetivamente. Elas têm também dificuldade de diferenciarem-se a si próprias dos outros, mantendo freqüentemente relações fusionadas, simbióticas ou pseudo-independentes.

De acordo com a teoria de papéis, a estrutura de um grupo social é formada por diferentes posições para as quais existem papéis associados. Os papéis específicos de cada posição estabelecem os comportamentos esperados e os comportamentos proibidos para a pessoa que ocupa aquela posição. Numa família, alguns papéis são biologicamente determinados, como os papéis de pai, mãe, filho; enquanto outros dependem da dinâmica específica do grupo. Os papéis dos membros da família tendem a ser recíprocos e complementares, e se alguém fica impedido de realizar suas funções, um outro membro da família usualmente assume o seu lugar. Contudo, os papéis podem se tornar estereotipados, havendo pouca flexibilidade dos indivíduos para se acomodarem a situações diferentes, sendo possível ocorrerem conflitos de papel quando um papel exige atuações contraditórias ou quando dois ou mais papéis são incompatíveis (NICHOLS; SCHWARTZ, 1998).

Relacionando os elementos da dinâmica familiar, pode-se dizer que a família saudável é aquela capaz de se manter estável em meio à mudança, porque seus membros são flexíveis, se comunicam com clareza e tem abertura para ajustarem seus papéis conforme as necessidades.

De acordo com Carter e McGoldrick (1995), a família é freqüentemente exposta a situações novas que requerem mudanças em sua dinâmica de funcionamento. Estas situações geram ansiedades durante o ciclo vital da família. As autoras apontam a existência de dois fluxos de ansiedade na família: o fluxo vertical e o fluxo horizontal. O fluxo vertical de ansiedade é composto por estresses relacionados a padrões de relacionamento transmitidos de

geração para geração, incluindo regras, crenças, mitos, segredos e demais legados familiares. Já o fluxo horizontal de ansiedade é resultado de estresses relacionados com as mudanças e transições da família ao longo de seu ciclo vital, abrange os estresses desenvolvimentais previsíveis, tais como casamento, nascimento de filhos, entre outros, e os estresses imprevisíveis, como, por exemplo, doença, morte, nascimento de uma criança deficiente. A estes fluxos de ansiedade somam-se os estresses relacionados ao contexto social, econômico, e político que atingem as famílias. Quando há intersecção destes fluxos de ansiedade, o estresse é mais intenso e as famílias se tornam mais vulneráveis e propensas a vivenciarem tais situações como crises.

Dentre os estresses imprevisíveis e que podem desencadear crises, ressalta-se o impacto da doença sobre o desenvolvimento da família. O câncer de mama tem apresentado potencial para o desenvolvimento de estresse no interior das famílias com um membro familiar afetado pela doença.

Várias pesquisas foram realizadas com o objetivo de esclarecer como o câncer de mama interfere na família.

Através de levantamento da literatura publicada no período de 1999 a 2006, nos bancos de dados Medline, Lilacs e Scielo, utilizando os termos *family*, *breast* e *cancer*, foram identificados 48 artigos e uma tese com enfoque psicossocial sobre o assunto. A leitura dos artigos foi orientada para a identificação das transformações ocorridas nas relações familiares a partir do surgimento do câncer de mama. Para atingir este objetivo, foram utilizadas como orientação as dimensões da teoria sobre sistema familiar saudável de Barnhill (1979), empregadas na *FDM II* (LASKY et al., 1985): individuação – simbiose, mutualidade – isolamento, flexibilidade – rigidez, estabilidade – desorganização, comunicação clara – comunicação confusa ou distorcida e reciprocidade de papéis – conflito de papéis.

Considerando a individuação ou autonomia dos membros da família que estão vivenciando o câncer de mama, Elmberger; Bolund; Lützen (2000) identificaram que a situação de doença favorece uma maior individuação da mulher, que é confrontada com a necessidade de integrar seus pensamentos e sentimentos de forma mais independente, fazendo escolhas quanto ao seu tratamento de acordo com suas necessidades. Embora o apoio familiar contribua para amenizar o sofrimento da mulher, muitas decisões e situações dependem da própria mulher, exigindo-lhe a capacidade de discernir as medidas a serem tomadas sem se deixar inundar por sentimentos carregados.

Conquanto possa ocorrer uma afirmação da individualidade da mulher diante do câncer de mama, Baider et al. (2003), Ben-zur, Gilbar e Lev (2001), Northouse et al. (2001), Raveis e Pretter (2005) observaram que os esposos e as filhas das mulheres com câncer de mama apresentam sofrimento psicológico intenso, sugerindo a existência de uma interdependência significativa entre esses familiares. Baider et al. (2003), Ben-zur, Gilbar e Lev (2001) e Northouse et al. (2001) constataram que o ajustamento psicossocial e o sofrimento psicológico da mulher com câncer de mama e do seu esposo estão correlacionados, sendo o sofrimento de um preditor direto do sofrimento do outro. Butler (2005) confirma esse achado, ao apontar que os níveis de afeto negativo do casal estão correlacionados. Raveis e Pretter (2005), em estudo com filhas de mulheres com câncer de mama, observaram que elas vivenciam emoções intensas de choque, pânico e esgotamento diante da experiência da doença. Esses achados sugerem haver um relacionamento pouco diferenciado entre esses membros da família, podendo ser considerado que haja certa simbiose entre eles.

Em relação à intimidade emocional e ao compartilhamento de sentimentos e vulnerabilidades entre os membros da família, Carlson (2001), Dorval et al. (2005), Elmberger; Bolund; Lützen (2000), Hilton; Crawford; Tarko (2000), Holmberg et al. (2001), Kirsch et al. (2003), Maly et al. (2005), Mellon (2002), Northouse et al. (2002), Ozono et al.

(2005), Raveis e Pretter (2005), Rees; Bath (2000), Samms (1999) constataram um aumento da proximidade entre a mulher e seus familiares, ou com o esposo, ou com os filhos ou com demais parentes, após o diagnóstico de câncer de mama.

Samms (1999) observou que houve mudanças nas prioridades da família e seus membros começaram a passar mais tempo juntos. Mellon (2002) também percebeu melhora do relacionamento familiar e aumento da proximidade. Elmberger; Bolund e Lützen (2000) verificaram que as mães se aproximaram mais dos filhos e estabeleceram maior mutualidade com eles; houve maior intensificação do vínculo das filhas com suas mães, segundo Raveis e Pretter (2005), e os pais perceberam maior interação mãe-filhos, de acordo com Kirsch et al. (2003).

Para as mulheres com câncer de mama, o apoio emocional foi considerado o mais importante, e elas obtiveram esse apoio do esposo (CARLSON, 2001; MALY et al., 2005), de seus filhos adultos e de amigos (MALY et al., 2005), bem como de sua família de origem e da família extensa (HOLMBERG et al., 2001). Esse apoio foi demonstrado, algumas vezes, através de maior manifestação de afeto e carinho, especialmente, pelo esposo (DORVAL et al., 2005). Na pesquisa de Biffi (2003), verificou-se que a afetividade em sentido amplo foi percebida pelos esposos como presente na dinâmica familiar. Northouse et al. (2002) observaram que o apoio da família está significativamente correlacionado com o ajustamento da mulher com câncer de mama. Da mesma forma, Ozono et al. (2005) verificaram que as famílias coesas, nas quais havia cuidado e apoio mútuo e compartilhamento de emoções, demonstravam melhor enfrentamento de suas vidas com o câncer.

Entretanto, há pesquisas que divergem neste aspecto, e revelam que há familiares que vivenciam isolamento após o diagnóstico de câncer de mama (DAVEY et al., 2005; KRISTJANSON et al., 2004; OZONO et al., 2005; SAMMS, 2000; SHANDS, 2000).

A pesquisa de Samms (1999) aponta que os maridos se sentem desamparados e sozinhos no período de diagnóstico, e adotam atitude protetora com relação às suas esposas, não compartilhando com elas seus próprios sentimentos e preocupações. Essa atitude muitas vezes conduz ao aumento da ansiedade e sobrecarga deles. Apesar dos esposos manterem-se presentes e apoiadores, eles vêm como necessário assumir uma postura de força que nega seus próprios sentimentos e restringe a intimidade entre os membros do casal.

Com relação aos filhos, Shands (2000) observou que a interação mãe-filho era predominantemente de caráter cognitivo, informativo, e menos afetivo, gerando certo isolamento entre as partes. Davey (2005) também constatou que o diálogo sobre sentimentos entre a mãe e seus filhos adolescentes era muito limitado, e os filhos vivenciavam sensação de isolamento diante da situação de doença da mãe. Nesse mesmo sentido, o estudo de Kristjanson; Chalmers; Woodgate (2004) revelou que os filhos percebiam-se excluídos das conversas sobre a doença, tendo suas necessidades de informação e apoio pouco satisfeitas.

Para Ozono et al. (2005), as famílias que apresentam maior conflito em seu funcionamento diante do câncer de mama também apresentam baixo nível de coesão e expressividade, comportamento independente entre os membros da família, desinteresse pelos problemas provocados pela doença e ainda falta de desejo de compartilhar sentimentos.

O diagnóstico de câncer de mama faz emergir a necessidade de ajustamento da família aos tratamentos e suas conseqüências, demandando várias mudanças nos padrões de interação na família. Com relação à flexibilidade da família para efetuar os ajustamentos necessários, Biffi (2003), Billhult; Segesten (2003), Carlson et al. (2001), Hilton; Crawford; Tarko (2000), Holmberg et al. (2001), Kirsch; Bradt; Lewis, (2003), e Sigal et al. (2003) identificaram que a maior parte das famílias efetuou alterações em sua rotina de vida para enfrentar a situação de doença.

Biffi (2003), Carlson et al. (2001), Hilton; Crawford; Tarko (2000) e Holmberg et al. (2001); apontaram a importante participação dos esposos no processo, demonstrando sua flexibilidade em ajustar horários e padrões de comportamento para acompanhar as mulheres nas consultas e tratamentos e para auxiliá-las com as tarefas domésticas.

Sigal et al (2003) constataram uma adaptação mútua entre mães e filhos com o surgimento da doença; e os pais perceberam um esforço ativo de suas mulheres para cuidar bem de seus filhos, apesar das dificuldades enfrentadas com relação ao câncer, de acordo com Kirsch, Bradt e Lewis (2003).

Ajuda foi obtida de várias partes: da família de origem, da família extensa, dos próprios filhos, de amigos e de empregados domésticos (BILLHULT; SEGESTEN, 2003; HOLMBERG et al, 2001). Embora haja variações em termos dos apoios disponíveis a cada família, os estudos, em geral, mostram que o câncer de mama e seu tratamento geram a mobilização de um sistema social amplo ao redor da mulher, que pode ser muito útil nesse momento de crise.

Diante de um contexto que exige mudanças nas configurações de ações coordenadas entre os membros da família, alguns pesquisadores buscaram esclarecer a capacidade das famílias manterem-se estáveis em meio às transformações, e verificaram que uma doença crônica como o câncer de mama, devido às demandas e incertezas que dela decorrem, impõe um desafio à habilidade das famílias de conservarem-se relativamente organizadas enquanto se ajustam a necessidades diversas (KIRSCH; BRADT; LEWIS, 2003). Elmberger; Bolund e Lützen (2000) afirmam que ocorre uma ruptura na vida familiar com o surgimento da doença, o que causa desorganização. Porém, Billhult e Segesten (2003), Hilton, Crawford e Tarko (2000) e Mellon (2002) ressaltam o esforço das famílias em manterem a rotina familiar tão normal quanto possível, conservando a ordem e a estabilidade.



Contrariando as expectativas, Dorval et al (1999) constataram que o câncer de mama não tem por consequência menor satisfação conjugal, nem tampouco ocasiona separações mais freqüentemente do que as que ocorrem entre os casais em geral. No tocante às adolescentes filhas de mulheres com câncer de mama, Cappelli et al. (2005) verificaram que não há diferenças entre o relacionamento destas com suas mães, comparado com o relacionamento de adolescentes filhas de mulheres livres de doença, bem como não há diferença em suas percepções sobre o funcionamento familiar. Estes dados revelam que, conquanto o câncer de mama gere certo tumulto na vida familiar, a maioria das famílias consegue manter um nível de estabilidade satisfatório.

Um aspecto fundamental para o ajustamento da família ao câncer de mama diz respeito às adaptações dos papéis dos seus membros às diferentes demandas da doença. Os estudos revelam que o esposo freqüentemente assume o papel de principal cuidador da mulher com câncer de mama (CARLSON et al., 2001; GRUNFELD et al., 2004; HILTON; CRAWFORD; TARKO, 2000; HOLMBERG et al, 2001; MALY et al., 2005; NIKOLETTI et al., 2003; REES; BATH, 2000). Os maridos fazem tudo o que acham correto fazer, inclusive tarefas domésticas (BIFFI, 2003; SAMMS, 1999). Muitos acompanham as esposas nas consultas médicas e nos tratamentos (CARLSON et al, 2001; REES; BATH, 2000). E de acordo com os primeiros (CARLSON et al., 2001), as mulheres mostram-se satisfeitas com o apoio dos esposos.

Os filhos também tiveram um aumento em sua participação nas tarefas domésticas, passando a cooperar mais com a família (BILLHULT; SEGESTEN, 2003; DAVEY et al., 2005; HILTON; CRAWFORD; TARKO, 2000; MALY et al, 2005). De acordo com Biffi (2003), os filhos e filhas relataram que a reciprocidade de papéis era uma forma importante de resolução de conflitos que surgiram no funcionamento familiar com o câncer de mama, ocorrendo maior divisão das tarefas entre os membros da família. Em alguns casos, houve

reversão de papéis, com as filhas passando a cuidar de suas mães (RAVEIS; PRETTER, 2005).

Para as mulheres, conciliar os papéis de mãe e doente foi considerado exaustivo, sobretudo porque as mulheres relataram falta de complementaridade do esposo em relação ao cuidado com os filhos (ELMBERGER; BOLUND, LÜTZEN, 2000). Confirmando este dado, Kirsch, Bradt e Lewis (2003) apontaram que mães reclamam que a principal responsabilidade pelos filhos recai sobre seus ombros, apesar delas estarem debilitadas pelo tratamento da doença.

As pessoas que assumem o papel de cuidador principal da mulher com câncer de mama, geralmente o marido ou as filhas adultas, relatam experimentarem conflitos de papéis, uma vez que se vêem compelidos a conciliarem papéis múltiplos (BERNARD; GUARNACCIA, 2003; GRUNFELD et al., 2004; NORTHOUSE et al., 2005). Grunfeld et al. (2004) observaram que os cuidadores experimentam impacto adverso em seu trabalho, sendo freqüente a perda de horas de serviço para atender às demandas do familiar doente. Em seu estudo, Bernard e Guarnaccia (2003) constataram que as filhas ficam sobrecarregadas ao combinarem seus papéis em suas próprias famílias, em seus trabalhos e no cuidado com suas mães com câncer de mama, ocorrendo falta de apoio, diminuição da intimidade na família nuclear da filha e aumento da tensão.

A comunicação na família é um fator crítico para o enfrentamento da doença, para o ajuste de papéis, para a satisfação das necessidades de informação, para possibilitar a aproximação entre as pessoas, e foi amplamente estudada. Kenen, Ardern-Jones e Eeles (2004) afirmam que há diferentes padrões de comunicação acerca do câncer nas famílias, sendo umas mais abertas e outras mais reticentes.

Billhult e Segesten (2003) e Elmberger, Bolund e Lützen (2000) são unânimes na afirmação de que a comunicação tem uma influência significativa no processo de adaptação

da família ao câncer. Para Manne et al. (2004), os parceiros mais expressivos têm maior facilidade de manterem o diálogo fluído, e isto favorece o crescimento pós-traumático do casal que experiencia o câncer de mama.

A comunicação clara é uma estratégia que favorece o alívio da tensão e a interação familiar, porém, às vezes ela se torna distorcida, o que revela a vulnerabilidade dos membros da família e dificulta a resolução de conflitos (BIFFI, 2003).

Muitos pesquisadores também constataram que a comunicação é um aspecto da relação familiar que se torna problemática com a descoberta do câncer, constituindo uma área de dificuldade e motivo de queixa. (CAPPELLI et al., 2005; CHALMERS; WOODGATE, 2004; DAVEY et al., 2005; ELMBERGER; BOLUND; LÜTZEN, 2000; HILTON; CRAWFORD; TARKO, 2000; HOLMBERG et al. 2001; INOUE et al., 2003; KRISTJANSON; SHIELDS; ROUSSEAU, 2004; MELLON, 2002; SAMMS, 1999; SHANDS; LEWIS, ZAHLIS, 2000;).

Entre os casais, foi percebida grande dificuldade em manter comunicação aberta acerca da doença e dos sentimentos por ela despertados, sendo freqüente os companheiros omitirem como estavam se sentindo com a intenção de protegerem um ao outro (HILTON; CRAWFORD; TARKO, 2000; HOLMBERG et al, 2001; SAMMS, 1999; SHIELDS, 2004). Contudo, a falta da comunicação muitas vezes levava ao aumento do desamparo e da desesperança (INOUE et al, 2003).

Alguns esposos relataram que estavam disponíveis para ouvir e conversar com suas esposas a respeito do câncer de mama, e estas conversas ocorriam com mais freqüência no período próximo ao diagnóstico. Ainda assim, havia a preocupação em não sobrecarregar as esposas, ocorrendo uma seleção do que devia ser dito (HILTON, CRAWFORD, TARKO, 2000; SAMMS, 1999;).

Na comunicação com os filhos também há dificuldades: a maioria das mães informa seus filhos da doença quando o diagnóstico é estabelecido, de acordo com Barnes et al. (2000). A quantidade de informação varia conforme a idade dos filhos e conforme as crenças da mãe com relação ao valor da comunicação aberta ou de atitudes protetoras. Para Billhult e Segesten (2003), as mulheres tentam se equilibrar entre dizer a verdade à criança ou protegê-la. Alguns estudos apontam que a comunicação mãe-filho fica mais restrita aos aspectos informativos sobre a doença, havendo poucas oportunidades de troca de experiências emocionais (SHANDS; LEWIS, ZAHLIS, 2000). Em pesquisas com filhos e filhas adolescentes de mulheres com câncer de mama, verificou-se que a comunicação na família não era considerada satisfatória, pois os filhos percebiam que as conversas sobre a doença eram insuficientes, ou eles ficavam excluídos das mesmas, o que os levava a se sentirem isolados (DAVEY et al, 2005; KRISTJANSON; CHALMERS; WOODGATE, 2004;).

Apesar das dificuldades de comunicação mencionadas, o estudo de Kristjanson, Chalmers e Woodgate (2004) revela que os padrões de comunicação avaliados em famílias com o câncer de mama foram considerados normais. Por mais que a comunicação entre os membros da família se modifique e apresente limitações, não há um comprometimento radical dos relacionamentos.

Em síntese, as pesquisas mencionadas indicam que muitas famílias conseguem enfrentar o câncer de mama, conservando sua organização. Por outro lado, há aspectos da dinâmica familiar sobre os quais não se têm ainda dados conclusivos, como por exemplo, em relação à mutualidade, que em algumas famílias fica aumentada, enquanto em outras se torna comprometida, e não estão claros quais fatores estão associados com estas diferenças. Faz-se necessário realizar mais pesquisas sobre o funcionamento das famílias com membros que possuem câncer de mama.

Das referências bibliográficas pesquisadas, somente duas tiveram como objeto de estudo específico a dinâmica ou funcionamento da família de mulheres com câncer de mama.

A pesquisa de Ozono et al. (2005) foi realizada no Japão. Participaram 189 indivíduos, sendo 74 pacientes, 54 esposos, 46 filhos (as) e 15 outros parentes. Foram utilizados questionários auto-aplicáveis, sendo que o funcionamento familiar foi avaliado através do *Family Relationship Index (FRI)*<sup>1</sup>. O objetivo da pesquisa foi construir uma tipologia das famílias com câncer de mama e identificar membros familiares em risco. Os autores partiram do pressuposto de que para providenciar apoio adequado, as percepções do funcionamento familiar de pacientes e seus familiares deviam ser avaliadas. A partir dos resultados obtidos, os autores construíram uma tipologia composta por três categorias: famílias apoiadoras, famílias conflituosas e famílias intermediárias. Foi observado que uma estrutura familiar apoiadora contribui para o bem-estar psicológico da mulher com câncer de mama e de seus familiares, enquanto relações conflituosas impõem uma sobrecarga psicológica ou social para toda a família. Diante disso, Inoue et al. (2005) apontam a importância dos profissionais de saúde incluírem os familiares em seu foco de atenção. Além disso, eles enfatizam a necessidade de mais pesquisas para serem desenvolvidos programas que contribuam para a melhora da comunicação e reduzam o sofrimento psicológico das famílias.

A segunda pesquisa encontrada que teve como objeto de estudo a dinâmica familiar de mulheres com câncer de mama é o trabalho de Biffi (2003). Essa pesquisa foi realizada no Brasil, com 23 familiares de mulheres com câncer de mama, atendidas no REMA – Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mastectomizadas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, com o objetivo de esclarecer se os membros da família percebem diferenças na dinâmica familiar após o câncer e se as percepções dos membros da família diferem entre si, de acordo com a estrutura familiar. A

---

<sup>1</sup> Escala de avaliação de percepção individual do funcionamento familiar que inclui construtos de relacionamento interpessoal e estrutura organizacional

autora realizou entrevistas semi-estruturadas com filhos, esposos e outros familiares das pacientes, tendo como referencial teórico os conceitos de funcionamento familiar propostos por Barnhill (1979). Os resultados obtidos indicaram que os membros das famílias pesquisadas mostraram aspectos positivos da dinâmica familiar, independente de idade, nível de instrução ou ocupação. Pessoas do gênero feminino se destacaram no processo de reorganização da dinâmica familiar. Embora o câncer de mama tenha provocado alterações na dinâmica familiar, os potenciais de cada membro da família foram utilizados para manter a estabilidade familiar (BIFFI, 2003).

Ambos os estudos confirmam a importância de se conhecer melhor a dinâmica familiar das mulheres com câncer de mama. Para avançar nesta área, faz-se necessário tornar disponível aos profissionais de saúde um instrumento prático e eficaz para avaliação do funcionamento destas famílias.

### 3 OBJETIVOS

Diante da necessidade de conhecer melhor a dinâmica familiar das mulheres com câncer de mama e de tornar disponível aos profissionais de saúde um instrumento prático e eficaz para avaliação do funcionamento destas famílias, este trabalho tem por objetivos:

- a) Realizar a adaptação transcultural da Family Dynamics Measure II para a língua portuguesa;
- b) Realizar a análise semântica da versão em português da FDM II;
- c) Avaliar a validade de face e de conteúdo por juízes da versão em português da FDM II;
- d) Avaliar a validade de construto da versão adaptada da FDM II por meio da análise fatorial;
- e) Avaliar a validade de construto convergente da versão adaptada da FDM II com a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS)
- f) Avaliar a fidedignidade da versão adaptada da FDM II, verificando a consistência interna de seus itens em uma amostra de familiares de mulheres com câncer de mama, no Brasil.

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

### 4.1 Adaptação transcultural de instrumentos de medida

A adaptação transcultural de instrumentos de medida é um processo que envolve a transformação do instrumento em seus aspectos lingüísticos e culturais de forma que ele possa ser empregado em culturas diferentes, mantendo suas propriedades psicométricas originais. Esse processo inclui a tradução do instrumento da língua na qual ele foi construído para a língua na qual ele será utilizado; porém, não se restringe a isto. É necessário também que se avalie a adequação do instrumento em relação ao contexto cultural da população em foco, garantindo-se a equivalência entre a versão original e a versão adaptada (BEATON et al., 2000; CHWALOW, 1995).

Referindo-se aos tipos de equivalência das medidas de qualidade de vida relacionada à saúde, adaptadas transculturalmente, Herdman et al.<sup>2</sup> (1998 apud SCHMIDT; BULLINGER, 2003) indicam critérios para a comparação das culturas e adequação dos instrumentos. Os procedimentos incluem a investigação da importância dos domínios dos conceitos em cada cultura, e o relacionamento entre eles (equivalência conceitual); o exame dos itens usados para avaliar cada domínio em termos de sua relevância em diferentes culturas (equivalência dos itens); a garantia de que a tradução conduz a itens semanticamente equivalentes (equivalência semântica); a garantia de que os métodos de medida são correspondentes entre as culturas (equivalência operacional), e a avaliação de que tais métodos produzem resultados interpretáveis (equivalência funcional).

---

<sup>2</sup> HERDMAN, M.; FOX-RUSHBY, J.; BADIA, X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. **Quality of Life Research**, v. 7, p.323-335, 1998.



Nem sempre todos estes tipos de equivalência são avaliados no processo de adaptação transcultural de instrumentos de medida. A diferença entre os processos é observada desde a etapa de tradução.

A partir da revisão de métodos utilizados na tradução de instrumentos na área de enfermagem, Maneesriwongul e Dixon (2004) constataram uma grande variação na qualidade dos processos usados para a tradução, e observaram que não há um consenso quanto às orientações que devem ser seguidas neste processo. Os projetos de pesquisa revisados pelas autoras foram enquadrados em seis categorias: 1. tradução para a língua alvo somente; 2. tradução e teste; 3. tradução e retro-tradução; 4. tradução, retro-tradução e teste em uma língua; 5. tradução, retro-tradução e teste bilíngüe; 6. tradução, retro-tradução e teste em uma língua e bilíngüe. As categorias revelam níveis crescentes de esforço para se obter versões traduzidas equivalentes. Todavia, pode haver limitações como número insuficiente de tradutores, número insuficiente de participantes bilíngües, restrições econômicas e de tempo que impeçam a realização de procedimentos mais complexos de tradução. Nesses casos, as autoras recomendam que os padrões mínimos que devem ser seguidos na adaptação de instrumentos para outras línguas incluem a retro-tradução e o teste em sujeitos-alvos.

Preocupados com o efeito de diferentes métodos usados na adaptação transcultural na equivalência, validade e fidedignidade dos instrumentos, Perneger et al. (1999) realizaram uma comparação entre duas versões francesas do instrumento de avaliação de qualidade de vida SF-36, traduzidas por métodos diversos. Apesar das diferenças entre as duas versões, os resultados foram significativamente similares e indicaram que ambas as traduções eram de boa qualidade. Esses resultados indicaram que as orientações atuais para traduzir e adaptar instrumentos, ainda não estão suficientemente baseadas em evidências, e são necessárias mais pesquisas sobre esse processo.

Apesar dos autores acima apontarem a inexistência de uma padronização amplamente aceita sobre a metodologia mais adequada para a adaptação transcultural de instrumentos de medida, têm sido freqüentemente referidas as orientações de Beaton et al. (2000).

De acordo com os autores acima, o processo de adaptação transcultural é dividido em seis estágios: 1. tradução, 2. síntese, 3. retro-tradução, 4. revisão por comitê de juízes, 5. pré-teste e 6. submissão e avaliação dos relatórios pelos autores do instrumento ou por comitê de responsáveis.

No primeiro estágio, dois tradutores de perfis diferentes, realizam traduções independentes, que depois são comparadas para que sejam identificadas as discrepâncias ou dificuldades de tradução. Um dos tradutores deve ter conhecimento sobre os conceitos investigados pelo instrumento, a fim de que ele produza uma tradução mais equivalente do ponto de vista clínico; enquanto o outro tradutor, preferencialmente, não deve ter conhecimento sobre os conceitos em estudo, de modo que sua tradução reflita a linguagem usada normalmente pela população. Cada tradutor elabora um relatório de sua tradução, esclarecendo quais itens continham expressões difíceis de traduzir, suas dúvidas e as escolhas realizadas.

No segundo estágio os tradutores e um observador reúnem-se para elaborar uma síntese das traduções. Assim é obtida uma primeira versão traduzida. Esse processo de síntese também é relatado por escrito, sendo registradas as divergências e como elas foram resolvidas.

O terceiro estágio consiste na retro-tradução da versão elaborada no estágio anterior. Novamente, participam do processo pelo menos dois tradutores, de preferência nativos do idioma de origem do instrumento, não informados com relação aos conceitos em estudo e sem formação médica. Essa etapa tem por objetivo validar a versão traduzida em relação a sua

consistência. Através da retro-tradução é possível identificar erros conceituais ou outras imperfeições.

A seguir, no estágio quatro é formado um comitê para revisar todas as versões elaboradas, alcançar um consenso e desenvolver a versão pré-final. O comitê deve incluir metodólogos, profissionais de saúde, profissionais de línguas e os tradutores. Novamente, as discussões e decisões do comitê são documentadas. O comitê deve buscar garantir as equivalências semântica, idiomática, experiencial e conceitual do instrumento, avaliando os itens, as instruções e as opções de resposta. Na versão final, o instrumento deve poder ser compreendido por uma criança de doze anos.

No estágio cinco é realizado o pré-teste, isto é, a versão pré-final do instrumento é aplicada em sujeitos da população para a qual o instrumento se destina. Beaton et al. (2000) recomendam que sejam testados de 30 a 40 pessoas. Os sujeitos, além de responderem o questionário, são indagados sobre sua percepção acerca do significado dos itens e das opções de resposta. Essa etapa é importante para se verificar se a equivalência da versão adaptada mantém-se em uma situação aplicada.

Finalmente, no estágio seis todos os relatórios e formulários são submetidos aos autores do instrumento ou a um comitê de responsáveis pelo projeto de pesquisa, que têm então a possibilidade de verificarem se todas as etapas do processo foram cumpridas. Não cabe a eles fazerem modificações na versão adaptada, uma vez que há razões para crer que uma tradução adequada foi obtida.

Após o processo de adaptação transcultural do instrumento, Beaton et al. (2000) apontam a necessidade de avaliação das propriedades psicométricas do mesmo para se verificar se ele retém as características do instrumento original.

Chwalow (1995), da mesma forma que Beaton et al. (2000), enfatiza que é absolutamente necessário que o instrumento adaptado apresente níveis adequados de validade,

fidedignidade, sensibilidade e especificidade. Entretanto, a autora oferece orientações um pouco diferentes de como o processo de adaptação deve ser realizado. De acordo com ela, este processo inclui uma fase qualitativa e uma fase quantitativa. Na fase qualitativa, são realizadas: a tradução da escala para a língua alvo por um nativo da cultura; a retro-tradução da escala para a língua original por três tradutores bilíngües não familiarizados com a escala; a comparação das três versões com a versão original e a obtenção de um consenso com a colaboração dos autores originais, alcançando uma primeira versão na segunda língua; teste em uma amostra representativa da população-alvo e discussão com os sujeitos sobre o significado e a importância de cada item; produção de nova escala e re-teste até a obtenção da validade de face e de construto. Na fase quantitativa é realizado o teste da versão final em uma amostra de 250 sujeitos representativos da população-alvo e 50 voluntários saudáveis. São então realizadas a análise fatorial, a medida da consistência interna (alfa de Cronbach), o estudo da validade convergente e preditiva e a comparação dos resultados com os publicados para a escala original para verificar se são equivalentes. Essa fase quantitativa corresponde à avaliação das propriedades psicométricas da escala, que indicam se ela atende aos critérios metodológicos necessários a um bom instrumento de medida.

As propriedades psicométricas fundamentais dos instrumentos de medida que devem ser avaliados são a validade e a fidedignidade.

A validade de um instrumento de medida pode ser compreendida como o grau de congruência existente entre a medida e a propriedade do objeto que está sendo medido. Isto é, ela indica se o que está sendo medido é exatamente o que se pretende medir, se há razões para se acreditar que o instrumento mede o construto pretendido e é útil para esse fim (FAYERS; MACHIN, 2000; PASQUALI, 2003). Várias técnicas são utilizadas para viabilizar a demonstração da validade de um instrumento e, essas técnicas podem ser agrupadas em três

classes, de acordo com o modelo trinitário proposto por Cronbach e Meehl<sup>3</sup> (1955 apud PASQUALI, 2003): validade de conteúdo, validade de critério e validade de construto.

A validade de conteúdo indica se o instrumento constitui uma amostra representativa de um universo finito de comportamentos, se os itens são sensíveis e refletem o domínio de interesse (FAYERS; MACHIN, 2000; PASQUALI, 2003; STREINER; NORMAN, 1995). Um instrumento com validade de conteúdo elevada permite que sejam feitas inferências válidas sobre a pessoa avaliada (STREINER; NORMAN, 1995). Para Pasquali (2003), a validade de conteúdo deve ser chamada de análise de construto, uma vez que ela busca verificar se a representação comportamental dos domínios usada no instrumento é adequada.

Validade de construto pode ser definida como a adequação da definição operacional das variáveis que mostra que a medida empregada realmente mede o construto que pretende medir (COZBY, 2003). Construtos são como mini-teorias que explicam o relacionamento entre vários comportamentos e atitudes. Os construtos em si não são observáveis, apenas suas manifestações hipotéticas em termos de comportamentos observáveis da pessoa (STREINER; NORMAN, 1995). Os instrumentos de medida psicológica são agrupamentos de itens que definem comportamentos que supostamente representam construtos hipotéticos. A análise da validade de construto é feita justamente para verificar se os itens ou variáveis são realmente representações válidas de tais construtos.

Para demonstrar a validade do construto, podem ser realizados muitos tipos de análise, entre elas a análise por hipótese, a análise fatorial e a análise da consistência interna (PASQUALI, 2003).

A análise da consistência interna envolve o cálculo das correlações de cada item com o total dos itens, excluindo o item que está sendo analisado, supondo-se que os itens sejam homogêneos e válidos.

---

<sup>3</sup> CRONBACH, L. J.; MEEHL, P. E. Construct validity in psychological testes. **Psychological Bulletin**, v. 52, p. 281 – 302, 1955.

A análise por hipótese está baseada na capacidade do instrumento de discriminar ou prever um critério externo a ele mesmo. Este critério pode ser buscado de várias formas, entre elas salienta-se a técnica da validação convergente-discriminante. De acordo com esta, o instrumento deve apresentar correlação significativa com outras variáveis com as quais o construto supostamente deve estar relacionado e, ao mesmo tempo, não deve apresentar correlação com variáveis das quais ele teoricamente deve diferir (PASQUALI, 2003).

Através da análise fatorial verificam-se quantos construtos comuns são necessários para explicar as covariâncias ou inter-correlações dos itens. Estes construtos comuns consistem nas variáveis-fonte ou traços latentes (dimensionalidades) definidos pela teoria, que o instrumento deve medir através de seu conjunto de itens.

“[...] a validade de construto de um teste é determinada pela grandeza das cargas fatoriais (que são correlações que vão de -1 a +1) das variáveis no fator, sendo aquelas a representação comportamental deste fator, que, por sua vez, é o traço latente para o qual elas foram inicialmente elaboradas como representação empírica (PASQUALI, 2003, p. 174).”

Finalmente, a validade de critério avalia o instrumento comparado com o verdadeiro valor e verifica se a escala tem associação empírica com tais critérios externos, como por exemplo, com outros instrumentos e formas de avaliação de validade reconhecida (FAYERS; MACHIN, 2000). De forma similar, Streiner e Norman (1995) definem validade de critério como a correlação da escala com outra medida da variável em estudo, de preferência um instrumento considerado “padrão ouro”. Por meio da validade de critério é possível saber o grau de eficácia que o instrumento tem em prever um desempenho específico de um sujeito. Este tipo de validação requer que seja definido um critério adequado e que ele seja medido de forma válida e independente do próprio instrumento. Conforme o tempo decorrido entre a coleta de informação pelo instrumento e a coleta de informação sobre o critério, têm-se dois tipos de validade de critério: a validade concorrente - quando a coleta de informação pelo instrumento e a coleta de informação sobre o critério são quase simultâneas; e a validade

preditiva – quando os dados sobre o critério são coletados após a coleta da informação sobre o instrumento. Pasquali (2003) adverte que na falta de instrumentos validados, a utilização da validade concorrente é precária e deve ser evitada.

Como exposto acima, além da validade, a avaliação das propriedades psicométricas de um instrumento de medida não pode deixar de incluir a análise da fidedignidade.

A fidedignidade consiste na capacidade de um instrumento medir sem erros os mesmos sujeitos em ocasiões diferentes, devido à consistência ou estabilidade da medida (COZBY, 2003; FAYERS; MACHIN, 2000; PASQUALI, 2003).

Pode-se estimar a fidedignidade de uma medida através de três tipos de procedimentos de coleta de informação e dois modelos de análises estatísticas dos dados coletados. Entre os delineamentos possíveis estão: 1) uma amostra, um teste, uma ocasião; 2) uma amostra, dois testes e uma ocasião e 3) uma amostra, um teste e duas ocasiões. No primeiro tipo de delineamento, podem ser realizadas a análise estatística das duas metades ou análise pelas técnicas alfa. No segundo tipo de delineamento, é utilizada a correlação entre os testes. E no terceiro tipo de delineamento é realizada a correlação entre os dois conjuntos de dados obtidos nas duas ocasiões de testagem (PASQUALI, 2003).

Para o cálculo da fidedignidade através da análise das duas metades, os itens do instrumento são divididos em duas partes equivalentes (número de itens, nível de dificuldade, nível de discriminação, índice de consistência internas iguais), e é feita a correlação entre os escores totais do indivíduo na primeira e na segunda metade do teste (COZBY, 2003; PASQUALI, 2003).

Entre as técnicas alfa utilizadas para o cálculo da fidedignidade, a mais comum é o alfa de Cronbach. O valor de alfa é obtido por meio do cálculo da média dos coeficientes de correlação de cada item do instrumento com todos os demais itens (COZBY, 2003). O coeficiente alfa varia de 0 a 1, sendo zero indicador da ausência total de consistência interna

dos itens e um indicador de homogeneidade total dos mesmos. De acordo com Pasquali (2003), coeficientes alfa em torno de 0,80 são considerados razoáveis. Coeficientes abaixo de 0,70 não são suficientes para demonstrar a fidedignidade de um instrumento. De forma semelhante, Nunnally e Bernstein<sup>4</sup> (1994 apud TERWEE et al., 2007) estabelecem como critério para avaliação da fidedignidade os seguintes valores: coeficientes entre 0,70 e 0,95 são considerados positivos como indicadores de consistência interna do instrumento.

O cálculo da fidedignidade de um instrumento através da sua comparação com um outro instrumento supõe que os instrumentos sejam paralelos e, portanto, devem produzir os mesmos resultados, descontados os erros de medida. Assim, quando se usa o delineamento de uma amostra e dois testes em uma ocasião, busca-se verificar a correlação entre os dois testes e esta é positiva quando o coeficiente de correlação obtido se aproxima de 1 (PASQUALI, 2003).

O delineamento no qual se realiza a correlação entre dois conjuntos de dados obtidos em duas ocasiões de testagem chama-se fidedignidade do teste-reteste. Os mesmos indivíduos são avaliados com um mesmo instrumento em dois momentos, e os resultados das duas ocasiões de testagem são correlacionados (PASQUALI, 2003).

Um instrumento é considerado fidedigno quanto mais o coeficiente de correlação obtido através dos delineamentos descritos acima se aproxime de 1. (PASQUALI, 2003)

É importante ressaltar que a correlação é afetada tanto pelo tamanho da amostra de sujeitos utilizada quanto pelo número de itens do instrumento, sendo necessário critério para definir estes elementos, para se obter dados válidos.

---

<sup>4</sup> NUNNALLY, J. C.; BERNSTEIN, I. H. **Psychometric theory**. 3<sup>rd</sup> ed. New York: McGraw-Hill, 1994.



## **5 FAMILY DYNAMICS MEASURE II (FDM II)**

A Family Dynamics Measure II é uma versão revisada de uma escala de avaliação do funcionamento familiar construída por um grupo de enfermeiras norte-americanas na década de 80, para ser utilizada na avaliação da dinâmica de famílias em situação de saúde e doença, no âmbito clínico ou de pesquisa (LASKY et al., 1985). O uso do instrumento possibilita a identificação de famílias em situação de risco, o que possibilita a implementação de medidas de intervenção.

O referencial teórico utilizado para a construção da escala foi a teoria do sistema familiar saudável de Barnhill (1979). Essa teoria é o resultado da integração de várias teorias de dinâmica familiar, e é composta por oito dimensões bipolares: 1. individuação – simbiose, 2. mutualidade – isolamento, 3. flexibilidade – rigidez, 4. estabilidade – desorganização, 5. percepção clara – percepção não clara ou distorcida, 6. comunicação clara – comunicação confusa ou distorcida, 7. reciprocidade de papéis – conflito de papéis, 8. limites claros entre as gerações - limites difusos ou perturbados. Na escala, foram empregadas seis dessas dimensões. No quadro 1 são apresentadas as dimensões da teoria do sistema familiar saudável de Barnhill (1979) e os significados de cada uma das dimensões, empregadas na FDM II, numeradas de 1 a 6:

<b>Dimensões Bipolares</b>		
1	<b>Individação</b>	<b>Simbiose (emaranhamento)</b>
	Independência de pensamentos, sentimentos e julgamentos dos membros familiares individuais; Firme senso de autonomia, responsabilidade pessoal, identidade e limites do <i>self</i>	Limites do <i>self</i> pobremente delineados, identidade dependente de outros; Simbiose e fusão do ego
2	<b>Mutualidade</b>	<b>Isolamento</b>
	Senso de proximidade emocional, união ou intimidade que somente é possível entre indivíduos com identidades claramente definidas; Expressa como um sentimento	Alienação ou falta de comprometimento com outros
3	<b>Flexibilidade</b>	<b>Rigidez</b>
	Capacidade de ajustar-se e recuperar-se rapidamente de condições variadas e processos de mudança	Falta de flexibilidade, resposta inapropriada e mal sucedida a circunstâncias variadas; Estereotipia e repetição
4	<b>Estabilidade</b>	<b>Desorganização</b>
	Consistência, responsabilidade e segurança nas interações familiares	Falta de estabilidade ou consistência nas relações familiares; Falta de previsibilidade e responsabilidade
5	<b>Comunicação clara</b>	<b>Comunicação confusa ou distorcida</b>
	Intercâmbio de informações claro e bem sucedido entre os membros da família; Inclui a possibilidade de checagem da comunicação a fim de clarificar o significado e a intenção	Troca vaga ou confusa de informação, comunicação paradoxal (uma parte da mensagem invalida outra parte), ou proibição da checagem de informações
6	<b>Reciprocidade de papéis</b>	<b>Conflito de papéis</b>
	Acordos mútuos sobre padrões de comportamento; Seqüências em que um indivíduo complementa o papel de um parceiro	Falta de acordos claros sobre a complementaridade comportamental entre os membros da família; Papéis não claros ou confusos, ou persistente conflito entre papéis pobremente definidos

**Quadro 1. Dimensões bipolares da dinâmica familiar utilizadas na Family Dynamics Measure II (FDM II), de acordo com Barnhill (1979)**

A escala consiste em um questionário auto-aplicável com afirmações positivas e negativas que se relacionam com a concepção de família enquanto unidade composta por duas ou mais pessoas que moram juntas e têm compromissos entre si, com os critérios de atemporalidade, universalidade, e com os domínios apresentados acima (LASKY et al., 1985). A primeira versão do instrumento (FDM) era composta por 62 itens. Essa versão foi revista em 1993, e foram acrescentados mais 4 itens ao instrumento. A FDM II contém 66 itens listados randomicamente em escala tipo Likert de seis pontos, de “concordo plenamente” a

“discordo plenamente” (MURTONEN et al., 1998). A cópia da escala FDM II original encontra-se no ANEXO A.

Como a escala é bipolar, existem itens considerados positivos e itens considerados negativos. Os itens positivos são os referentes aos pólos positivos das dimensões: Individuação, Mutualidade, Flexibilidade, Estabilidade, Comunicação clara e Reciprocidade de papéis. Os itens negativos são os referentes aos pólos negativos das dimensões: Simbiose, Isolamento, Rigidez, Desorganização, Comunicação confusa ou distorcida e Conflito de Papéis. Para que todos os valores tenham a mesma direção no processo de pontuação dos itens e não ocorra confusão entre os itens positivos e os itens negativos, é realizada uma codificação reversa dos itens negativos. Valores maiores nos itens estão relacionados com dinâmica familiar mais saudável nas dimensões correspondentes. Por outro lado, valores menores nos itens estão relacionados com dinâmica familiar menos positiva nas dimensões correspondentes.

O resultado da escala é obtido através do cálculo dos escores de cada uma das dimensões, e a avaliação da dinâmica familiar é feita a partir dos resultados parciais. Devido ao fato de os escores positivos e negativos cancelarem-se mutuamente, não é significativo calcular um escore total.

A dimensão 1 — Individuação / Simbiose — é composta por 13 itens, sendo 8 itens relativos ao pólo individuação e 5 itens relativos ao pólo simbiose. O escore mínimo é de 13 pontos e o escore máximo é de 78 pontos. Quanto menor o escore, maior a simbiose e quanto maior o escore, maior a individuação. Os itens da versão final em português que compõem esta sub-escala são apresentados no quadro 2:

<b>Pólo</b>	<b>Item</b>
	4
	10
	16
Individuação (positivo)	31
	34
	50
	57
	65
	28
Simbiose (negativo)	38
	39
	52
	60

**Quadro 2. Itens da dimensão 1 - Individuação/Simbiose da FDM II**

A dimensão 2 — Mutualidade / Isolamento — é composta por 11 itens, sendo 6 itens relativos ao pólo mutualidade e 5 itens relativos ao pólo isolamento. O escore mínimo nessa dimensão é de 11 pontos e o escore máximo é de 66 pontos. Quanto menor o escore, maior o isolamento e quanto maior o escore, maior a mutualidade. Os itens que compõem essa sub-escala são apresentados no quadro 3:

<b>Pólo</b>	<b>Item</b>
	3
	14
Mutualidade (positivo)	20
	30
	32
	43
	15
Isolamento (negativo)	18
	45
	55
	56

**Quadro 3. Itens da dimensão 2 - Mutualidade/Isolamento da FDM II**

A dimensão 3 — Flexibilidade / Rigidez — é composta por 10 itens, sendo 4 itens relativos ao pólo flexibilidade e 6 itens relativos ao pólo rigidez. O escore mínimo nessa

dimensão é de 10 pontos e o escore máximo é de 60 pontos. Quanto menor o escore, maior a rigidez e quanto maior o escore, maior a flexibilidade. Os itens que compõem essa sub-escala são apresentados no quadro 4:

<b>Pólo</b>	<b>Item</b>
	1
Flexibilidade (positivo)	26
	35
	41
	8
	11
Rigidez (negativo)	13
	29
	51
	53

**Quadro 4. Itens da dimensão 3 - Flexibilidade/Rigidez da FDM II**

A dimensão 4 — Estabilidade / Desorganização — é composta por 9 itens, sendo 5 itens relativos ao pólo estabilidade e 4 itens relativos ao pólo desorganização. O escore mínimo nessa dimensão é de 9 pontos e o escore máximo é de 54 pontos. Quanto menor o escore, maior a desorganização e quanto maior o escore, maior a estabilidade. Os itens que compõem essa sub-escala são apresentados no quadro 5:

<b>Pólo</b>	<b>Item</b>
	9
Estabilidade (positivo)	17
	44
	58
	64
	27
Desorganização (negativo)	49
	61
	63

**Quadro 5. Itens da dimensão 4 - Estabilidade/Desorganização da FDM II**

A dimensão 5 — Comunicação clara / Comunicação confusa ou distorcida — é composta por 11 itens, sendo 5 itens relativos ao pólo comunicação clara e 6 itens relativos ao

pólo comunicação não clara ou distorcida. O escore mínimo nessa dimensão é de 11 pontos e o escore máximo é de 66 pontos. Quanto menor o escore, maior a comunicação confusa ou distorcida e quanto maior o escore, maior a comunicação clara. Os itens que compõem essa sub-escala são apresentados no quadro 6:

<b>Pólo</b>	<b>Item</b>
	2
Comunicação Clara (positivo)	33
	36
	46
	47
	6
Comunicação confusa ou Distorcida (negativo)	21
	25
	48
	54
	62

**Quadro 6. Itens da dimensão 5 - Comunicação clara/Comunicação confusa ou distorcida da FDM II**

A dimensão 6 — Reciprocidade de papéis / Conflito de papéis — é composta por 12 itens, sendo 6 itens relativos ao pólo reciprocidade de papéis e 6 itens relativos ao pólo conflito de papéis. O escore mínimo nessa dimensão é de 12 pontos e o escore máximo é de 72 pontos. Quanto menor o escore, maior o conflito de papéis e quanto maior o escore, maior a reciprocidade de papéis. Os itens que compõem essa sub-escala são apresentados no quadro 7:

<b>Pólo</b>	<b>Item</b>
	5
Reciprocidade de papéis (positivo)	12
	19
	22
	23
	59
	7
Conflito de Papéis (negativo)	24
	37
	40
	42
	66

**Quadro 7. Itens da dimensão 6 - Reciprocidade de papéis/Conflito de papéis da FDM II**

As informações sobre o sistema de pontuação da escala foram enviadas por Marjorie White, autora da escala, através de mensagem eletrônica (ANEXO B).

Os dados sobre a validade e confiabilidade do instrumento obtidos referem-se às análises feitas sobre a escala em sua primeira versão (FDM). Dados psicométricos originais sobre a FDM II não se encontram publicados, conforme comunicação das autoras. Os dados disponíveis são oriundos de pesquisas que utilizaram a escala.

A validade inicial do instrumento foi verificada através da análise do conteúdo por especialistas; da aplicação do questionário em famílias “normais”, compostas por dois adultos e pelo menos uma criança acima de 12 anos; e da submissão do instrumento a 13 terapeutas familiares (LASKY et al., 1985).

Os especialistas receberam uma lista de definições das dimensões usadas para construção da escala e a eles foi solicitada a categorização dos itens nas várias dimensões, sendo que entre 47% e 98% dos itens foram categorizados corretamente pelos especialistas. Os itens nos quais não houve concordância de pelo menos 80% foram eliminados ou revisados, e novos itens foram desenvolvidos.

A amostra de famílias normais foi composta de universitários e membros de universidades. Os participantes foram solicitados a responder ao questionário e a indicar qualquer dificuldade que tivessem tido com os itens. Foi estabelecido que o item considerado não claro por mais de 40% dos participantes apresentava problema, assim como o item no qual 90% dos sujeitos selecionassem uma resposta extrema. Nenhum item apresentou esta situação. No entanto, dez itens mediam mais de uma dimensão e foram eliminados.

Os terapeutas familiares também receberam as definições das dimensões de Barnhill, e a concordância entre eles de que os itens correspondiam a uma das dimensões apresentadas foi de 54 a 100%. Dois itens foram considerados confusos por 60% dos especialistas. Usando como critério um ponto de corte de 70% de concordância, oito itens tiveram que ser trocados.

Para a análise psicométrica da FDM, a escala foi aplicada em três grupos: famílias “normais”, famílias que tinham vivido o nascimento de um bebê de alto risco e famílias com um membro com doença crônica. O primeiro grupo foi composto por 116 estudantes e pessoas do meio universitário e seus respectivos familiares; o segundo grupo continha 364 pais de bebês de alto risco; e o terceiro grupo foi formado por 144 casais, nos quais um membro do par possuía doença crônica (LASKY et al., 1985).

Os resultados do grupo 1 foram analisados usando-se um programa LIKERT. Os coeficientes alfa de Cronbach obtidos variaram de 0,48 a 0,88 entre as seis dimensões, e a correlação entre as dimensões variou de 0,19 a 0,81. Itens com baixa correlação item-escala (menor do que 0,30), itens que não discriminavam ou com carga elevada em mais de uma categoria foram revisados. Foram adicionados itens à dimensão 1 devido ao alfa de Cronbach baixo (0,48).

Os resultados do grupo 2 foram analisados usando-se um dos testes de Confiabilidade do programa estatístico SPSS. Os coeficientes alfa de Cronbach obtidos nessa amostra variaram de 0,53 a 0,84. Os coeficientes alfa para as dimensões mutualidade/isolamento, comunicação clara/comunicação não clara ou distorcida e reciprocidade de papéis/conflito de papéis foram muito semelhantes aos obtidos na amostra de famílias “normais”. Os coeficientes para estabilidade-desorganização e para flexibilidade/rigidez foram inferiores aos da amostra de famílias “normais”. O coeficiente alfa para a dimensão individuação/simbiose foi baixo, assim como na amostra de famílias “normais”.

Os resultados da amostra 3 também foram analisados através de um dos testes de Confiabilidade do programa estatístico SPSS. Os coeficientes obtidos foram mais inconsistentes comparados com os outros dois grupos. Os coeficientes alfa de Cronbach variaram de 0,46 a 0,88. Novamente, os coeficientes alfa para as dimensões mutualidade/isolamento, comunicação clara/comunicação não clara ou distorcida e



reciprocidade de papéis/conflito de papéis foram muito próximos dos obtidos nos dois outros grupos e o coeficiente mais baixo foi para a dimensão individuação/simbiose (LASKY et al., 1985).

Abaixo, estão expostos os coeficientes alfa de Cronbach para cada dimensão, nas três amostras pesquisadas pelas autoras.

**Tabela 1 - Coeficientes alfa de Cronbach para as sub-escalas da FDM obtidos nas três populações**

Escala	Universitários Normais	Bebês de Alto Risco	Doença Crônica
	(n = 116)	(n = 259)	(n = 144)
Individuação - Simbiose	0,48	0,60	0,46
Mutualidade - Isolamento	0,88	0,84	0,88
Flexibilidade - Rigidez	0,64	0,53	0,61
Estabilidade - Desorganização	0,85	0,72	0,69
Comunicação clara – Comunicação distorcida	0,88	0,83	0,83
Reciprocidade de papéis – Conflito de papéis	0,76	0,77	0,79

Fonte: Lasky et al., 1985, p. 49.

Após o cálculo dos coeficientes alfa, os resultados das amostras de universitários e de famílias com bebês de alto risco foram submetidos a uma análise fatorial usando como procedimento a Rotação Varimax. A rotação ortogonal revelou um fator com valor real de 9,75 e um segundo fator com valor real de 3,33. O primeiro fator continha dez itens com carga acima de 0,50 no fator, e esses itens referiam-se principalmente às dimensões mutualidade/isolamento e comunicação clara/comunicação não clara ou distorcida. O segundo fator continha quatro itens com carga acima de 0,50 no fator e esses se referiam à dimensão estabilidade/desorganização.

Foi ainda realizada uma análise fatorial confirmatória na qual foram especificados seis fatores. Os resultados dessa análise são apresentados na tabela 2:

**Tabela 2 - Resultados obtidos pela análise fatorial da FDM usando populações de alto risco (n = 259) e de universitários (n = 116) realizada pelas autoras**

<b>Fator</b>	<b>Valor real</b>	<b>Porcentagem de Variância</b>	<b>Porcentagem Acumulativa</b>
1	9,75	52,7	52,7
2	3,33	18,0	70,7
3	1,86	10,0	80,7
4	1,38	7,5	88,2
5	1,21	6,5	94,7
6	0,98	5,3	100,0

Fonte: LASKY et al., 1985, p. 50.

Para verificar a influência da idade dos sujeitos sobre suas respostas, foi realizada a comparação das médias dos itens e das dimensões para grupos etários especificados (abaixo de 30 anos, entre 30 e 49 anos, entre 50 e 59 anos e com 60 anos ou acima). Os resultados indicaram que a idade e a presença de doença parecem ter efeito sobre a variação das médias dos itens e das dimensões. No entanto, as análises preliminares não permitem uma interpretação consistente dessas variações. A autora tem acompanhado a utilização da FDM e da FDM II em outras pesquisas a fim de confirmar a validade e a confiabilidade da escala.

A FDM II foi aplicada em pesquisas nos Estados Unidos, na Finlândia, na Suécia e na Dinamarca, inseridas no “United States (US) - Nordic Family Dynamics Nursing Research Project” (HAKULINEN et al., 1997).

Nos Estados Unidos e na Suécia, foram realizadas pesquisas com famílias que estavam tendo seu primeiro ou segundo bebê, com o objetivo de explorar a relação entre a dinâmica familiar, variáveis sócio-demográficas, o apego materno e paterno com o feto e o temperamento do bebê (TOMLINSON et al., 1990; WHITE et al., 1999; WILSON et al., 2000).

Na Finlândia e na Dinamarca foram realizadas pesquisas sobre a dinâmica familiar durante o terceiro trimestre de gravidez de famílias em primeira ou segunda gestação (HALL et al., 1994; HAKULINEN et al., 1997; WHITE et al., 1999).

Também na Finlândia, foram realizadas outras pesquisas utilizando o instrumento com objetivos diferentes. Um dos estudos teve o objetivo de descrever o funcionamento de famílias nas quais um membro tinha câncer (MURTONEN et al., 1998); outro estudo foi com famílias de pacientes com doença mental (KUISMA et al., 1997). Foi desenvolvida uma pesquisa sobre o relacionamento entre o temperamento do bebê, variáveis demográficas e a dinâmica familiar (HAKULINEN et al., 1998) e uma pesquisa sobre a relação entre a dinâmica familiar de famílias com crianças pequenas, fatores de tensão e apoio recebido de enfermeiras (HAKULINEN et al., 1999). Mais recentemente foram realizados estudos sobre a relação entre dinâmica familiar e abuso e negligência contra crianças (WHITE et al., 2003); sobre dinâmica familiar e depressão pós-parto (TAMMENTIE et al., 2004) e dinâmica familiar de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica severa (KANERVISTO et al., 2007).

Embora o instrumento não tenha sido submetido à validação transcultural nos países da Europa, a consistência interna dos itens indica a confiabilidade da escala nas famílias pesquisadas (Alfa de Cronbach entre 0,58 e 0,84), confirmando os resultados obtidos quando o instrumento foi construído (HAKULINEN et al., 1997; HALL et al., 1994; MURTONEN et al., 1998; WILSON et al., 2000).

O quadro 2 apresenta os estudos nos quais foi utilizada a FDM ou a FDM II, publicados entre 1990 e 2007, segundo autores, ano de publicação, país de origem e valores obtidos para o alfa de Cronbach. Estudos que não apresentam o valor médio do alfa de Cronbach obtido não foram incluídos no quadro:

	Autores	Ano de Publicação	País	Alfa de Cronbach
1	Tomlinson, B. et al.	1990	EUA	0,79
2	Hall, E. O. C. et al.	1994	Dinamarca	0,84
3	Hakulinen, T. et al.	1997	Finlândia	0,75
4	Kuisma, M. et al.	1997	Finlândia	0,58 (pacientes) 0,73 (familiares)
5	Murtonen, I. et al.	1998	Finlândia	0,74
6	Wilson, M. E. et al.	2000	Estados Unidos	0,78
7	Tammentie, T. et al.	2004	Finlândia	0,86
8	Kanervisto, M. et al.	2007	Finlândia	0,88

**Quadro 8. Estudos publicados nos quais foram utilizadas a FDM ou FDM II, segundo autores, anos de publicação, país de origem e coeficientes alfa de Cronbach**

Portanto a FDM II, conforme constatado, foi utilizada em pesquisas que avaliaram a dinâmica de famílias em que havia um membro com câncer, em famílias com um membro com doença mental ou outra doença crônica grave, bem como em famílias que estavam vivenciando uma gravidez ou criando filhos pequenos. Em todos os estudos, o instrumento mostrou-se suficientemente confiável quando foi avaliado pela consistência interna de seus itens.

## 6 MÉTODO

### 6.1 Etapas da adaptação transcultural e validação da FDM II – Parte I: Tradução e retro tradução

O interesse pela adaptação para a cultura brasileira da Family Dynamics Measure II partiu de uma equipe de pesquisadores, na qual a autora dessa tese está inserida, que estava em busca de um instrumento de avaliação de funcionamento familiar e tomou conhecimento da existência da FDM II através do artigo sobre funcionamento de famílias de pacientes com câncer, baseado em pesquisa realizada na Finlândia (MURTONEN et al., 1998).

Após várias tentativas, em vão, de contato com a autora principal da escala (Marjorie White), inclusive enviando carta de solicitação de autorização de utilização e adaptação do instrumento no Brasil, as pesquisadoras interessadas mantiveram correspondência com Barnhill (o autor da teoria do sistema familiar saudável (1979), que serviu de base para a construção da FDM II) o qual colaborou na localização da autora principal do instrumento. Uma vez estabelecidos os contatos com a Dra Marjorie White e obtido o consentimento solicitado, a mesma enviou uma cópia original da escala e artigos sobre pesquisas que empregaram a FDM II, realizadas em outros países. No ANEXO C encontra-se a cópia da mensagem eletrônica enviada por Marjorie White na qual ela autoriza a adaptação do instrumento no Brasil.

Para a adaptação transcultural do instrumento, utilizou-se uma combinação de orientações metodológicas (BEATON et al., 2000; CHWALOW, 1995; MANEESRIWONGUL; DIXON, 2004).

De posse da autorização da autora para a adaptação transcultural da escala para o Brasil, teve início o processo de tradução do instrumento. Para tanto, o instrumento foi encaminhado para três tradutores independentes, sendo dois da área de saúde, os quais realizaram a tradução do instrumento do inglês para o português. A equipe se reuniu e discutiu as traduções, chegando a um consenso em relação às divergências entre elas. Desse consenso obteve-se uma versão inicial do instrumento em português (VP1).

A etapa seguinte foi a retro-tradução. Participaram dois tradutores, um deles bilíngüe, de nacionalidade inglesa e residente no Brasil há mais de 20 anos, da área da saúde mental. Eles realizaram a tradução da versão inicial em português para o inglês. As duas retro-traduções foram também submetidas a uma análise e conjuntamente discutidas com os tradutores. Uma vez sanadas as divergências, uma nova versão em inglês foi elaborada (VI2).

A versão traduzida para o inglês foi enviada para a autora, para a análise da equivalência semântica entre as versões. Ela sugeriu modificações em alguns itens.

A equipe se reuniu novamente, discutiu as concordâncias e as divergências entre as traduções, acatando as orientações da autora de forma a alcançar a equivalência semântica entre as versões. Assim, obteve-se uma versão pré-final da escala em português (VP2).

A VP2 foi então submetida à análise da validade de face e de conteúdo através da análise por juízes. Os juízes foram duas profissionais de saúde com experiência com famílias. As pesquisadoras apresentaram aos juízes os conceitos de cada uma das dimensões avaliadas pela escala e exemplificaram os conceitos com recortes de depoimentos de membros de famílias de mulheres com câncer de mama. Em seguida, pediram a elas que, de acordo com as definições apresentadas, colocassem em cada item do instrumento a dimensão que segundo a percepção deles correspondia àquele item. A análise dos juízes não indicou a necessidade de fazer alterações na versão testada, portanto, ela foi mantida inalterada. Uma cópia dessa versão da escala é apresentada no ANEXO F.

O quadro 9 apresenta um esquema das etapas do processo de tradução do instrumento:

<b>Etapas</b>	<b>Passos da adaptação cultural</b>
1	Obtenção da autorização da autora para adaptação do instrumento para o Brasil
2	Tradução do instrumento para a língua portuguesa por três tradutores independentes
3	Revisão da tradução, consenso da equipe e obtenção da primeira versão em português (VP1)
4	Retro-tradução da VP1 por dois tradutores, um deles bilingüe
5	Revisão das retro-traduções, novo consenso da equipe e obtenção de uma nova versão em inglês (VI2)
6	Análise semântica da VI2 pela autora da escala
7	Revisão da VI2 e da VP1, adaptação dos itens conforme as sugestões da autora e obtenção da VP2
8	Submissão da VP2 a comitê de juízes formado por dois profissionais da área de saúde para análise do conteúdo
9	Revisão das análises dos juízes, VP2 mantida inalterada

**Quadro 9. Etapas da tradução da FDM II para o português**

Concluída a etapa de tradução e retro-tradução do instrumento, foram realizadas a análise semântica e a análise face e de conteúdo por juízes.

A análise semântica teve por objetivo verificar se os itens traduzidos eram compreensíveis. Para sua realização, os itens da escala foram submetidos a uma análise de compreensão por uma amostra de familiares de mulheres com câncer de mama.

A análise da validade de face e de conteúdo por juízes é uma forma de análise teórica do construto, e foi realizada com o objetivo de confirmar a adequação dos itens como representantes comportamentais dos construtos teóricos que se desejava avaliar com o instrumento.

Após a análise semântica dos itens, realizou-se a revisão do instrumento e alguns itens foram modificados. A seguir, depois da análise de face e de conteúdo por juízes, a escala foi novamente revista e mais alguns itens foram modificados, dando origem à versão final em

português, que foi aplicada a uma amostra de familiares de mulheres com câncer de mama, e foram testadas suas propriedades psicométricas.

## 6.2 Etapas da adaptação transcultural e validação da FDM II – Parte II: Teste da versão adaptada

Dando continuidade ao processo de adaptação transcultural e validação da escala, foi realizado o teste da versão adaptada da FDM II. Nessa etapa, foram realizadas a análise da validade de construto e a análise da fidedignidade da versão em português da Family Dynamics Measure II aplicada à avaliação da dinâmica familiar de mulheres portadoras de câncer de mama no Brasil.

A análise da validade de construto teve como meta verificar se o instrumento traduzido, em estudo, estava de fato medindo o que se propunha a medir. Nesse trabalho, foram utilizadas estratégias combinadas de análise a fim de se verificar com mais segurança a validade da versão em português da FDM II. Optou-se por realizar a análise fatorial e a análise da validade convergente, utilizando-se para este fim a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS).

Para a análise da fidedignidade, que busca demonstrar a precisão e a estabilidade da medida, optou-se pela técnica da análise da consistência interna do instrumento com o cálculo dos coeficientes alfa de Cronbach.

Os resultados obtidos por essas análises foram comparados com os obtidos na avaliação psicométrica do instrumento original em sua primeira versão (FDM) e com outros estudos em que a FDM II foi empregada.

Neste trabalho serão descritas em detalhes as etapas de adaptação transcultural e validação da FDM II a partir da análise semântica.



### 6.3 Procedimentos éticos

O projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP e para o Comitê de Ética em Pesquisa da Santa Casa de Franca – Hospital do Câncer de Franca. O projeto foi aprovado em ambos os comitês (ANEXOS D e E), e em todas as etapas da pesquisa houve o cuidado com o cumprimento dos referenciais bioéticos básicos de garantia aos participantes da autonomia, da beneficência, da não maleficência e da justiça.

Todos os participantes receberam esclarecimentos sobre os objetivos, os procedimentos da pesquisa e os direitos dos participantes, e assinaram termos de consentimento antes da realização da coleta de dados. Cópias dos termos de consentimento elaborados pela autora e utilizados na pesquisa encontram-se nos Apêndices A, B e C e D.

Após a coleta de dados, a pesquisadora ofereceu aos participantes a oportunidade de falarem sobre as questões levantadas pelos instrumentos ou fazerem perguntas.

### 6.4 Participantes da pesquisa

No estágio da **análise semântica**, participaram nove (9) familiares de mulheres portadoras de câncer de mama. Os critérios utilizados para selecionar os participantes dessa fase da pesquisa eram:

- a) Ser membro de uma família na qual houvesse uma mulher diagnosticada com câncer de mama;
- b) Residir no mesmo domicílio da mulher com diagnóstico de câncer de mama;
- c) Ter dezoito (18) anos ou mais;
- d) Concordar em participar;

e) Ter disponibilidade de tempo para a realização da coleta de dados;

f) Apresentar condições intelectuais, emocionais e físicas adequadas para a compreensão e realização da tarefa requerida.

No estágio da **análise da validade de face e de conteúdo por juízes**, participaram sete profissionais de saúde e dois acadêmicos de psicologia, perfazendo um total de nove participantes. Os profissionais de saúde dividiam-se em cinco psicólogos e duas enfermeiras. Dois psicólogos e uma enfermeira possuíam formação em terapia familiar. Todos os juízes foram selecionados para participar da pesquisa com base no critério de terem experiência e conhecimento de famílias através da atuação profissional ou de pesquisa com essa população.

E no terceiro estágio da pesquisa foi feita a **aplicação do instrumento traduzido** (versão adaptada da FDM II), e para tal fizeram parte da pesquisa 251 familiares de mulheres portadoras de câncer de mama. Nessa etapa foram realizadas as análises psicométricas da versão adaptada: 1) análise da validade de construto por meio da análise fatorial, 2) a análise da validade convergente da versão adaptada da escala FDM II com a HADS, e 3) a análise da fidedignidade por meio do cálculo do alfa de Cronbach. Os critérios utilizados para a seleção dessa amostra foram:

a) Ser membro de uma família na qual houvesse uma mulher diagnosticada com câncer de mama há três meses até cinco anos, ou há mais de cinco anos se a mulher ainda estivesse em tratamento para o câncer de mama;

b) Residir no mesmo domicílio da mulher com diagnóstico de câncer de mama;

c) Ter dezoito (18) anos ou mais;

d) Concordar em participar do estudo;

e) Ter disponibilidade de tempo para a aplicação dos instrumentos;

f) Apresentar condições intelectuais, emocionais e físicas adequadas para a compreensão e realização da tarefa requerida.

## 6.5 Coleta dos dados

A coleta de dados foi organizada em três estágios. No estágio 1 foram realizados os procedimentos para a análise semântica. No estágio 2, foi realizada a análise da validade de face e de conteúdo por juízes. A partir de cada um desses estágios, foi realizada uma revisão dos itens da escala e alguns itens foram modificados. Ao final dos estágios 1 e 2 de coleta de dados, obteve-se uma versão final em português da FDM II adaptada para uso no Brasil. A seguir, essa versão foi submetida à avaliação de suas propriedades psicométricas por uma amostra da população-alvo.

### 6.5.1 Coleta de dados para a análise semântica

A etapa de análise semântica foi realizada no período de abril a junho de 2007. Participaram da análise semântica nove familiares de mulheres portadoras de câncer de mama. Os primeiros dois familiares realizaram a análise numa entrevista em conjunto. Os demais foram entrevistados individualmente. Foi realizado um total de oito entrevistas. Quatro entrevistas para a análise semântica foram realizadas no REMA – Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mastectomizadas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, e quatro foram realizadas no Hospital do Câncer de Franca. Na ocasião da visita das mulheres portadoras de câncer de mama e de seus familiares a esses serviços, eles foram convidados a participar da pesquisa. Com o consentimento da dupla, a entrevista era então realizada no mesmo dia e local, ou era agendada e realizada numa data futura.

Seguindo a orientação de Pasquali (2003), os itens foram apresentados um a um e os participantes foram convidados a reproduzir o conteúdo dos itens. Eles foram também convidados a avaliar se o item era compreensível e a sugerir melhorias, caso eles considerassem o item de

difícil entendimento. A pesquisadora anotava resumidamente os comentários dos participantes a respeito de cada item. Todos os itens foram analisados em todas as entrevistas. Itens que apresentaram problemas de compreensão foram revistos e modificados. Após a análise semântica, foi realizada a análise da validade de face e de conteúdo por juízes.

#### 6.5.2 Coleta de dados para a análise da validade de face e de conteúdo por juízes

A análise do conteúdo por juízes foi feita de forma semelhante à que foi realizada para a escala original. Nove participantes (terapeutas de família, psicólogos, enfermeiros e graduandos em psicologia) fizeram parte dessa etapa, que foi realizada em junho de 2007. Os juízes foram selecionados pelo critério de experiência e conhecimento de famílias, seja através de atuação profissional, ensino ou pesquisa. Eles receberam uma lista impressa com as definições das dimensões avaliadas pelo instrumento, e foram convidados a categorizar os itens da escala nas dimensões correspondentes, assinalando as categorias numa tabela. Os juízes tiveram um prazo de até vinte dias para concluir essa análise. Ao fim desse prazo, o material de análise foi devolvido. Os itens foram examinados em termos da frequência de concordância com que os juízes procediam à categorização de cada um de forma semelhante à feita pelas autoras do instrumento (APÊNDICE E).

#### 6.5.3 Coleta de dados para a análise das propriedades psicométricas do instrumento: validade de construto e fidedignidade

A validade de construto foi avaliada pela análise fatorial e pela análise da validade convergente da FDM II com a HADS.

Para a análise fatorial, a análise de validade convergente e para a análise da fidedignidade, foram realizadas as aplicações da versão adaptada da FDM II, da Escala de

Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS) e de uma ficha de identificação sócio-demográfica do participante e de seu familiar portador de câncer de mama, através de uma entrevista, em uma amostra de 251 familiares de mulheres portadoras de câncer de mama.

A aplicação dos instrumentos foi feita no período de julho a dezembro de 2007. Mulheres com câncer de mama usuárias dos serviços do REMA - Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mastectomizadas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e do Hospital do Câncer de Franca foram contatadas e lhes explicado os objetivos e a forma de participação na pesquisa. Com o seu consentimento, as mulheres ou a pesquisadora convidavam os familiares para participarem. As entrevistas foram agendadas previamente após confirmação do interesse e da disponibilidade dos familiares em participar e realizadas em horários e locais convenientes e adequados para os participantes, sendo ora no domicílio, ora nas dependências da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP ou no Hospital do Câncer de Franca.

As entrevistas tiveram como foco a aplicação dos instrumentos. Houve uma conversa introdutória na qual a pesquisadora explicou aos participantes os objetivos e os procedimentos da pesquisa, bem como os informou sobre o direito de desistirem da participação a qualquer momento do desenvolvimento da pesquisa, assegurando anonimato e a privacidade, conforme normas regulamentadoras de pesquisa com seres humanos, contidas na resolução 196/96 do MS/CONEP. Após os esclarecimentos necessários e a assinatura dos termos de consentimento pelo familiar e pela mulher portadora de câncer de mama, foram aplicados os demais instrumentos (ficha de identificação sócio-demográfica do familiar e da mulher portadora de câncer de mama, versão final da FDM II e HADS). Algumas entrevistas foram realizadas com o familiar na presença da mulher portadora de câncer de mama, enquanto outras foram realizadas com o familiar sozinho. Essa escolha foi feita pelos próprios entrevistados.

Embora as escalas utilizadas sejam auto-aplicáveis, optou-se pela aplicação pela própria pesquisadora em função do nível educacional da população brasileira, como também para assegurar que nenhum item deixasse de ser respondido.

## 6.6 Instrumentos de coleta de dados

Para a identificação sócio-demográfica do participante e de seu familiar portador de câncer de mama, foi elaborada uma ficha contendo os itens: parentesco (esposo, filho, filha, irmã, irmão, mãe, pai ou outro); idade; estado civil, escolaridade; ocupação do familiar; e idade; estado civil; tempo de diagnóstico; tratamentos realizados (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia); recorrência da doença; histórico de câncer de mama na família da portadora de câncer de mama. Foram ainda incluídas informações sobre o número de membros da família, considerando a família nuclear, e número de familiares residentes no mesmo domicílio (APÊNDICE F).

Após o preenchimento da ficha de identificação sócio-demográfica do familiar e da mulher portadora de câncer de mama, foi aplicada a versão adaptada da FDM II. Como mencionado anteriormente, a FDM II é uma escala composta por 66 itens que avalia as dimensões bipolares do funcionamento familiar: individuação-simbiose, mutualidade-isolamento, flexibilidade-rigidez, estabilidade-desorganização, comunicação clara-comunicação confusa ou distorcida e reciprocidade de papéis-conflito de papéis. Os itens são afirmativas positivas e negativas acerca de aspectos do relacionamento familiar que representam as dimensões acima. O participante é convidado a escolher uma de seis possibilidades de resposta, numa escala tipo Likert, que tem como opções: concordo plenamente, concordo, concordo mais do que discordo, discordo mais do que concordo, discordo e discordo plenamente. Itens referentes ao pólo negativo das dimensões são codificados reversamente. Os escores são calculados para cada uma das dimensões. Valores mais elevados significam melhor funcionamento familiar.

Para a análise da validade de construto convergente, foi aplicada a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS), construída por Zigmond e Snaith<sup>5</sup> (1983 apud BOTEGA et al., 1995) e adaptada para o português por Botega et al. (1995). A HADS é uma escala primariamente desenvolvida para ser aplicada em pacientes de hospital geral e destina-se a detectar graus leves de transtornos afetivos. É composta por duas sub-escalas para ansiedade e depressão, com sete itens cada, totalizando quatorze questões de múltipla escolha. Cada questão possui quatro possibilidades de resposta cuja pontuação varia de 0 a 3. O paciente é convidado a responder as questões baseando-se em como se sentiu durante a última semana (BOTEGA et al., 1995). Um escore igual a 8 é recomendado como ponto de corte para identificação de casos de ansiedade ou depressão clinicamente significantes (IVARSSON et al., 2005). A HADS foi traduzida para o português com o consentimento dos autores da mesma e está sendo utilizada em outras pesquisas. A escolha deste instrumento para análise da validade convergente tem como hipótese de base a expectativa de que pessoas clinicamente ansiosas ou deprimidas devem fazer uma avaliação menos positiva do funcionamento de suas famílias, ou seja, a correlação entre ansiedade e depressão com a saúde do funcionamento familiar deve ser pelo menos moderada e negativa. No ANEXO G encontra-se uma cópia da HADS.

## 6.7 Processamento e análise dos dados

O procedimento de análise dos resultados consistiu de cinco etapas.

A etapa 1 consistiu na revisão da primeira parte do processo de tradução e adaptação cultural da escala, com especial atenção às modificações da versão retro-traduzida a partir das sugestões da autora do instrumento.

---

<sup>5</sup> ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. The hospital anxiety and depression scale. **Acta Psychiatrica. Scandinavica.**, v. 67, p. 361-370, 1983.

Na etapa 2, referente à análise semântica, foi realizada a caracterização das mulheres portadoras de câncer de mama e de seus familiares participantes do estudo, e o levantamento dos itens nos quais os participantes tiveram dúvidas ou sugeriram alterações para melhorar a compreensão dos mesmos. Tais itens foram comparados com os itens considerados pela autora como não equivalentes após a retro-tradução, para se verificar a possibilidade de haver maior frequência de dúvida nestes itens. Alguns itens nos quais ocorreram dúvidas ou foram dadas sugestões de mudança pelos participantes da análise semântica foram revisados e modificados

A etapa 3 referiu-se à análise dos dados resultantes da análise de face e de conteúdo por juízes. Verificou-se a concordância dos juízes com as autoras nas dimensões correspondentes a cada item do instrumento, conforme categorização original das autoras. Foram ainda consideradas as sugestões dos juízes quanto à correção ortográfica das afirmativas dos itens. Novamente foram feitas mudanças em alguns itens, de tal forma que eles se tornassem mais adaptados culturalmente e corretos do ponto de vista gramatical. Assim obteve-se a versão final adaptada da FDM II.

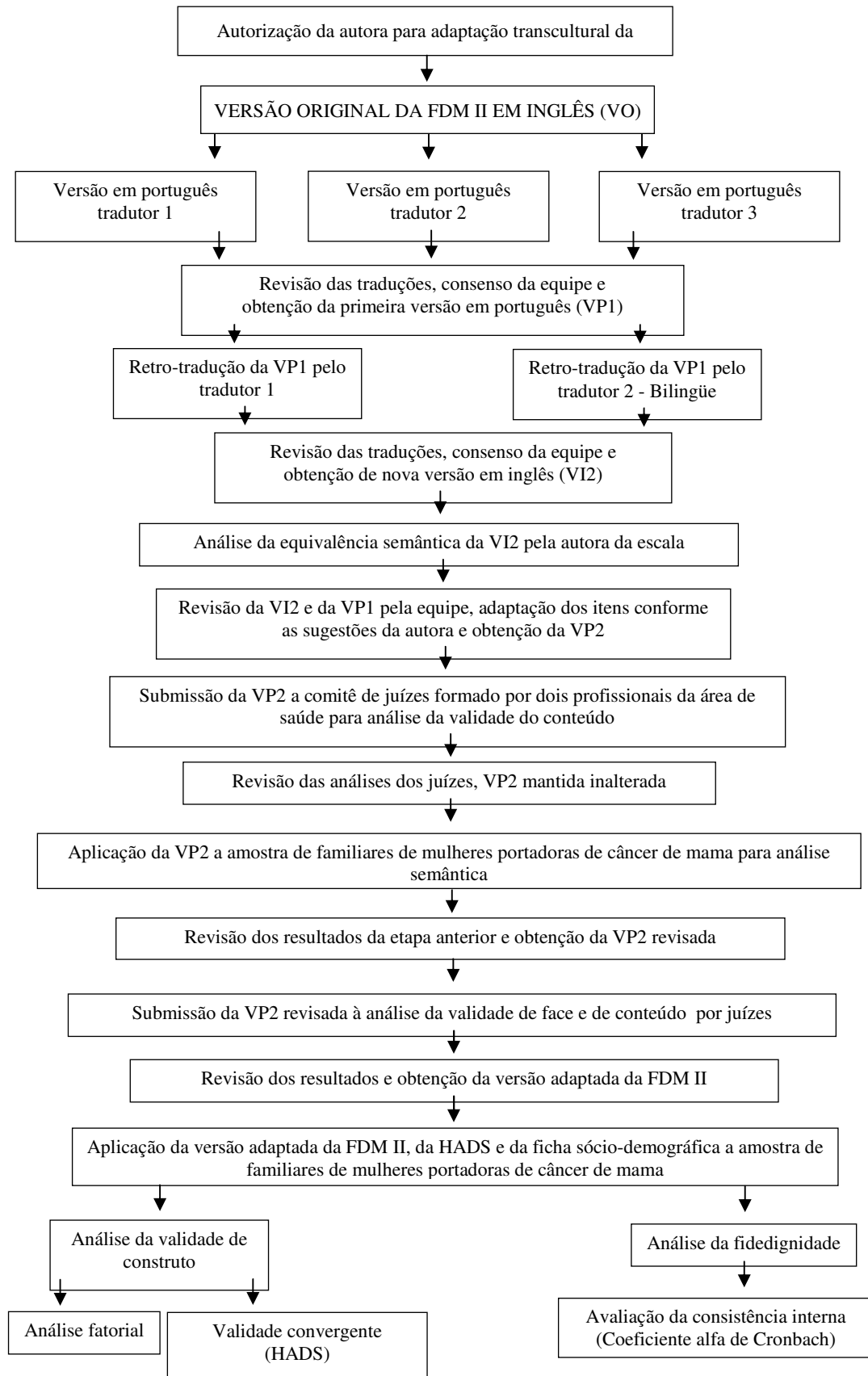
A quarta etapa de análise focalizou o teste da versão final da FDM II. Nesta etapa utilizou-se a estatística descritiva tanto para a caracterização da amostra quanto para o cálculo dos valores de média, mediana, desvio-padrão e amplitude de variação da FDM II. A seguir, foram calculadas as frequências das respostas aos itens da escala, organizados por dimensões.

Na quinta e última etapa de análise dos resultados, foram realizados: cálculo do coeficiente alfa de Cronbach para verificação da consistência interna dos itens; análise fatorial através do método de rotação VARIMAX para análise da validade de construto; e cálculo do Coeficiente de Correlação de Spearman para análise da validade convergente entre a FDM II e a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS). Para os valores de alfa de Cronbach foram considerados aceitáveis valores iguais ou maiores do que 0,70 (ANDRESEN, 2000;



NUNNALLY, J. C.; BERNSTEIN, I. H., 1994 apud TERWEE et al., 2007; PASQUALI, 2003); na análise fatorial, estabeleceu-se como aceitáveis cargas fatoriais iguais ou maiores do que 0,30; e no cálculo da correlação das medidas da HADS com as medidas da versão adaptada da FDM II, considerou-se satisfatório correlações iguais ou maiores do que 0,30 (AJZEN; FISHBEIN, 1998; ANDRESEN, 2000), com nível de significância de 0,05.

A Figura 1 apresenta esquematicamente a trajetória do processo de adaptação transcultural do FDM II para a cultura brasileira.



**Figura 1. Etapas da adaptação transcultural e validação da FDM II**

## 7 RESULTADOS

### 7.1 Relacionados às etapas de adaptação transcultural da FDM II

#### 7.1.1 - Tradução

O processo de tradução da FDM II para o português envolveu a tradução, a retro- tradução, a análise da equivalência semântica pela autora da escala e a análise do conteúdo por juízes.

A tradução da versão original para o português foi realizada por três tradutores independentes, dois deles da área de saúde. As versões traduzidas foram submetidas à análise e, por meio de consenso, a equipe obteve a primeira versão em português da escala (VP1). A VP1 foi encaminhada para dois tradutores bilíngües, que realizaram a retro- tradução da escala para o inglês. Novamente, a equipe reuniu-se para analisar as duas versões retro- traduzidas e obteve, por consenso, a versão em inglês 2 (VI2).

A versão traduzida para o inglês foi enviada para a autora para a análise da equivalência semântica. Ela sugeriu adaptações nos itens 3, 21, 24, 28, 32, 34, 49, 54. No quadro 10 são apresentadas as considerações da autora acerca desses itens:

<i>No. dos Itens</i>	<i>Item retro-traduzido</i>	<i>Sugestões para adaptação</i>
3	I look for other people	O significado original tem a ver com proximidade emocional e é quase “cuidar”, “dar atenção especial” a alguém da família
21	I think that we do not talk about real subjects	“Real subjects” é um pouco diferente de “real issues”. O item faz parte da dimensão comunicação não clara ou distorcida e significa que as pessoas evitam conversar sobre assuntos que a família precisa discutir, sugerindo que há áreas problemáticas
24	I manage not to abandon the bad jobs	Não fica clara a noção de que alguém dá os piores trabalhos para o indivíduo. Poderia ser traduzido para “Eu fico com os piores trabalhos?”
28	Hopefully I like the same food as everyone else	É mais próximo de “Eles querem que eu goste das mesmas comidas”
32	I have a sensation of intimacy	“Sentimento” é melhor do que “sensação de”
34	I strengthen myself alone	Há uma palavra para “se defender” em português?
49	It seems that something is going wrong all the time	Da forma como está colocado poderia ser entendido como “neste momento”, e o sentido real é de algo crônico na família
54	It is difficult to say what I intend to do	O significado transcende “fazer coisas”, também comunica como a pessoa se sente. Talvez fique mais claro dizer “o que eu pretendo” ou “como me sinto”

**Quadro 10. Itens retro-traduzidos para os quais a autora principal enviou sugestões para adaptação**

A equipe re-avaliou as versões traduzidas e retro-traduzidas, considerando as sugestões da autora, e realizou adaptações nos itens para alcançar a equivalência semântica, obtendo a VP2.

A VP2 foi encaminhada para dois juízes com experiência com famílias, para a análise do conteúdo. De todos os itens houve somente duas discordâncias em relação à dimensão correspondente ao item, sendo que tais discordâncias não se referiam ao mesmo item entre os dois juízes. Assim, foi considerado válido e equivalente o conteúdo da versão em português da Family Dynamics Measure II e foi mantida inalterada a VP2. A seguir, a VP2 foi submetida às próximas etapas da adaptação e validação do instrumento.

### 7.1.2 Análise semântica

Inicialmente a FDM II – VP2 foi submetida à análise semântica por uma amostra de nove familiares de mulheres portadoras de câncer de mama. A caracterização das mulheres portadoras de câncer de mama cujos familiares participaram da análise semântica é apresentada na tabela 3.

**Tabela 3 – Distribuição das mulheres com câncer de mama cujos familiares participaram da análise semântica, segundo idade, estado civil, tempo de diagnóstico, tratamentos, recorrência da doença e histórico familiar de câncer de mama**

Variável	n (%)	Média (DP)	Mediana	Amplitude de variação
Idade	9 (100)	56,44 (13,38)	58	38 - 72
Estado civil				
Casada	8 (88,9)			
Separada	1 (11,1)			
Tempo de diagnóstico (meses)	9 (100)	11,11 (8,22)	8	3 - 24
Tratamentos				
Cirurgia	8 (88,9)			
Quimioterapia	8 (88,9)			
Radioterapia	4 (44,4)			
Hormonioterapia	5 (55,6)			
Recorrência doença	3 (33,3)			
Histórico familiar de câncer de mama	2 (22,2)			
Constituição familiar				
Nº de membros	9 (100)	4,44 (0,73)	4	4 - 6
Mesmo domicílio	9 (100)	3,55 (0,88)	4	2 - 5

As idades das mulheres portadoras de câncer de mama cujos familiares participaram da análise semântica variaram entre 38 e 72 anos (média = 56,44; DP = 13,38; mediana = 58). A maioria das mulheres era casada (8; 88,9%). O tempo médio de diagnóstico do câncer de mama foi de 11,11 meses (DP = 8,22; mediana = 8), sendo três meses o menor tempo e vinte e quatro meses o maior. Oito mulheres (88,9%) realizaram tratamento cirúrgico para o câncer de mama; oito foram submetidas a quimioterapia (88,9%); quatro fizeram radioterapia (44,4%) e cinco estavam fazendo hormonioterapia (55,6%).

Houve a recorrência da doença em forma de recidiva ou metástase em 3 mulheres (33,3%). Duas mulheres (22,2%) tinham histórico familiar de câncer de mama.

As famílias das mulheres dos participantes eram compostas por 4,44 (DP = 0,73) membros, em média, e moravam no mesmo domicílio uma média de 3,55 (DP = 0,88) pessoas.

A caracterização sócio-demográfica dos familiares que participaram da análise semântica encontra-se na Tabela 4.

**Tabela 4 - Distribuição dos participantes da análise semântica, segundo parentesco com a mulher portadora de câncer de mama, estado civil, escolaridade e profissão**

Variável	n (%)
Parentesco	
Marido	5 (55,6)
Filho	1 (11,1)
Filha	2 (22,2)
Outro	1 (11,1)
Estado civil	
Solteiro	2 (22,2)
Casado	7 (77,8)
Escolaridade	
Ens. Fund. Incompl.	1 (11,1)
Ens. Med. Compl.	5 (55,6)
Superior Compl.	3 (33,3)
Profissão	
Gerente	1 (11,1)
Profissional das ciências e das artes	1 (11,1)
Trabalhadores de serviços, vendedores de comércio, em lojas e mercados	2 (22,2)
Produção de bens e serviços industriais	1 (11,1)
Aposentados	3 (33,3)
Do lar	1 (11,1)

Na etapa de análise semântica, houve a participação predominante de maridos (5; 55,6%), seguida da participação de filhas (2; 11,1%). As idades dos participantes variaram entre 26 a 79 anos (média = 47,11; DP = 19,99; mediana = 38). 77,8% dos participantes eram casados, a maioria possuía ensino médio completo (5; 55,6%), e nível de escolaridade superior foi referido por 3; 33,3%. Três participantes (33,3%) eram aposentados. Os demais trabalhavam em profissões diversas, desde níveis mais simples (trabalhadores de serviços, vendedores de comércio em lojas e mercados – 2; 22,2%) até gerentes (1; 11,1%). Um participante não desempenhava atividade profissional (do lar – 1; 11,1%).

Na análise semântica, os itens foram lidos para os participantes e a eles foi solicitado que reproduzissem o conteúdo do item, avaliassem se o mesmo era compreensível e dessem sugestões para torná-lo mais claro. Os itens nos quais houve dificuldade de compreensão são apresentados na tabela 5.

**Tabela 5 - Distribuição dos itens com dificuldade de compreensão de acordo com os participantes da análise semântica**

<b>Itens</b>	<b>Nº entrevistas (%)</b>	<b>Dúvidas</b>
1. Em minha família as atividades podem ser mudadas	7 (87,5)	Quais atividades o item refere?
3. Em minha família eu cuido dos outros	2 (25,0)	Refere-se às pessoas que moram na mesma casa?
4. Em minha família eu tenho um lugar para as minhas próprias coisas	2 (25,0)	Posses de cada um? Que tipo de coisa?
5. Em minha família nós concordamos com a maneira pela qual a tarefa é dividida	1 (12,5)	Qual tarefa?
9. Em minha família eu não sei o que posso esperar de um dia para o outro	1 (12,5)	Pergunta indefinida
10. Em minha família eu tomo minhas decisões sozinha	1 (12,5)	Decisões pessoais ou que envolvem a paciente?
14. Em minha família eu percebo uma sensação de aconchego	3 (37,5)	O que significa aconchego?
22. Em minha família outros oferecem ajuda nas minhas tarefas	1 (12,5)	Que tipo de ajuda?
29. Em minha família eu me atendo às minhas rotinas diárias	3 (37,5)	Obrigações ou diversões? Atendo = faço?
32. Em minha família eu tenho um sentimento de intimidade	3 (37,5)	Ficar sentido? Intimidade?
34. Em minha família eu me protejo por conta própria	1 (12,5)	Qual o sentido de proteger?
37. Em minha família preciso lembrar os outros para fazerem suas tarefas	2 (25,0)	Que "outros"? Lembrar o quê?
43. Em minha família eu sinto um sentimento de união	1 (12,5)	Fica sentido?
44. Em minha família eu sei o que posso esperar dos outros membros	2 (25,0)	Quem incluir? Qual o sentido?
52. Em minha família eu deixo que os outros decidam por mim	1 (12,5)	Outros quem?
58. Em minha família nós sabemos como alcançar os membros da família se necessário	2 (25,0)	Chegar a eles? Não entendeu
63. Em minha família eu não sei o que se espera de um dia para o outro	1 (12,5)	O que se espera em relação a quê?

A Tabela 6 apresenta os itens para os quais foram dadas sugestões de melhoria para a compreensão dos mesmos pelos participantes da análise semântica.

**Tabela 6 - Distribuição dos itens para os quais foram dadas sugestões de melhoria de acordo com os participantes da análise semântica**

Itens	Nº entrevistas (%)	Dúvidas
15. Em minha família eu guardo os sentimentos comigo mesma	1 (12,5)	Soa estranho, tirar o “em minha família”
16. Em minha família eu permito aos outros saberem o que eu quero	1 (12,5)	A palavra “permitir” parece autoritária
20. Em minha família, quando eu me sinto triste alguém me consola	1 (12,5)	Substituir “consola” por “dá carinho, atenção”
29. Em minha família eu me atenho às minhas rotinas diárias	1 (12,5)	Trocar a palavra “atenho”
31. Em minha família me é permitido ter minhas opiniões próprias	1 (12,5)	Substituir por “é permitido que eu tenha”
32. Em minha família eu tenho um sentimento de intimidades	1 (12,5)	Substituir por “eu tenho intimidade”
40. Em minha família outros esperam que eu me comporte de maneiras com as quais eu não concordo	1 (12,5)	Substituir “eu não concordo” por “eu não aceito”
47. Em minha família, quando há um mal entendido nós conversamos sobre o assunto até clareá-lo	1 (12,5)	Substituir “clareá-lo” por “esclarecê-lo”
50. Em minha família eu tenho um lugar onde eu posso ficar sozinho	1 (12,5)	Ficaria melhor “em meu lar...”
54. Em minha família é difícil dizer o que eu pretendo	2 (25,0)	Substituir “pretendo” por “quero”

Nessa etapa do processo de adaptação cultural, entre os 66 itens que compõem a FDM II, houve dificuldade de compreensão em 17 itens (26%) e foram dadas sugestões para modificação de 10 itens (15%). O item 1 obteve maior frequência de dúvidas, tendo sido questionado em sete das oito entrevistas realizadas (87,5%). Para a afirmativa do item 1 “Em minha família as atividades podem ser mudadas” a maioria dos entrevistados questionou sobre quais atividades a afirmativa se referia. É possível que tenha havido maior frequência de dúvida nesse item por ele ser o primeiro do instrumento e os participantes estarem se acomodando à tarefa proposta. Os itens 14, 29 e 32 foram questionados por três participantes (37,5%). No item 14 “Em minha



família eu percebo uma sensação de aconchego” houve dúvida em relação ao vocábulo “aconchego”. No item 29, “Em minha família eu me atendo às minhas rotinas diárias”, houve dúvida em relação ao termo “atendo” e em relação ao tipo de atividade rotineira às quais o item se refere como, por exemplo, obrigações e/ou diversões. E no item 32 “Em minha família eu tenho um sentimento de intimidade”, houve dúvida em relação ao termo “intimidade”, em relação ao sentido geral da frase (ficar sentido, chateado, aborrecido) e houve uma sugestão para simplificá-la (em minha família eu tenho intimidade).

No quadro 11 é apresentada a relação dos itens da FDM II - VP2 em que ocorreram dúvidas ou questionamentos durante a análise semântica segundo as dimensões da escala FDM II.

Dimensões	Itens
1 Indivuação/Simbiose	4. Em minha família eu tenho um lugar para as minhas próprias coisas 10. Em minha família eu tomo minhas decisões sozinho 16. Em minha família eu permito aos outros saberem o que eu quero 31. Em minha família é-me permitido ter minhas próprias opiniões 34. Em minha família eu me protejo por conta própria 50. Em minha família eu tenho um lugar onde eu posso ficar sozinho 52. Em minha família eu deixo que os outros decidam por mim
2 Mutualidade/Isolamento	3. Em minha família eu cuido dos outros 14. Em minha família eu percebo uma sensação de aconchego 15. Em minha família eu guardo os sentimentos comigo mesmo 20. Em minha família, quando eu me sinto triste alguém me consola 32. Em minha família eu tenho um sentimento de intimidades 43. Em minha família eu sinto um sentimento de união
3 Flexibilidade/Rigidez	1. Em minha família as atividades podem ser mudadas 29. Em minha família eu me atendo às minhas rotinas diárias
4 Estabilidade/Desorganização	9. Em minha família eu sei o que posso esperar de um dia para o outro 44. Em minha família eu sei o que posso esperar dos outros membros 58. Em minha família nós sabemos como alcançar os membros da família se necessário 63. Em minha família eu não sei o que se espera de um dia para o outro
5 Comunicação clara/ Comunicação confusa ou distorcida	47. Em minha família quando há um mal entendido nós conversamos sobre o assunto até clareá-lo 54. Em minha família é difícil dizer o que eu pretendo
6 Reciprocidade de papéis/Conflito de papéis	5. Em minha família nós concordamos com a maneira pela qual a tarefa é dividida 22. Em minha família outros oferecem ajuda nas minhas tarefas 37. Em minha família preciso lembrar os outros para fazerem suas tarefas 40. Em minha família outros esperam que eu me comporte de maneiras com as quais eu não concordo

**Quadro 11. Relação dos itens com dificuldade de compreensão ou com sugestões de modificação durante a análise semântica, segundo as dimensões do instrumento FDM II - VP2**

Houve mais dúvidas e questionamentos de itens da dimensão 1 – Individualização/Simbiose, e menos dúvidas e questionamentos de itens das dimensões 3 – Flexibilidade/Rigidez e 5 – Comunicação clara/Comunicação confusa ou distorcida. Provavelmente houve mais dúvida na dimensão 1 por se tratar de aspectos mais subjetivos do funcionamento familiar, em comparação com as dimensões 3 e 5.

A partir da análise semântica dos itens, foi feita uma revisão do instrumento e alguns itens foram modificados. As alterações realizadas são apresentadas no quadro 12. Todos os itens são iniciados com a frase “Em minha família...”.

Item	VP 2	VP2 – Revisão 1
1	As atividades podem ser mudadas	As atividades do dia-a-dia podem ser mudadas
5	Nós concordamos com a maneira pela qual a tarefa é dividida	Nós concordamos com a maneira pela qual as tarefas são divididas
10	Eu tomo minhas decisões sozinha	Eu tomo minhas decisões por conta própria
16	Eu permito aos outros saberem o que eu quero	Eu deixo os outros saberem o que eu quero
22	Outros oferecem ajuda nas minhas tarefas	Os outros oferecem ajuda nas minhas tarefas
29	Eu me atendo às minhas rotinas diárias	Eu me limito às minhas rotinas diárias
31	É-me permitido ter minhas próprias opiniões	É permitido que eu tenha minhas próprias opiniões
32	Eu tenho um sentimento de intimidade	Eu tenho intimidade
40	Outros esperam que eu me comporte de maneiras com as quais eu não concordo	Os outros esperam que eu me comporte de maneiras com as quais eu discordo
43	Eu tenho um sentimento de união	Eu tenho a sensação de união
47	Quando há um mal entendido, nós conversamos sobre o assunto até clareá-lo	Quando há um mal entendido, nós conversamos sobre o assunto até esclarecê-lo
54	É difícil dizer o que eu pretendo	É difícil dizer o que eu quero falar
58	Nós sabemos como alcançar os membros da família se necessário	Nós sabemos como entrar em contato com os membros da família se necessário
63	Eu não sei o que se espera de um dia para o outro	Eu não sei o que esperar de um dia para o outro

**Quadro 12. Itens revisados e modificados após a análise semântica**

Como se observa, os itens 3, 4, 9, 14, 15, 20, 34, 37, 44, 50 e 52, questionados pelos participantes na análise semântica não foram modificados. A pesquisadora avaliou as dúvidas e sugestões dadas e julgou que em alguns casos não havia termos mais apropriados que

mantivessem o mesmo significado da frase, e em alguns casos, a dúvida não expressava a percepção do grupo, mas era restrita a um ou outro participante.

### 7.1.3 Análise da validade de face e de conteúdo por juízes

Paralela à análise semântica, foi realizada a análise da validade de face e de conteúdo por juízes. Verificou-se se os juízes categorizaram os itens nas mesmas dimensões definidas pelas autoras do instrumento. Considerando a concordância dos juízes com as autoras na categorização dos itens por dimensão da escala, foram elaborados os quadros 13, 14, 15, 16, 17 e 18.

Pólo	Item	Freq. (n=9)	%
Individação (positivo)	4	7	77,8
	10	7	77,8
	16	1	11,1
	31	9	100
	34	2	22,2
	50	8	88,9
	57	8	88,9
	65	9	100
Média pólo individuação			70,84
Simbiose (negativo)	28	5	55,6
	38	6	66,7
	39	5	55,6
	52	8	88,9
	60	9	100
Média pólo simbiose			73,36
Média dimensão			71,81

**Quadro 13. Concordância dos juízes com as autoras nos itens da dimensão 1 - Individação/Simbiose da versão adaptada da FDM II**

Na dimensão 1 – Individação – Simbiose, houve 100% de concordância dos juízes com as autoras da escala nos itens 31, 60 e 65. No item 16 houve o índice de concordância mais baixo (11,1%). A média de concordância dos juízes com as autoras nessa dimensão foi

de 71,81%, com intervalo entre 11,1% e 100%. A média de concordância no pólo Individualização foi igual a 70,84% e no pólo Simbiose foi igual a 73,36%.

Pólo	Item	Freq. (n=9)	%
Mutualidade (positivo)	3	3	33,3
	14	9	100
	20	8	88,9
	30	9	100
	32	6	66,7
	43	9	100
Média pólo mutualidade			81,48
Isolamento (negativo)	15	8	88,9
	18	8	88,9
	45	8	88,9
	55	5	55,6
	56	6	66,7
Média pólo isolamento			77,8
Média dimensão			79,81

**Quadro 14. Concordância dos juízes com as autoras nos itens da dimensão 2 - Mutualidade/Isolamento da versão adaptada da FDM II**

Na dimensão Mutualidade/Isolamento, a concordância dos juízes com as autoras variou entre 33,3% e 100%, sendo que o máximo de concordância (100%) ocorreu nos itens 14, 30 e 43; e o mínimo (33,3%) ocorreu no item 3, todos eram itens do pólo mutualidade. O limite mínimo de concordância ocorrido nessa dimensão foi o mais elevado de todas as dimensões. A média de concordância nessa dimensão correspondeu a 79,81%, a maior de todas as dimensões. No pólo Mutualidade, a média de concordância foi igual a 81,48%, enquanto no pólo Isolamento foi de 77,8%.

Pólo	Item	Freq. (n=9)	%
Flexibilidade (positivo)	1	9	100
	26	4	44,4
	35	8	88,9
	41	6	66,7
Média pólo flexibilidade			75,0
Rigidez (negativo)	8	9	100
	11	6	66,7
	13	9	100
	29	0	0
	51	9	100
	53	9	100
Média pólo rigidez			77,78
Média dimensão			76,67

**Quadro 15. Concordância dos juízes com as autoras nos itens da dimensão 3 - Flexibilidade/Rigidez da versão adaptada da FDM II**

Nessa dimensão Flexibilidade/Rigidez, houve um item no qual nenhum juiz concordou com as autoras em relação à categorização do item: item 29. Parte dos juízes categorizou o item na dimensão Isolamento e parte na dimensão Estabilidade. Por outro lado, em todos os demais itens houve concordância igual ou superior a 44,4%, sendo que nesta dimensão houve o maior número de itens com concordância de 100% (5). A média de concordância geral foi de 76,67% nessa dimensão. A média de concordância no pólo Flexibilidade foi de 75% e no pólo Rigidez foi de 77,78%.

Pólo	Item	Freq. (n=9)	%
Estabilidade (positivo)	9	7	77,8
	17	3	33,3
	44	9	100
	58	3	33,3
	64	3	33,3
Média pólo estabilidade			55,54
Desorganização (negativo)	27	7	77,8
	49	5	55,6
	61	5	55,6
	63	9	100
Média pólo desorganização			72,25
Média dimensão			62,97

**Quadro 16. Concordância dos juízes com as autoras nos itens da dimensão 4 - Estabilidade/Desorganização da versão adaptada da FDM II**

A concordância dos juízes com as autoras nos itens da dimensão 4 – Estabilidade/Desorganização variou de 33,3% a 100%. A média de concordância na dimensão foi a menor de todas as dimensões, e foi igual a 62,96%. No pólo Estabilidade, a média de concordância foi de 55,54%, a menor de toda a escala. Por outro lado, no pólo Desorganização, a média de concordância foi de 72,25%, um valor próximo ao das demais médias dos outros pólos.

<b>Pólo</b>	<b>Item</b>	<b>Freq. (n=9)</b>	<b>%</b>
Comunicação clara (positivo)	2	8	88,9
	33	7	77,8
	36	9	100
	46	1	11,1
	47	8	88,9
Média pólo comunicação clara			73,34
Comunicação confusa ou distorcida (negativo)	6	6	66,7
	21	8	88,9
	25	9	100
	48	6	66,7
	54	5	55,6
Média pólo comunicação confusa ou distorcida			77,8
Média dimensão			75,77

**Quadro 17. Concordância dos juízes com as autoras nos itens da dimensão 5 - Comunicação clara/Comunicação confusa ou distorcida da versão adaptada da FDM II**

O quadro 17 mostra que os as porcentagens de concordância entre os juízes e as autoras nos itens da dimensão 5 variaram entre 11,1% a 100%, e a média geral foi igual a 75,77%. A média de concordância no pólo Comunicação Clara foi de 73,34%, e no pólo Comunicação Confusa ou Distorcida foi de 77,8%. Destaca-se o item 46 com o menor índice de concordância (11,1%).

Pólo	Item	Freq. (n=9)	%
Reciprocidade de papéis (positivo)	5	8	88,9
	12	7	77,8
	19	1	11,1
	22	8	88,9
	23	0	0
Média pólo reciprocidade de papéis			61,12
Conflito de papéis (negativo)	7	8	88,9
	24	9	100
	37	2	22,2
	40	3	33,3
	42	6	66,7
Média pólo conflito de papéis			64,82
Média dimensão			62,97

**Quadro 18. Concordância dos juízes com as autoras nos itens da dimensão 6 - Reciprocidade de papéis/Conflito de papéis da versão adaptada da FDM II**

Na dimensão 6 – Reciprocidade de papéis/Conflito de papéis, a concordância média dos juízes com as autoras foi igual a 62,97%, variando entre 0 a 100% . A concordância mínima ocorreu no item 23, o qual a maioria dos juízes incluiu na dimensão mutualidade. No pólo Reciprocidade de Papéis, a concordância média foi de 61,12%, e no pólo Conflito de Papéis a média foi de 64,82%.

De modo geral, a concordância da classificação dos itens nas dimensões do funcionamento familiar entre os juízes e as autoras da escala variou de 0 a 100%.

Nos itens 1, 8, 13, 14, 24, 25, 30, 31, 36, 43, 44, 47, 51, 53, 57, 59, 60, 63 e 65 (totalizando 19 (28,8%) itens) houve 100% de concordância entre os juízes e as autoras.

Os itens nos quais houve total discordância entre os juízes e as autoras foram: o item 23 (“*Em minha família nosso relacionamento uns com os outros se dá muito bem*”) e o item 29 (“*Em minha família eu me atenho às minhas rotinas diárias*”). Segundo as autoras, o item 23 avalia a reciprocidade de papéis e o item 29, a rigidez. Porém, para 77,8% dos juízes o item 23 avalia a mutualidade, e para 44,4% dos juízes o item 29 avalia a estabilidade.

Com base na análise de face e de conteúdo por juízes, foi realizada uma nova revisão dos itens do instrumento, sendo alguns itens modificados para torná-los corretos do ponto de vista ortográfico. O quadro 19 apresenta as alterações efetuadas nos itens após a análise de face e de conteúdo por juízes. Todas as afirmativas iniciam com “Em minha família...”

Item	VP 2	VF
23	Nosso relacionamento uns com os outros se dá muito bem	Nosso relacionamento uns com os outros é bom
26	Visitas de nossos amigos não aborrecem nossa família	Visita de nossos amigos não nos aborrecem
27	Eu não sei como o dinheiro da família será gasto	Eu não sei como o dinheiro será gasto
46	Eu sei quando os membros da família estão aborrecidos pela forma como eles aparentam	Eu sei quando os membros estão aborrecidos pela forma como eles aparentam
61	Tudo se desmorona quando há problemas	Tudo desmorona quando há problemas

**Quadro 19. Itens modificados após a análise de face e de conteúdo por juízes**

Obteve-se a versão final adaptada da FDM II após essa revisão dos itens.

## 7.2 Resultados relacionados às propriedades psicométricas da versão adaptada da FDM II

### 7.2.1 Participantes do estudo

#### 7.2.1.1 Mulheres portadoras de câncer de mama

A amostra estudada para a realização dos testes das propriedades psicométricas da versão adaptada da FDM II foi composta por 251 familiares de 183 mulheres portadoras de câncer de mama, selecionados de acordo com os critérios mencionados anteriormente. A Tabela 7 apresenta os dados sócio-demográficos das mulheres portadoras de câncer de mama, cujos familiares participaram do estudo:



**Tabela 7 - Distribuição das mulheres portadoras de câncer de mama cujos familiares participaram do estudo, segundo idade, estado civil, tempo de diagnóstico, tratamentos, recorrência da doença e histórico de câncer de mama**

Variável	n (%)	Média (DP)	Mediana	Amplitude de variação
Idade	183 (100)	53,8 (11,8)	52	29 - 88
Estado civil				
Solteira	15 (8,2)			
Casada	123 (67,2)			
Viúva	24 (13,1)			
Separada/Divorciada	15 (8,2)			
Amasiada	6 (3,3)			
Tempo de diagnóstico (meses)	183 (100)	33,9 (42,1)	24	3 - 324
Tratamentos				
Cirurgia	176 (96,2)			
Quimioterapia	158 (86,3)			
Radioterapia	109 (59,6)			
Hormonioterapia	111 (60,7)			
Recorrência doença	36 (19,7)			
Histórico familiar de câncer de mama	55 (30,1)			
Constituição familiar				
Nº de membros	183 (100)	5,2 (2,3)	5	2 - 15
Mesmo domicílio	183 (100)	3,85 (1,5)	4	2 - 9

A idade média das mulheres foi de 53,8 anos (DP = 11,8), variando entre 29 a 88 anos, e com mediana igual a 52 anos. A maioria delas estava casada (123; 67,2%), 13,1% eram viúvas, 8,2% eram solteiras ou separadas/divorciadas, e 3,3% eram amasiadas.

O tempo médio de diagnóstico das mulheres foi de 33,9 meses (DP = 42,1), variando entre 3 e 324 meses, com mediana igual a 24 meses.

Entre os tratamentos realizados pelas mulheres, constatou-se que 176 (96,2%) realizaram cirurgia, 158 (86,3%) realizaram quimioterapia, 109 (59,6) foram submetidas à radioterapia e 111 (60,7%) estavam realizando ou haviam realizado hormonioterapia.

Houve recorrência da doença em forma de recidiva ou metástase em 36 mulheres (19,7%); 55 mulheres (30,1%) tinham histórico familiar de câncer de mama.

As famílias nucleares das mulheres dos participantes da pesquisa eram constituídas por 5,2 membros em média (DP = 2,3), tendo entre 2 a 15 membros. Viviam no mesmo domicílio na época da pesquisa, uma média de 3,85 membros da família (DP = 1,5, Méd = 4, Int = 2 – 9).

#### 7.2.1.2 Familiares de mulheres portadoras de câncer de mama

O estudo contou também com a participação de 251 familiares de mulheres portadoras de câncer de mama. A Tabela 14 apresenta os dados sócio-demográficos e grau de parentesco dos participantes do estudo.

**Tabela 8 - Distribuição dos participantes segundo parentesco com a mulher portadora de câncer de mama, estado civil, escolaridade e profissão**

<b>Variável</b>	<b>n (%)</b>
<b>Parentesco</b>	
Marido	98 (39,0)
Filho	43 (17,1)
Filha	74 (29,5)
Irmã	12 (4,8)
Irmão	1 (0,4)
Mãe	9 (3,6)
Pai	3 (1,2)
Outro	11 (4,4)
<b>Estado civil</b>	
Solteiro	83 (33,1)
Casado	137 (54,6)
Viúvo	9 (3,6)
Separado/Divorciado	14 (5,6)
Amasiado	8 (3,2)
<b>Escolaridade</b>	
Analfabeto	6 (2,4)
Ens. Fund. Incompl.	71 (28,3)
Ens. Fund. Compl.	23 (9,2)
Ens. Med. Incompl.	16 (6,4)
Ens. Med. Compl.	80 (31,9)

<b>Variável</b>	<b>n (%)</b>
Superior Incompl.	27 (10,8)
Superior Compl.	27 (10,8)
Pós- graduação	1 (0,4)
<b>Profissão</b>	
Gerente	5 (2,0)
Profissional das ciências e das artes	19 (7,6)
Técnicos de nível médio	14 (5,6)
Trabalhadores de serviços administrativos	19 (7,6)
Trabalhadores de serviços, vendedores de comércio em lojas e mercados	45 (17,9)
Trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca	4 (1,6)
Produção de Bens e Serviços Industriais - 7	61 (24,3)
Produção de Bens e Serviços Industriais - 8	9 (3,6)
Aposentados	31 (12,4)
Do lar	23 (9,2)
Estudante	12 (4,8)
Desempregado	5 (2,0)
Estagiário	1 (0,4)
Indefinido	3 (1,2)

A amostra de participantes dessa etapa da pesquisa foi composta por maridos (39%), filhas (29,5%), filhos (17,1%), irmãs (4,8%), outros familiares, tais como noras, cunhadas (4,4%), e por mães (3,6%), pais (1,2) e somente um irmão (0,4%) de mulheres portadoras de câncer de mama.

A idade dos participantes variou entre 18 a 89 anos, sendo a média de idade igual a 42,51 anos (DP = 18,3) e a mediana igual a 42.

A maioria dos participantes era casada (137; 54,6%), sendo os demais solteiros (33,1%); separados ou divorciados (5,6%); viúvos (3,6%) e amasiados (3,2%).

Quanto à escolaridade, a amostra mostrou-se heterogênea, sendo que 80 (31,9%) participantes possuíam ensino médio completo e 71 (28,3%) possuíam ensino fundamental incompleto. Apenas 27 (10,8%) possuíam o ensino superior completo e 6 (2,4%) eram analfabetos.

As atividades profissionais desempenhadas pelos participantes incluíram a área de bens e serviços industriais - 7 representado por 61(24,3%) participantes, sendo a maioria dos profissionais desta área sapateiros. Houve uma importante participação de trabalhadores de serviços, vendedores de comércio em lojas e mercados (45; 17,9%), seguida da participação de aposentados (31; 12,4%) e de pessoas que se dedicam aos cuidados da casa e da família (do lar – 23; 9,2%).

#### 7.2.2 Estatística descritiva da versão adaptada da FDM II

A análise dos dados referentes à aplicação da versão adaptada da FDM II aos 251 familiares de mulheres com câncer de mama está apresentada de acordo com as 6 dimensões do instrumento: 1. Individuação – Simbiose; 2. Mutualidade – Isolamento; 3. Flexibilidade – Rigidez; 4. Estabilidade – Desorganização; 5. Comunicação clara – Comunicação confusa ou distorcida; 6. Reciprocidade de papéis – Conflito de papéis.

Na dimensão 1 – Individuação/Simbiose, o valor mínimo possível de ser obtido é de 13 pontos, e o valor máximo é de 78 pontos. Na dimensão 2 – Mutualidade/Isolamento, 11 é o valor mínimo e 66 é o valor máximo possível. Os valores mínimo e máximo para a dimensão 3 – Flexibilidade/Rigidez são 10 e 60, respectivamente. Valores 9 e 54 são o mínimo e o máximo de pontos possíveis de serem obtidos na dimensão 4 – Estabilidade/Desorganização. A dimensão 5 – Comunicação clara/Comunicação confusa ou distorcida tem como valor mínimo 11 pontos e máximo 66 pontos. Finalmente, na dimensão 6 – Reciprocidade de

papéis/Conflito de papéis, os valores mínimo e máximo são respectivamente 12 e 72 pontos. Maiores valores indicam melhor funcionamento familiar em todas as dimensões. Todos os itens foram respondidos por todos os participantes. A Tabela 9 apresenta as médias, desvios padrão e intervalos de escores obtidos em cada dimensão da versão adaptada da FDM II:

**Tabela 9 - Estatística descritiva da versão adaptada da FDM II, médias das dimensões, desvios padrão, medianas e intervalos de escores possíveis e obtidos (n = 251), usando codificação reversa dos itens negativos**

Dimensões	Intervalo possível	Intervalo obtido	Mediana	Média (DP)
1 Individuação/Simbiose	13 – 78	36 – 69	53	52,17 (6,25)
2 Mutualidade/Isolamento	11 – 66	24 – 66	53	52,66 (6,62)
3 Flexibilidade/Rigidez	10 – 60	23 – 56	38	38,3 (5,41)
4 Estabilidade/Desorganização	9 – 54	22 – 52	42	40,88 (5,37)
5 Comunicação clara/ Comunicação confusa ou distorcida	11 – 66	26 – 65	51	49,24 (7,35)
6 Reciprocidade de papéis/ Conflito de papéis	12 – 72	24 – 66	53	51,26 (6,82)

As médias e as medianas de todas as dimensões da versão adaptada da FDM II apresentaram valores acima do valor médio do intervalo possível para cada uma delas. A média e a mediana da dimensão 3 foi a mais próxima do valor médio do intervalo possível para a dimensão.

A dimensão cuja média foi mais elevada foi a 2 – Mutualidade/Isolamento e a dimensão cuja média foi a menor foi a 3 – Flexibilidade/Rigidez.

As médias de cada um dos 66 itens para a amostra estudada, organizados por dimensão, são apresentadas nas tabelas 10, 11, 12, 13, 14, 15.

**Tabela 10 - Estatística descritiva dos itens da dimensão 1 - Individuação/Simbiose da versão adaptada da FDM II, considerando as respostas dos 251 familiares. Ribeirão Preto/Franca, 2007.**

Pólo	Item	Média (DP)	Mediana	Amplitude de variação
Individuação (positivo)	4	4,8 (1,0)	5	1 – 6
	10	3,2 (1,5)	3	1 – 6
	16	4,2 (1,3)	5	1 – 6
	31	4,8 (1,1)	5	1 – 6
	34	4,8 (1,4)	4	1 – 6
	50	4,2 (1,4)	5	1 – 6
	57	4,4 (1,2)	5	1 – 6
	65	4,3 (1,3)	5	1 – 6
Simbiose* (negativo)	28	2,6 (1,3)	2	1 – 6
	38	3,7 (1,4)	4	1 – 6
	39	3,8 (1,4)	4	1 – 6
	52	2,3 (0,9)	2	1 – 6
	60	4,2 (1,4)	5	1 – 6

\* Itens negativos codificados diretamente

Na dimensão 1 – Individuação/Simbiose, as maiores médias ocorreram nos itens 4, 31 e 34 (4,8), indicando maior concordância dos participantes nestes itens; e a menor média ocorreu no item 52 (2,3), o que significa maior discordância dos participantes neste item. Todos os itens positivos, exceto o 10, obtiveram médias acima do valor médio do intervalo possível para os itens que é 3,5, conforme o esperado. Por outro lado, em três itens negativos (38 – *Em minha família eu não faço coisas a menos que alguém concorde*; 39 – *Em minha família é importante que todos nós pensemos da mesma maneira* e 60 – *Em minha família eu penso que somos todos iguais*) as médias foram superiores ao valor médio do intervalo possível para os itens, contrariando a expectativa para os itens negativos de valores abaixo do valor médio do intervalo possível. Esses dados sugerem que para os participantes da pesquisa,

a igualdade e a interdependência na forma de pensar e agir dos membros da família são princípios que devem ser valorizados.

**Tabela 11 - Estatística descritiva dos itens da dimensão 2 - Mutualidade/Isolamento da versão adaptada da FDM II, considerando as respostas dos 251 familiares**

Pólo	Item	Média (DP)	Mediana	Amplitude de variação
Mutualidade (positivo)	3	4,8 (0,9)	5	2 – 6
	14	5,0 (0,9)	5	1 – 6
	20	4,5 (1,3)	5	1 – 6
	30	5,3 (0,7)	5	2 – 6
	32	4,8 (1,0)	5	1 – 6
	43	5,0 (0,9)	5	2 – 6
Isolamento* (negativo)	15	3,8 (1,5)	5	1 – 6
	18	1,9 (0,9)	2	1 – 6
	45	2,1 (1,0)	2	1 – 6
	55	1,9 (0,8)	2	1 – 6
	56	2,0 (0,8)	2	1 – 6

\* Itens negativos codificados diretamente

Nesta dimensão, as médias variaram entre 5,3 e 1,9, sendo o item 30 o que obteve a média mais elevada e os itens 18 e 55 os que obtiveram as menores médias. Novamente observaram-se médias acima dos valores médios do intervalo possível para os itens positivos. Enquanto entre os itens negativos, o item 15 (*Em minha família eu guardo os sentimentos comigo mesmo*) obteve média acima do valor médio do intervalo possível para o item. Isso indica uma frequência mais elevada desse comportamento entre os participantes da pesquisa que contrasta com o esperado.

Na dimensão 3 – Flexibilidade/Rigidez, todos os itens positivos tiveram médias acima dos valores médios do intervalo possível para os itens. Entre os itens negativos, dois deles apresentaram uma média acima do esperado: item 8 - *Em minha família eu raramente mudo as minhas rotinas*, e item 11 - *Em minha família a maneira correta de fazer as coisas é importante*. Nos demais itens negativos, as médias não ultrapassaram o valor médio possível, porém, ficaram próximas dele. A maior média ocorreu no item 11 – *Em minha família a maneira correta de fazer*

*as coisas é importante*, que é um item negativo de acordo com as autoras do instrumento. Mas para os participantes desta pesquisa, houve uma elevada concordância com este item. Inclusive, não houve participantes que discordassem plenamente dessa afirmativa.

**Tabela 12 - Estatística descritiva dos itens da dimensão 3 - Flexibilidade/Rigidez da versão adaptada da FDM II, considerando as respostas dos 251 familiares**

Pólo	Item	Média (DP)	Mediana	Intervalo de Variação
Flexibilidade (positivo)	1	4,5 (1,2)	5	1 – 6
	26	4,9 (0,9)	5	1 – 6
	35	4,8 (0,9)	5	1 – 6
	41	4,0 (1,3)	5	1 – 6
Rigidez* (negativo)	8	4,0 (1,4)	5	1 – 6
	11	5,0 (0,6)	5	2 – 6
	13	3,3 (1,4)	3	1 – 6
	29	3,3 (1,4)	2	1 – 6
	51	3,3 (1,5)	2	1 – 6
	53	3,1 (1,4)	2	1 – 6

\* Itens negativos codificados diretamente

As médias dos itens da dimensão 4 – Estabilidade/Desorganização da versão adaptada da FDM II variaram entre 2,6 e 5,0, sendo a menor média correspondente ao item 27 e a maior média correspondente aos itens 17, 58 e 64.

**Tabela 13 - Estatística descritiva dos itens da dimensão 4 - Estabilidade/Desorganização da versão adaptada da FDM II, considerando as respostas dos 251 familiares**

Pólo	Item	Média (DP)	Mediana	Intervalo de variação
Estabilidade (positivo)	9	4,3 (1,2)	5	1 – 6
	17	5,0 (0,8)	5	2 – 6
	44	4,9 (0,8)	5	2 – 6
	58	5,0 (0,6)	5	2 – 6
	64	5,0 (0,8)	5	2 – 6
Desorganização* (negativo)	27	2,6 (1,3)	2	1 – 6
	49	2,8 (1,3)	2	1 – 6
	61	2,9 (1,4)	2	1 – 6
	63	3,0 (1,4)	2	1 – 6

\* Itens negativos codificados diretamente



Todos os itens positivos obtiveram uma média acima dos valores médios do intervalo possível para os itens, e todos os itens negativos obtiveram médias abaixo dos valores médios do intervalo possível para os itens.

**Tabela 14 - Estatística descritiva dos itens da dimensão 5 - Comunicação clara/Comunicação confusa ou distorcida da versão adaptada da FDM II, considerando as respostas dos 251 familiares**

Pólo	Item	Média (DP)	Mediana	Intervalo de variação
Comunicação Clara (positivo)	2	4,8 (1,0)	5	1 – 6
	33	4,9 (0,9)	5	1 – 6
	36	4,8 (0,9)	5	1 – 6
	46	5,1 (0,7)	5	1 – 6
	47	4,5 (1,2)	5	1 – 6
Comunicação Confusa ou Distorcida* (negativa)	6	2,2 (1,1)	2	1 – 6
	21	3,3 (1,5)	2	1 – 6
	25	2,9 (1,4)	2	1 – 6
	48	2,9 (1,4)	2	1 – 6
	54	2,7 (1,3)	2	1 – 6
	62	2,8 (1,3)	2	1 – 6

\* Itens negativos codificados diretamente

Na dimensão 5, a média mais elevada ocorreu no item 46 (5,1), e a mais rebaixada ocorreu no item 6 (2,2). Mais uma vez observa-se que todos os itens positivos obtiveram médias superiores aos valores médios do intervalo possível para os itens, e todos os itens negativos obtiveram uma média abaixo dos valores médios do intervalo possível para os itens, conforme o esperado.

Na dimensão 6, as médias mínima e máxima foram 2,3 e 5,2, respectivamente, e ocorreram nos itens 66 e 23. Todos os itens positivos obtiveram média acima dos valores médios do intervalo possível para os itens. Novamente todos os itens negativos obtiveram média abaixo dos valores médios do intervalo possível para os itens

**Tabela 15 - Estatística descritiva dos itens da dimensão 6 - Reciprocidade de papéis/Conflito de papéis da versão adaptada da FDM II, considerando as respostas dos 251 familiares**

<b>Pólo</b>	<b>Item</b>	<b>Média (DP)</b>	<b>Mediana</b>	<b>Intervalo de variação</b>
Reciprocidade de papéis (positivo)	5	4,2 (1,3)	5	1 – 6
	12	4,6 (1,2)	5	1 – 6
	-	3,7 (1,4)	4	1 – 6
	22	3,9 (1,5)	5	1 – 6
	23	5,2 (0,7)	5	2 – 6
	59	4,7 (1,0)	5	1 – 6
Conflito de papéis* (negativo)	7	2,6 (1,2)	2	1 – 6
	24	2,4 (1,2)	2	1 – 6
	37	3,4 (1,5)	3	1 – 6
	40	3,2 (1,4)	2	1 – 6
	42	3,1 (1,5)	2	1 – 6
	66	2,3 (1,0)	2	1 – 5

\* Itens negativos codificados diretamente

De modo geral, todos os itens positivos, exceto um, tiveram médias acima do valor médio do intervalo possível para os itens, indicando maior concordância com eles, conforme o esperado para famílias com bom funcionamento. Da mesma forma, a maioria dos itens negativos teve média abaixo do valor médio do intervalo possível para o item, indicando maior discordância deles, também conforme o esperado para famílias com bom funcionamento.

O único item positivo que teve média abaixo do valor médio do intervalo possível para o item foi o item 10 – *Em minha família eu tomo minhas decisões por conta própria*. Nessa amostra, houve um número superior de participantes que discordaram desta afirmativa comparada ao número de participantes que concordaram com ela.

Os itens negativos que tiveram médias acima dos valores médios dos intervalos possíveis para os itens foram os itens: 8 – *Em minha família eu raramente mudo as minhas rotinas*; 11 – *Em minha família a maneira correta de fazer as coisas é importante*; 15 – *Em minha família eu guardo os sentimentos comigo mesmo*; 38 – *Em minha família eu não faço*

*coisas a menos que alguém concorde; 39 – Em minha família é importante que todos nós pensemos da mesma maneira; e 60 – Em minha família eu penso que somos todos iguais.* Contrário ao que se esperava, houve um número maior de participantes nessa amostra que concordaram com estas afirmativas.

O item positivo que teve a maior média da escala (5,3; DP = 0,7) foi o item 30 - *Em minha família existe alguém que se preocupa comigo;* e o item positivo que teve a menor média (3,2; DP = 1,5) foi o item 10 – *Eu tomo minhas decisões por conta própria.*

O item que teve a maior média dos itens negativos da escala (5,0; DP = 0,6) foi o item 11 – *Em minha família a maneira correta de fazer as coisas é importante;* e os negativos que tiveram as menores médias (1,9; DP = 0,9 e 1,9; DP = 0,8) foram os itens 18 – *Em minha família eu me sinto excluído* e 55 – *Em minha família ninguém se preocupa comigo.*

#### 7.2.2.1 Frequência das respostas aos itens por dimensões da versão adaptada da FDM II

As frequências das respostas aos itens de cada dimensão da versão adaptada da FDM II são apresentadas nas tabelas 16, 17, 18, 19, 20, 21.

A Tabela 16 apresenta a frequência das respostas aos itens da dimensão 1 – *Individuação/Simbiose.*

**Tabela 16 - Distribuição das frequências de respostas aos itens da dimensão 1 - Individuação/Simbiose da versão adaptada da FDM II para a amostra estudada (n = 251)**

Itens	Concordo Plenamente	Concordo	Concordo mais do que discordo	Discordo mais do que concordo	Discordo	Discordo plenamente
4. Eu tenho um lugar para as minhas próprias coisas	49 (19,5%)	153 (61%)	25 (10%)	2 (0,8%)	21 (8,4%)	1 (0,4%)
10. Eu tomo minhas decisões por conta própria	9 (3,6%)	65 (25,9%)	45 (17,9%)	7 (2,8%)	112 (44,6%)	13 (5,2%)
16. Eu deixo os outros saberem o que eu quero	19 (7,6%)	129 (51,4%)	41 (16,3%)	9 (3,6%)	50 (19,9%)	3 (1,2%)
28. Eles querem que eu goste da mesma comida	2 (0,8%)	43 (17,1%)	10 (4%)	6 (2,4%)	174 (69,3%)	16 (6,4%)
31. É permitido que eu tenha minhas próprias opiniões	46 (18,3%)	157 (62,5%)	17 (6,8%)	8 (3,2%)	21 (8,4%)	2 (0,8%)
34. Eu me protejo por conta própria	11 (4,4%)	110 (43,8%)	41 (16,3%)	11 (4,4%)	73 (29,1%)	5 (2%)
38. Eu não faço coisas a menos que alguém concorde	8 (3,2%)	107 (42,6%)	40 (15,9%)	10 (4%)	81 (32,3%)	5 (2%)
39. É importante que todos nós pensemos da mesma maneira	16 (6,4%)	107 (42,6%)	30 (12%)	19 (7,6%)	76 (30,6%)	3 (1,2%)
50. Eu tenho um lugar onde eu posso ficar sozinho	15 (6%)	160 (63,7%)	7 (2,8%)	6 (2,4%)	56 (22,3%)	7 (2,8%)
52. Eu deixo que os outros decidam por mim	1 (0,4%)	12 (4,8%)	18 (7,2%)	12 (4,8%)	186 (74,1%)	22 (8,8%)
57. Eu tenho coisas que pertencem a mim mesmo	19 (7,6%)	174 (69,3%)	8 (3,2%)	4 (1,6%)	45 (17,9%)	1 (0,4%)
60. Eu penso que somos todos iguais	24 (9,6%)	141 (56,2%)	18 (7,2%)	10 (4%)	54 (21,5%)	4 (1,6%)
65. Eu tenho opinião própria	18 (7,2%)	153 (61%)	22 (8,8%)	4 (1,6%)	53 (21,1%)	1 (0,4%)

De modo geral, nos itens que avaliam a dimensão 1 – Individuação/Simbiose houve um marcado predomínio da resposta “concordo”. Em dez de treze itens, essa resposta teve a maior frequência.

Em todos os itens positivos, com exceção de um (Item 10 – *Em minha família eu tomo minhas decisões por conta própria*), acima de 60% das respostas foram de concordância, com predomínio da resposta “concordo”.

Em relação aos itens negativos, somente em dois itens houve predomínio das respostas de discordância (Item 28 – *Em minha família eles querem que eu goste da mesma comida e*

Item 52 – *Em minha família eu deixo que os outros decidam por mim*), e nesses itens a resposta mais freqüente foi “discordo” (69,3% e 74,1%, respectivamente). Ao contrário do que se esperava, nos itens negativos 38, 39 e 60, houve um predomínio das respostas “concordo” (42,5%, 42,5% e 56,2%, respectivamente).

O item que teve a maior freqüência de resposta “concordo plenamente” foi o item 4 – *Em minha família eu tenho um lugar para as minhas próprias coisas* (49; 19,5%). O item que teve a maior freqüência de resposta “concordo” foi o item 57 – *Em minha família eu tenho coisas que pertencem a mim mesmo* (174; 69,3%). Teve maior freqüência de resposta “concordo mais do que discordo” o item 10 – *Em minha família eu tomo minhas decisões por conta própria* (45; 17,9%). O item 39 – *Em minha família é importante que todos nós pensemos da mesma maneira*, foi o item no qual houve a maior freqüência de respostas “discordo mais do que concordo”.

A resposta “discordo” foi mais freqüente no item 52 – *Em minha família eu deixo que os outros decidam por mim* (186; 74,1%). O item que teve a maior freqüência de resposta “discordo plenamente” foi também o item 52 (22; 8,8%).

O item 4 – *Em minha família eu tenho um lugar para as minhas próprias coisas* teve a maior freqüência de respostas de concordância, considerando as possibilidades de resposta de concordância em conjunto. Por sua vez, o item 60 – *Em minha família eu penso que somos todos iguais* teve a maior freqüência de respostas de discordância, considerando as respostas de discordância em conjunto.

O item que agregou a maior freqüência de resposta num mesmo ponto da escala foi o item 52 – *Em minha família eu deixo que os outros decidam por mim*, ao qual houve 186 (74,1%) respostas “discordo”.

Considerando as freqüências médias das respostas de concordância aos itens positivos da dimensão Individuação/Simbiose em comparação com as freqüências de resposta aos itens

positivos das demais dimensões da escala, observa-se menor frequência de resposta de concordância nestes itens.

Estes resultados indicam que embora haja uma maior tendência para a concordância com o respeito ao espaço e à liberdade individual nas famílias, ou seja, à individuação dos seus membros, em alguns aspectos do relacionamento os limites interpessoais não são tão bem definidos, havendo igualmente a concordância com a necessidade de convergência de pensamentos e opiniões dentro do grupo familiar e a valorização das similaridades entre os seus membros.

Em relação à dimensão 2 – Mutualidade/Isolamento, cujos resultados são apresentados na tabela 17, observa-se uma distribuição variada das respostas. Houve também um predomínio das respostas “concordo” (em 7 dos 11 itens ela é a mais frequente), contrabalançado por uma alta frequência da resposta “discordo” (ela foi a mais frequente em 4 dos 11 itens).

**Tabela 17 - Distribuição das frequências de respostas aos itens da dimensão 2 - Mutualidade/Isolamento da versão adaptada da FDM II para a amostra estudada (n = 251)**

Itens	Concordo Plenamente	Concordo	Concordo mais do que discordo	Discordo mais do que concordo	Discordo	Discordo plenamente
3. Eu cuido dos outros	44 (17,5%)	150 (59,8%)	37 (14,7%)	8 (3,2%)	12 (4,8%)	0
14. Eu percebo uma sensação de aconchego	59 (23,5%)	168 (66,9%)	9 (3,6%)	1 (0,4%)	13 (5,2%)	1 (0,4%)
15. Eu guardo os sentimentos comigo mesmo	22 (8,8%)	105 (41,8%)	28 (11,2%)	8 (3,2%)	82 (32,7%)	6 (2,4%)
18. Eu me sinto excluído	2 (0,8%)	8 (3,2%)	12 (4,8%)	4 (1,6%)	154 (61,4%)	71 (28,3%)
20. Quando eu me sinto triste, alguém me consola	34 (13,5%)	154 (61,4%)	14 (5,6%)	9 (3,6%)	35 (13,9%)	5 (2%)
30. Existe alguém que se preocupa comigo	87 (34,7%)	155 (61,8%)	5 (2%)	0	4 (1,6%)	0
32. Eu tenho intimidade	39 (15,5%)	177 (70,5%)	11 (4,4%)	3 (1,2%)	20 (8%)	1 (0,4%)
43. Eu tenho a sensação de união	65 (25,9%)	153 (61%)	19 (7,6%)	4 (1,6%)	10 (4%)	0
45. Eu sou um solitário	1 (0,4%)	13 (5,2%)	17 (6,8%)	4 (1,6%)	161 (64,1%)	55 (21,9%)
55. Ninguém se preocupa comigo	1 (0,4%)	7 (2,8%)	4 (1,6%)	4 (1,6%)	185 (73,7%)	50 (19,9%)
56. Eu não me sinto próximo de ninguém	1 (0,4%)	6 (2,4%)	8 (3,2%)	7 (2,8%)	182 (72,5%)	47 (18,7%)

Nos itens positivos, as respostas de concordância foram as mais freqüentes, chegando a quase 100% das respostas no item 30 – *Em minha família existe alguém que se preocupa comigo* (concordo plenamente – 87 [34,7%]; concordo – 155 [61,8%]; concordo mais do que discordo [5, 2%]).

Nos itens negativos houve o predomínio das respostas de discordância, também com freqüências elevadas. Somente em um item houve predomínio das respostas de concordância (Item 15 – *Em minha família eu guardo os sentimentos comigo mesmo*).

O item que teve a maior freqüência de respostas “concordo plenamente” foi o item 30 – *Existe alguém que se preocupa comigo* (87; 34,7%). A resposta “concordo” foi mais freqüente no item 32 – *Em minha família eu tenho intimidade* (177; 70,5%). Dos participantes, 37 (14,7%) responderam que concordam mais do que discordam de que “*em minha família eu cuido dos outros*”, sendo essa a resposta de maior freqüência nesse item.

No item 55 – *Em minha família ninguém se preocupa comigo* a resposta mais freqüente foi “discordo” (185; 73,7%). E a resposta “discordo plenamente” foi mais freqüente no item 18 – *Em minha família eu me sinto excluído* (71; 28,3%).

O item 30 – *Em minha família existe alguém que se preocupa comigo* apresentou quase 100% de respostas de concordância, com apenas 1,6% de respostas de discordância.

A maior concentração de respostas ocorreu no item 55 – *Em minha família ninguém se preocupa comigo*, no qual 185 participantes (73,7%) responderam que discordam.

Considerando as freqüências médias das respostas de concordância aos itens positivos da dimensão Mutualidade/Isolamento em comparação com as freqüências de resposta aos itens positivos das demais dimensões da escala, observa-se maior freqüência de resposta de concordância nesses itens.

Esses dados indicam uma tendência da amostra em avaliar positivamente o funcionamento de suas famílias em termos da mutualidade entre seus membros, conquanto

mais de 60% dos participantes concordem que guardam seus sentimentos para si mesmos. Houve uma marcante discordância nos itens nos quais se indica exclusão ou falta de contato e envolvimento de uns membros da família com os outros.

A tabela 18 apresenta a frequência das respostas aos itens da dimensão Flexibilidade/Rigidez da versão adaptada da FDM II para a amostra estudada.

**Tabela 18 - Distribuição das frequências de respostas aos itens da dimensão 3 - Flexibilidade/Rigidez da versão adaptada da FDM II para a amostra estudada (n = 251)**

Itens	Concordo Plenamente	Concordo	Concordo mais do que discordo	Discordo mais do que concordo	Discordo	Discordo plenamente
1. As atividades do dia-a-dia podem ser mudadas	21 (8,4%)	169 (67,3%)	18 (7,2%)	3 (1,2%)	37 (14,7%)	3 (1,2%)
8. Eu raramente mudo as minhas rotinas	11 (4,4%)	137 (54,6%)	16 (6,4%)	10 (4%)	76 (30,3%)	1 (0,4%)
11. A maneira correta de fazer as coisas é importante	45 (17,9%)	190 (75,7%)	10 (4%)	1 (0,4%)	5 (2%)	0
13. Uma vez que se toma uma decisão, é difícil mudar	9 (3,6%)	64 (25,5%)	44 (17,5%)	17 (6,8%)	113 (45%)	4 (1,6%)
26. Visitas de nossos amigos não nos aborrecem	44 (17,5%)	177 (70,5%)	11 (4,4%)	9 (3,6%)	9 (3,6%)	1 (0,4%)
29. Eu me limito às minhas rotinas diárias	2 (0,8%)	92 (36,7%)	19 (7,6%)	8 (3,2%)	125 (49,8%)	5 (2%)
35. Quando as coisas dão erradas, nós tentamos diferentes maneiras de lidar com elas	34 (13,5%)	181 (72,1%)	16 (6,4%)	7 (2,8%)	12 (4,8%)	1 (0,4%)
41. É fácil mudar os planos	9 (3,6%)	136 (54,2%)	29 (11,6%)	15 (6%)	60 (23,9%)	2 (0,8%)
51. Não posso quebrar as regras	7 (2,8%)	85 (33,9%)	17 (6,8%)	7 (2,8%)	129 (51,4%)	6 (2,4%)
53. É difícil mudar as regras	2 (0,8%)	74 (29,5%)	21 (8,4%)	12 (4,8%)	139 (55,4%)	3 (1,2%)

Houve uma distribuição variada das respostas aos itens dessa dimensão, com certa tendência para a resposta “concordo” (entre 6 dos 10 itens ela foi a mais frequente, apesar da maioria dos itens dessa dimensão ser negativos - 6/10).

Em todos os itens positivos houve predomínio de respostas de concordância. Ao contrário do esperado, em dois itens negativos também houve predomínio de respostas de



concordância. Inclusive, um deles, o Item 11 – *Em minha família a maneira correta de fazer as coisas é importante* foi o item que teve a maior frequência de respostas “concordo plenamente” (45; 17,9%) e “concordo” (190; 75,7%).

O item que teve a maior frequência de respostas “concordo mais do que discordo” e “discordo mais do que concordo” foi o 13 – *Em minha família uma vez que se toma uma decisão, é difícil mudar* (44; 17,5% e 17; 6,8%, respectivamente). A resposta “discordo” foi mais frequente no item 53 – *Em minha família é difícil mudar as regras* (139; 55,4%), e a resposta “discordo plenamente” foi mais frequente no item 51 – *Em minha família não posso quebrar as regras* (6; 2,4%).

Entre todos os itens, houve maior concentração de respostas de concordância no item 58 – *Em minha família nós sabemos como entrar em contato com os membros da família se necessário*, e maior concentração de respostas de discordância no item 53 – *Em minha família é difícil mudar as regras*. A menor concentração de respostas de concordância ocorreu no item 41 – *Em minha família é fácil mudar os planos*, e a menor concentração de respostas de discordância ocorreu no item 63 – *Em minha família eu não sei o que esperar de um dia para o outro*.

Comparando as frequências das respostas de discordância aos itens da dimensão Flexibilidade/Rigidez com as respostas de discordância das demais dimensões da escala, observa-se a menor proporção de respostas nos primeiros.

Esses dados sugerem que há uma maior tendência para o pólo da flexibilidade, de acordo com as respostas dos participantes deste estudo. Tanto houve grande concordância com os itens positivos quanto houve muita discordância dos itens negativos. Observa-se, por exemplo, os itens 51 e 53 que se referem à possibilidade ou dificuldade de mudar regras, nos quais a maioria dos participantes respondeu que discordam de haver dificuldades neste sentido, o que sugere que há flexibilidade nas famílias.

Oposto a isso, destaca-se particularmente o item 11 – *Em minha família a maneira correta de fazer as coisas é importante*, que se enquadra nos itens negativos e é um indicador de rigidez. Talvez devido à inadequação da afirmativa em dar o sentido original da frase, ou talvez porque a amostra estudada confira uma importância maior para a conformidade aos padrões de comportamento, houve uma frequência muito elevada de concordância com este item, indicando certa rigidez das famílias neste aspecto.

Verifica-se ainda a menor concordância com o item 41 – *Em minha família é fácil mudar os planos*, que indica certos limites à flexibilidade das famílias.

A distribuição das respostas aos itens da dimensão 4 – Estabilidade/Desorganização são apresentados na tabela 19.

**Tabela 19 - Distribuição das frequências de respostas aos itens da dimensão 4 - Estabilidade/Desorganização da versão adaptada da FDM II para a amostra estudada (n = 251)**

Itens	Concordo Plenamente	Concordo	Concordo mais do que discordo	Discordo mais do que concordo	Discordo	Discordo plenamente
9. Eu sei o que posso esperar de um dia para o outro	16 (6,4%)	155 (61,8%)	25 (10%)	9 (3,6%)	44 (17,5%)	2 (0,8%)
17. Eu sei que nós podemos resolver as coisas quando elas estão erradas	44 (17,5%)	169 (67,3%)	25 (10%)	6 (2,4%)	7 (2,8%)	0
27. Eu não sei como o dinheiro será gasto	4 (1,6%)	45 (17,9%)	11 (4,4%)	6 (2,4%)	167 (66,5%)	18 (7,2%)
44. Eu sei o que posso esperar dos outros membros	37 (14,%)	174 (69,3%)	24 (9,6%)	6 (2,4%)	10 (4%)	0
49. Parece que alguma coisa está sempre dando errado	3 (1,2%)	48 (19,1%)	24 (9,6%)	16 (6,4%)	150 (59,8%)	10 (4%)
58. Nós sabemos como entrar em contato com os membros da família se necessário	43 (17,1%)	191 (76,1%)	9 (3,6%)	4 (1,6%)	4 (1,6%)	0
61. Tudo desmorona quando há problemas	5 (2%)	54 (21,5%)	16 (6,4%)	24 (9,6%)	136 (54,2%)	16 (6,4%)
63. Eu não sei o que esperar de um dia para o outro	4 (1,6%)	67 (26,7%)	12 (4,8%)	14 (5,6%)	145 (57,8%)	9 (3,6%)
64. É importante saber onde os membros da família estão	42 (16,7%)	189 (75,3%)	8 (3,2%)	2 (0,8%)	10 (4%)	0

Nessa dimensão, em todos os itens positivos houve predomínio das respostas de concordância, enquanto em todos os itens negativos houve preponderância das respostas de discordância.

A resposta “concordo plenamente” foi mais freqüente no item 17 – *Em minha família eu sei que nós podemos resolver as coisas quando elas estão erradas* (44; 17,5%). A resposta “concordo” foi dada com mais freqüência no item 58 – *Em minha família nós sabemos como entrar em contato com os membros da família se necessário* (191; 76,1%). Dois itens apresentaram maior freqüência de resposta “concordo mais do que discordo”: item 9 – *Em minha família eu sei o que posso esperar de um dia para o outro* e item 17 – *Em minha família eu sei que nós podemos resolver as coisas quando elas estão erradas* (25; 10%). A maior freqüência da resposta “discordo mais do que concordo” ocorreu no item 61 – *Em minha família tudo desmorona quando há problemas* (24; 9,6%). A resposta “discordo” e “discordo plenamente” foram mais freqüentes no item 27 – *Eu não sei como o dinheiro será gasto* (167; 66,5% e 18; 7,2%, respectivamente).

Entre os itens positivos, houve maior concentração de respostas de concordância no item 58 – *Em minha família nós sabemos como entrar em contato com os membros da família se necessário*; e entre os itens negativos houve maior concentração de respostas de discordância no item 27 – *Em minha família eu não sei como o dinheiro será gasto*.

O item que agregou a maior freqüência de resposta num mesmo ponto da escala foi o item 58 – *Em minha família nós sabemos como entrar em contato com os membros da família se necessário*, ao qual houve 191 (76,1%) respostas “concordo”.

Comparando as freqüências das respostas de discordância aos itens da dimensão Estabilidade/Desorganização com as respostas de discordância das demais dimensões da escala, observa-se a maior proporção de respostas nos primeiros.

Essa distribuição das freqüências das respostas aos itens da dimensão 4 – Estabilidade/Desorganização revela uma maior tendência para a estabilidade das relações

familiares, de acordo com a amostra estudada. Os elevados índices de discordância sugerem rejeição aos itens negativos, associados à desorganização. Apenas no item negativo 63 – *Eu não sei o que esperar de um dia para o outro* houve menor diferença entre a proporção de respostas de concordância e de discordância. Como se trata de uma questão de futuro, conforme a interpretação da afirmativa é compreensível certa demonstração de incerteza.

A frequência das respostas aos itens da dimensão 5 – Comunicação clara/Comunicação confusa ou distorcida é apresentada na tabela 20.

**Tabela 20 - Distribuição das frequências de respostas aos itens da dimensão 5 - Comunicação clara/Comunicação confusa ou distorcida da versão adaptada da FDM II para a amostra estudada (n = 251)**

Itens	Concordo Plenamente	Concordo	Concordo mais do que discordo	Discordo mais do que concordo	Discordo	Discordo plenamente
2. Eu acho que conversamos sobre as coisas importantes	46 (18,3%)	141 (56,2%)	42 (16,7%)	6 (2,4%)	15 (6%)	1 (0,4)
6. Eu penso que conversar não me leva a lugar nenhum	1 (0,4%)	20 (8%0	11 (4,4%)	17 (6,8%)	150 (59,8%)	52 (20,7%)
21. Eu penso que nós evitamos falar de assuntos que a família precisaria discutir	3 (1,2%)	83 (33,1%)	29 (11,6%)	8 (3,2%)	117 (46,6%)	11 (4,4%)
25. Algumas pessoas dizem uma coisa e querem dizer outra	5 (2%)	55 (21,9%)	23 (9,2%)	9 (3,6%)	148 (59%)	11 (4,4%)
33. Quando eu falo, alguém ouve o que estou dizendo	34 (13,5%)	179 (71,3%)	21 (8,4%)	6 (2,4%)	9 (3,6%)	2 (0,8%)
36. Nós fazemos perguntas quando não entendemos uns aos outros	31 (12,4%)	179 (71,3%)	17 (6,8%)	8 (3,2%)	14 (5,6%)	2 (0,8%)
46. Eu sei quando os membros estão aborrecidos pela forma como eles aparentam	51 (20,3%)	190 (75,7%)	3 (1,2%)	1 (0,4%)	5 (2%)	1 (0,4%)
47. Quando há um mal entendido, nós conversamos sobre o assunto até esclarecê-lo	31 (12,4%)	146 (58,2%)	28 (11,2%)	12 (4,8%)	33 (13,1%)	1 (0,4%)
48. Falar sobre meus problemas confunde mais as coisas	4 (1,6%)	60 (23,9%)	17 (6,8%)	12 (4,8%)	148 (59%)	10 (4%)
54. É difícil dizer o que eu quero falar	4 (1,6%)	43 (17,1%)	19 (7,6%)	4 (1,6%)	170 (67,7%)	11 (4,4%)
62. Nós evitamos falar sobre problemas	2 (0,8%)	52 (20,7%)	20 (8%)	15 (6%)	144 (57,4%)	18 (7,2%)

Novamente, verifica-se no conjunto que para os itens positivos houve um predomínio das respostas de concordância e para os itens negativos houve predomínio das respostas de discordância, conforme esperado para famílias saudáveis.

Houve maior frequência das respostas “concordo plenamente” e “concordo” no item 46 – *Em minha família eu sei quando os membros estão aborrecidos pela forma como eles aparentam* (51; 20,3% e 190; 75,7%, respectivamente). A resposta “concordo mais do que discordo” foi mais frequente no item 2 – *Em minha família eu acho que conversamos sobre as coisas importantes* (42; 16,7%). O item 6 – *Em minha família eu penso que conversar não me leva a lugar nenhum* teve a maior frequência da resposta “discordo mais do que concordo” (17; 6,8%) e da resposta “discordo plenamente” (52; 20,7%). O item no qual houve a maior frequência da resposta “discordo” foi o item 54 – *Em minha família é difícil dizer o que eu quero falar* (170; 67,7%).

O item 46 – *Em minha família eu sei quando os membros da família estão aborrecidos pela forma como eles aparentam* teve a maior frequência de resposta de concordância entre os itens positivos (aproximadamente 97% de concordância), bem como agregou a maior frequência de resposta num mesmo ponto da escala, no caso na resposta “concordo” (190; 75,7%). Por sua vez, a maior frequência das respostas de discordância nos itens negativos ocorreu no item 6 – *Em minha família eu penso que conversar não me leva a lugar nenhum* (aproximadamente 87% de discordância).

Através dessas frequências verifica-se uma tendência para a comunicação clara nas famílias dos participantes desse estudo. Porém, há indícios de que certos assuntos são evitados ou difíceis de serem conversados (Item 21 – *Em minha família eu penso que nós evitamos falar de assuntos que a família precisaria discutir* [aproximadamente 45% de concordância]; e item 48 – *Em minha família falar sobre meus problemas confunde mais as coisas* [aproximadamente 32% de concordância]).

Os itens da dimensão 6 – Reciprocidade de papéis/Conflito de papéis e as respectivas frequências das respostas encontram-se na tabela 21.

**Tabela 21 - Distribuição das frequências de respostas aos itens da dimensão 6 - Reciprocidade de papéis/Conflito de papéis da FDM II para a amostra estudada (n = 251)**

Itens	Concordo Plenamente	Concordo	Concordo mais do que discordo	Discordo mais do que concordo	Discordo	Discordo plenamente
5. Nós concordamos com a maneira pela qual as tarefas são divididas	22 (8,8%)	124 (49,4%)	45 (17,9%)	13 (5,2%)	40 (15,9%)	7 (2,8%)
7. Eu não consigo ajuda suficiente com o trabalho em casa	2 (0,8%)	38 (15,1%)	21 (8,4%)	8 (3,2%)	164 (65,3%)	18 (7,2%)
12. Eu acho justa a minha parte do trabalho doméstico	31 (12,4%)	168 (66,9%)	16 (6,4%)	7 (2,8%)	24 (9,6%)	5 (2%)
19. Está tudo bem se cada um fizer as tarefas do seu jeito	6 (2,4%)	112 (44,6%)	23 (9,2%)	19 (7,6%)	89 (35,5%)	2 (0,8%)
22. Os outros oferecem ajuda nas minhas tarefas	11 (4,4%)	125 (49,8%)	26 (10,4%)	9 (3,6%)	72 (28,7%)	8 (3,2%)
23. Nosso relacionamento uns com os outros é bom	71 (28,3%)	158 (62,9%)	17 (6,8%)	2 (0,8%)	3 (1,2%)	0
24. Para mim sobram os piores trabalhos	3 (1,2%)	26 (10,4%)	16 (6,4%)	6 (2,4%)	168 (66,9%)	32 (12,7%)
37. Preciso lembrar os outros para fazerem suas tarefas	17 (6,8%)	71 (28,3%)	35 (13,9%)	12 (4,8%)	112 (44,6%)	4 (1,6%)
40. Os outros esperam que eu me comporte de maneiras com as quais eu discordo	8 (3,2%)	66 (26,3%)	27 (10,8%)	15 (6%)	131 (52,2%)	4 (1,6%)
42. Eu faço mais tarefas além das que foram repartidas comigo	11 (4,4%)	71 (28,3%)	17 (6,8%)	10 (4%)	131 (52,2%)	11 (4,4%)
59. Estou satisfeito com a forma pela qual o trabalho é feito	34 (13,5%)	165 (65,7%)	19 (7,6%)	11 (4,4%)	20 (8%)	2 (0,8%)
66. Eu não gosto do trabalho que eu tenho que fazer	0	18 (7,2%)	13 (5,2%)	11 (4,4%)	185 (73,7%)	24 (9,6%)

Embora haja um predomínio de respostas de concordância nos itens positivos e um predomínio de respostas de discordância nos itens negativos desta dimensão, a diferença entre as proporções das respostas de concordância e de discordância é a menor de toda a escala, isto é, há uma distribuição mais equilibrada da frequência das respostas entre estes dois pólos.

Houve maior frequência da resposta “concordo plenamente” no item 23 – *Em minha família nosso relacionamento uns com os outros é bom* (71; 28,3%). A resposta “concordo” foi mais frequente no item 12 – *Em minha família eu acho justa a minha parte do trabalho doméstico* (168; 66,9%). A resposta “concordo mais do que discordo” foi mais frequente no item 5 – *Em minha família nós concordamos com a maneira pela qual as tarefas são divididas* (45; 17,9%), e 19 (7,6%) participantes responderam que “discordam mais do que concordam” com o item 19 – *Em minha família está tudo bem se cada um fizer as tarefas do seu jeito*. O item no qual houve a maior frequência da resposta “discordo” foi o item 66 – *Em minha família eu não gosto do trabalho que eu tenho que fazer* (185; 73,7%). E a resposta “discordo plenamente” foi mais frequente no item 24 – *Em minha família para mim sobram os piores trabalhos* (32; 12,7%).

Entre os itens positivos, o que teve maior frequência de resposta de concordância foi o item 23 – *Em minha família nosso relacionamento uns com os outros é bom* (98% concordância). O item negativo que teve a maior frequência de resposta de discordância foi o item 66 - *Em minha família eu não gosto do trabalho que eu tenho que fazer* (aproximadamente 88% de discordância).

Considerando as respostas de concordância, o item positivo que teve a menor frequência foi o item 19 – *Em minha família está tudo bem se cada um fizer as tarefas do seu jeito* (aproximadamente 56%). E tendo em vista as respostas de discordância, o item negativo que teve a menor frequência foi o 37 – *Em minha família preciso lembrar os outros para fazerem suas tarefas* (51%).

Houve maior frequência de resposta num mesmo ponto da escala no item 66 – *Em minha família eu não gosto do trabalho que eu tenho que fazer*, ao qual 185 (73,7%) participantes deram a resposta “discordo”.

Esses dados indicam que, para a amostra pesquisada, há razoável reciprocidade de papéis nas relações familiares, acompanhada de certos conflitos. Para muitos participantes não

é aceito que cada membro da família faça as tarefas de seu jeito, bem como muitos não recebem a ajuda que gostariam. Além disso, quase metade dos participantes revelou que precisa lembrar os outros para fazerem suas tarefas ou que há discordância em relação ao seu comportamento. Por outro lado, uma grande proporção de participantes está satisfeita com a forma pela qual o trabalho é feito e acha justa a sua parte do trabalho doméstico.

Nessa dimensão, o pólo negativo Conflito de papéis se destaca não tanto por uma menor proporção das respostas de discordância nos itens negativos, mas por menor frequência das respostas de concordância aos itens positivos.

### 7.2.3 Propriedades psicométricas da versão adaptada da FDM II

#### 7.2.3.1 Fidedignidade

Na avaliação da consistência interna, medida pelo coeficiente alfa de Cronbach, obteve-se  $\alpha=0,90$ , o que indica que a escala possui um grau de precisão elevado. Considerando-se os construtos definidos pelas autoras, Dimensão 1 – Individuação/Simbiose, Dimensão 2 – Mutualidade/Isolamento, Dimensão 3 – Flexibilidade/Rigidez, Dimensão 4 – Estabilidade/Desorganização, Dimensão 5 – Comunicação clara/Comunicação confusa ou distorcida e Dimensão 6 – Reciprocidade de papéis/Conflito de papéis, os coeficientes alfa de Cronbach foram, respectivamente, 0,48; 0,82; 0,55; 0,69; 0,79 e 0,64. Isso é, nas dimensões 2 – Mutualidade/Isolamento e 5 – Comunicação clara/Comunicação não clara ou distorcida a consistência interna dos itens foi muito boa. Na dimensão 4 – Estabilidade/Desorganização a consistência interna dos itens foi razoável. E nas dimensões 1 – Individuação/Simbiose, 3 – Flexibilidade/Rigidez e 6 – Reciprocidade de papéis/Conflito de papéis, a consistência interna dos itens foi insatisfatória, de acordo com Pasquali (2003). Na tabela 22 encontram-se os coeficientes



alfa de Cronbach geral e para as dimensões da escala, comparados com os obtidos pelas autoras em três amostras pesquisadas.

**Tabela 22 - Comparação dos coeficientes alfa de Cronbach geral e por dimensões da versão adaptada da escala FDM II com os obtidos pelas autoras em três amostras usando a FDM**

$\alpha$ de Cronbach	Versão adaptada	Populações investigadas		
	(66 itens)	Normal (55 itens)	Risk (55 itens)	Illness (55 itens)
Geral	0,90			
1 Individação/ Simbiose	0,48	0,48	0,60	0,46
2 Mutualidade/ Isolamento	0,82	0,88	0,84	0,88
3 Flexibilidade/ Rigidez	0,55	0,64	0,53	0,61
4 Estabilidade/ Desorganização	0,69	0,85	0,72	0,69
5 Comunicação clara/ Comunicação confusa ou distorcida	0,79	0,88	0,83	0,83
6 Reciprocidade de papéis/ Conflito de papéis	0,64	0,76	0,77	0,79

Comparando os coeficientes alfa para cada dimensão com os obtidos pelas autoras, nota-se que, apesar de que em alguns domínios a fidedignidade foi baixa ou moderada, os resultados foram próximos nas dimensões 1 – Individação/simbiose, 2 – Mutualidade/Isolamento, 3 – Flexibilidade/Rigidez, 4 – Estabilidade/Desorganização e 5 – Comunicação clara/Comunicação confusa ou distorcida. Houve maior discrepância de coeficientes na dimensão 6 – Reciprocidade de papéis/Conflito de papéis. É importante mencionar que os resultados das autoras referem-se aos testes realizados com a escala em sua primeira versão.

Comparando os coeficientes alfa de Cronbach obtidos nesse estudo com os obtidos em outras pesquisas que utilizaram a FDM II, observa-se que o coeficiente geral está um pouco

acima, mas bem próximo do encontrado no estudo de Tammentie et al. (2004). Quanto aos coeficientes para cada dimensão, como se pode observar na tabela 23, constata-se variação nos resultados dos diferentes estudos, sendo que em relação às dimensões 1 – Individuação/Simbiose, 5 – Comunicação clara/Comunicação confusa ou distorcida e 6 – Reciprocidade de papéis/Conflito de papéis, os coeficientes alfa de Cronbach nesse estudo ficaram abaixo dos obtidos nos estudos de Kanervisto et al. (2007), Tammentie et al. (2004) e White et al. (2003). Na dimensão 2 – Mutualidade/Isolamento, o coeficiente obtido ficou abaixo, porém bem próximo dos obtidos pelos demais estudos. Na dimensão 3 – Flexibilidade/Rigidez, o coeficiente ficou abaixo comparado com os estudos de Tammentie et al. (2004) e White et al. (2003), e acima do que o de Kanervisto et al. (2007). Em relação à dimensão 4 – Estabilidade/Desorganização, nesse estudo obteve-se coeficiente abaixo do de White et al. (2003) e acima dos de Kanervisto et al. (2007) e Tammentie et al. (2004).

**Tabela 23 - Comparação dos coeficientes alfa de Cronbach geral e por dimensões da versão adaptada da escala FDM II e outros estudos que utilizaram a FDM II**

$\alpha$ de Cronbach	Versão adaptada (66 itens)	Estudos		
		White et al. (2003) (66 itens)	Tammentie et al. (2004) (66 itens)	Kanervisto et al. (2007) (66 itens)
Geral	0,90	Não publicado	0,86	Não publicado
1 Individuação/ Simbiose	0,48	0,82	0,62	0,63
2 Mutualidade/ Isolamento	0,82	0,91	0,86	Não publicado
3 Flexibilidade/ Rigidez	0,55	0,63	0,72	0,47
4 Estabilidade/ Desorganização	0,69	0,75	0,57	0,53
5 Comunicação clara/ Comunicação confusa ou distorcida	0,79	0,85	0,86	Não publicado
6 Reciprocidade de papéis/ Conflito de papéis	0,64	0,81	0,85	Não publicado

Assim, verifica-se que a dimensão cujo coeficiente alfa de Cronbach mostra-se mais alinhado com os dos demais estudos é a dimensão 2 - Mutualidade/Isolamento, cuja fidedignidade pode ser considerada muito boa. Os coeficientes alfa de Cronbach das dimensões 3 - Flexibilidade/Rigidez, 4 - Estabilidade/Desorganização e 5 - Comunicação clara/Comunicação confusa ou distorcida mostraram-se razoavelmente próximas dos coeficientes obtidos nos estudos citados, podendo ser considerados moderadamente fidedignos. Entre as demais dimensões, a dimensão 1 - Individuação/Simbiose mostrou baixa fidedignidade.

Os valores de alfa por dimensões do instrumento, excluindo-se cada item são apresentados nas tabelas 24, 25, 26, 27, 28, 29:

**Tabela 24 - Valores de alfa de Cronbach da dimensão 1 - Individuação/Simbiose da versão adaptada da FDM II, excluindo-se cada item**

<b>Dimensão</b>	<b>Item excluído</b>	<b>alfa</b>
	4. Eu tenho um lugar para as minhas próprias coisas	0,44
	10. Eu tomo minhas decisões por conta própria	0,49
	16. Eu deixo os outros saberem o que eu quero	0,48
	28. Eles querem que eu goste da mesma comida	0,47
	31. É permitido que eu tenha minhas próprias opiniões	0,44
	34. Eu me protejo por conta própria	0,51
I	38. Eu não faço coisas a menos que alguém concorde	0,45
	39. É importante que todos nós pensemos da mesma maneira	0,46
	50. Eu tenho um lugar onde eu posso ficar sozinho	0,46
	52. Eu deixo que os outros decidam por mim	0,49
	57. Eu tenho coisas que pertencem a mim mesmo	0,43
	60. Eu penso que somos todos iguais	0,51
	65. Eu tenho opinião própria	0,41
<b>Todos os itens</b>		<b>0,48</b>

A retirada dos itens 34 e 60 aumentam um pouco o valor do coeficiente alfa de Cronbach desta dimensão de 0,48 para 0,51.

**Tabela 25 - Valores de alfa de Cronbach da dimensão 2 - Mutualidade/Isolamento da versão adaptada da FDM II, excluindo-se cada item**

<b>Dimensão</b>	<b>Item excluído</b>	<b>alfa</b>
II	3. Eu cuido dos outros	0,83
	14. Eu percebo uma sensação de aconchego	0,80
	15. Eu guardo os sentimentos comigo mesmo	0,84
	18. Eu me sinto excluído	0,80
	20. Quando eu me sinto triste, alguém me consola	0,81
	30. Existe alguém que se preocupa comigo	0,81
	32. Eu tenho intimidade	0,81
	43. Eu tenho a sensação de união	0,80
	45. Eu sou um solitário	0,80
	55. Ninguém se preocupa comigo	0,80
	56. Eu não me sinto próximo de ninguém	0,80
	<b>Todos os itens</b>	

Há um ligeiro aumento do coeficiente alfa de Cronbach da dimensão 2 de 0,82 para 0,83 com a retirada do item 3 e para 0,84 com a retirada do item 15.

**Tabela 26 - Valores de alfa de Cronbach da dimensão 3 - Flexibilidade/Rigidez da versão adaptada da FDM II, excluindo-se cada item**

<b>Dimensão</b>	<b>Item excluído</b>	<b>alfa</b>
III	1. As atividades do dia-a-dia podem ser mudadas	0,55
	8. Eu raramente mudo as minhas rotinas	0,55
	11. A maneira correta de fazer as coisas é importante	0,55
	13. Uma vez que se toma uma decisão, é difícil mudar	0,50
	26. Visitas de nossos amigos não nos aborrecem	0,54
	29. Eu me limito às minhas rotinas diárias	0,51
	35. Quando as coisas dão erradas, nós tentamos diferentes maneiras de lidar com elas	0,55
	41. É fácil mudar os planos	0,53
	51. Não posso quebrar as regras	0,51
	53. É difícil mudar as regras	0,44
	<b>Todos os itens</b>	

Não há aumento do alfa de Cronbach com a retirada de nenhum item dessa dimensão da escala.

**Tabela 27 - Valores de alfa de Cronbach da dimensão 4 - Estabilidade/Desorganização da versão adaptada da FDM II, excluindo-se cada item**

<b>Dimensão</b>	<b>Item excluído</b>	<b>alfa</b>
IV	9. Eu sei o que posso esperar de um dia para o outro	0,69
	17. Eu sei que nós podemos resolver as coisas quando elas estão erradas	0,66
	27. Eu não sei como o dinheiro será gasto	0,67
	44. Eu sei o que posso esperar dos outros membros	0,66
	49. Parece que alguma coisa está sempre dando errado	0,64
	58. Nós sabemos como entrar em contato com os membros da família se necessário	0,67
	61. Tudo desmorona quando há problemas	0,65
	63. Eu não sei o que esperar de um dia para o outro	0,63
	64. É importante saber onde os membros da família estão	0,68
<b>Todos os itens</b>		<b>0,69</b>

Novamente, não há aumento do alfa de Cronbach com a retirada de nenhum item dessa dimensão da escala.

**Tabela 28 - Valores de alfa de Cronbach da dimensão 5 - Comunicação clara/Comunicação confusa ou distorcida da versão adaptada da FDM II, excluindo-se cada item**

<b>Dimensão</b>	<b>Item excluído</b>	<b>alfa</b>
V	2. Eu acho que conversamos sobre as coisas importantes	0,78
	6. Eu penso que conversar não me leva a lugar nenhum	0,78
	21. Eu penso que nós evitamos falar de assuntos que a família precisaria discutir	0,77
	25. Algumas pessoas dizem uma coisa e querem dizer outra	0,79
	33. Quando eu falo, alguém ouve o que estou dizendo	0,77
	36. Nós fazemos perguntas quando não entendemos uns aos outros	0,77
	46. Eu sei quando os membros estão aborrecidos pela forma como eles aparentam	0,80
	47. Quando há um mal entendido, nós conversamos sobre o assunto até esclarecê-lo	0,77
	48. Falar sobre meus problemas confunde mais as coisas	0,77
	54. É difícil dizer o que eu quero falar	0,75
	62. Nós evitamos falar sobre problemas	0,77
<b>Todos os itens</b>		<b>0,79</b>

A retirada do item 46 eleva o alfa de Cronbach dessa dimensão da escala de 0,79 para 0,80.

**Tabela 29 - Valores alfa de Cronbach da dimensão 6 - Reciprocidade de papéis/Conflito de papéis da versão adaptada da FDM II, excluindo-se cada item**

<b>Dimensão</b>	<b>Item excluído</b>	<b>alfa</b>
VI	5. Nós concordamos com a maneira pela qual as tarefas são divididas	0,59
	7. Eu não consigo ajuda suficiente com o trabalho em casa	0,59
	12. Eu acho justa a minha parte do trabalho doméstico	0,64
	19. Está tudo bem se cada um fizer as tarefas do seu jeito	0,68
	22. Os outros oferecem ajuda nas minhas tarefas	0,62
	23. Nosso relacionamento uns com os outros é bom	0,62
	24. Para mim sobram os piores trabalhos	0,60
	37. Preciso lembrar os outros para fazerem suas tarefas	0,64
	40. Os outros esperam que eu me comporte de maneiras com as quais eu discordo	0,63
	42. Eu faço mais tarefas além das que foram repartidas comigo	0,64
	59. Estou satisfeito com a forma pela qual o trabalho é feito	0,59
	66. Eu não gosto do trabalho que eu tenho que fazer	0,63
<b>Todos os itens</b>		<b>0,64</b>

A retirada do item 19 aumenta o coeficiente alfa da dimensão 6 de 0,64 para 0,68.

Em todas as dimensões, a exclusão de itens não altera significativamente os valores de alfa, não havendo justificativa para a retirada de nenhum item do instrumento. Pelo contrário, o que se observa é uma homogeneidade dos resultados, independentemente da exclusão de algum item.

Esses dados sugerem que a maior ou menor fidedignidade das dimensões do instrumento não depende de itens isolados, mas do conjunto de itens.

### 7.2.3.2 Validade

#### 7.2.3.2.1 Análise fatorial

A análise de fatores revelou 20 dimensões do instrumento de 66 itens com autovalores (eigenvalues) maiores do que 1, explicando 65,2% da variância total. Os seis primeiros construtos explicam 36,7% da variância total, com autovalores iguais ou maiores que 2,0. Os itens 1, 9, 16, 52, 60 e 66 não obtiveram cargas fatoriais iguais ou superiores a 0,30. A tabela

30 apresenta os coeficientes dos itens nos seis fatores obtidos através da rotação Varimax. Os itens são apresentados na ordem em que são inseridos nas dimensões 1 – Individuação/Simbiose (13 itens), 2 – Mutualidade/Isolamento (11 itens), 3 – Flexibilidade/Rigidez (10 itens), 4 – Estabilidade/Desorganização (9 itens), 5 – Comunicação clara/Comunicação confusa ou distorcida (11 itens) e 6 – Reciprocidade de papéis/Conflito de papéis (12 itens), de acordo com Lasky et al. (1985). Os valores dos coeficientes dos itens nas seis dimensões estão sombreados na cor cinza.

**Tabela 30 - Matriz de rotação Varimax dos componentes principais da versão adaptada da FDM II**

Dimensões	Itens	Componentes					
		1	2	3	4	5	6
1 Individuação/ Simbiose	4	0.13153	-0.28888	-0.06536	0.28375	<b>0.30929</b>	0.13578
	10	-0.17733	0.06440	0.13459	-0.14761	<b>0.66610</b>	-0.08942
	16	0.17014	-0.14462	-0.20743	<b>0.29710</b>	0.16341	0.11025
	28	0.17623	0.18342	-0.26106	0.12411	-0.15167	<b>0.30867</b>
	31	<b>0.39537</b>	0.03548	-0.22230	0.12874	<b>0.48178</b>	0.05334
	34	-0.19151	0.07832	<b>0.29918</b>	-0.10139	0.16621	-0.01862
	38	0.03801	<b>0.32287</b>	-0.07584	-0.18995	<b>0.42101</b>	0.16665
	39	-0.03112	0.05270	-0.05350	-0.09091	0.02862	<b>0.63590</b>
	50	0.02499	-0.36207	0.10428	0.03208	0.17707	<b>0.41357</b>
	52	0.17468	0.13535	-0.15290	0.05383	-0.04294	0.07236
	57	0.18790	-0.04552	0.13819	0.17398	0.31512	<b>0.37213</b>
	60	-0.11561	0.02455	0.21273	0.07043	-0.07215	0.14354
	65	0.09841	0.12909	-0.01436	0.06749	<b>0.60329</b>	0.17435
2 Mutualidade/ Isolamento	3	0.14689	-0.08138	-0.09378	<b>0.56924</b>	-0.13155	0.18836
	14	<b>0.62235</b>	-0.10078	-0.12723	0.02141	0.02972	0.16143
	15	0.08922	-0.06827	<b>-0.58529</b>	0.02551	-0.06636	-0.06319
	18	<b>0.64986</b>	-0.05706	<b>-0.33080</b>	-0.14433	-0.04928	0.04228
	20	<b>0.46949</b>	-0.19595	-0.27410	0.04167	0.11364	-0.06658
	30	<b>0.73249</b>	0.02092	0.04846	-0.00133	0.05070	0.06221
	32	<b>0.41580</b>	-0.33913	-0.29239	0.21424	0.03454	-0.07919
	43	<b>0.60852</b>	<b>-0.34998</b>	-0.10905	-0.03632	0.00119	-0.03878
	45	<b>0.65544</b>	-0.08046	-0.21143	0.00203	-0.20728	0.05790
	55	<b>0.72407</b>	-0.00346	-0.10462	-0.02482	0.11324	0.12101
56	<b>0.69358</b>	-0.15684	-0.22930	-0.04381	-0.06865	0.06990	
3 Flexibilidade/ Rigidez	1	0.10017	0.21759	-0.06515	0.18857	0.24991	0.17911
	8	0.04114	0.00409	-0.11079	0.04887	0.01845	<b>0.44240</b>
	11	<b>-0.51824</b>	0.00289	0.02259	-0.03350	0.13904	0.02827
	13	0.08635	0.16516	<b>-0.39947</b>	-0.02954	-0.09626	0.29466
	26	<b>0.40168</b>	0.03958	-0.12570	0.07374	0.07199	0.07111
	29	0.16610	0.03075	-0.17953	0.04604	0.17992	<b>0.44171</b>
	35	<b>0.33712</b>	<b>-0.32003</b>	-0.07770	0.11509	-0.09202	0.00861
	41	0.03965	-0.15237	<b>-0.49344</b>	0.12387	0.28605	-0.14717
	51	0.13304	0.25677	<b>-0.33777</b>	-0.06466	0.04409	0.13542
53	0.13056	0.02441	<b>-0.59671</b>	-0.06250	0.09730	0.22407	

Dimensões	Itens	Componentes					
		1	2	3	4	5	6
4 Estabilidade/ Desorganização	9	0.19242	-0.12038	-0.05221	0.00027	0.21752	-0.13878
	17	<b>0.43754</b>	<b>-0.41018</b>	-0.16146	0.12996	-0.01548	-0.13412
	27	0.25782	-0.16878	-0.28931	0.11127	<b>-0.30429</b>	0.09272
	44	<b>0.47361</b>	-0.04202	-0.18643	-0.13084	0.21207	-0.11639
	49	0.23374	-0.28171	<b>-0.48168</b>	-0.19425	-0.18498	0.24385
	58	<b>0.46135</b>	-0.16157	-0.08588	-0.02312	0.01004	0.05090
	61	0.21666	-0.07190	<b>-0.46329</b>	-0.11990	-0.18350	0.14005
	63	<b>0.34978</b>	-0.16627	-0.26959	-0.16173	0.00856	<b>0.32461</b>
	64	<b>0.49268</b>	0.05187	-0.03494	0.02971	-0.09914	-0.24690
5 Comunicação clara/ Comunicação confusa ou distorcida	2	<b>0.34117</b>	-0.23692	<b>-0.32701</b>	<b>0.33271</b>	0.07857	-0.02489
	6	0.26450	0.06246	<b>-0.41158</b>	0.06036	-0.14004	0.27659
	21	0.16713	-0.12790	<b>-0.49873</b>	0.09572	-0.06469	0.24414
	25	0.20212	0.00194	<b>-0.44122</b>	-0.00283	-0.17757	-0.20429
	33	<b>0.47717</b>	-0.20186	<b>-0.39687</b>	0.13237	0.27299	-0.14241
	36	<b>0.40974</b>	<b>-0.35264</b>	<b>-0.35785</b>	0.22112	0.00463	-0.09362
	46	<b>0.40470</b>	0.24162	0.12539	-0.05125	0.02375	0.25655
	47	0.24231	<b>-0.49991</b>	<b>-0.39784</b>	0.19112	0.03166	-0.19133
	48	0.13749	-0.09820	<b>-0.63830</b>	0.05902	0.09804	0.02653
	54	<b>0.30704</b>	-0.10496	<b>-0.70051</b>	-0.07858	-0.03248	-0.00843
	62	0.33471	0.10340	<b>-0.42104</b>	-0.02844	0.02792	<b>0.32818</b>
6 Reciprocidade de papéis/ Conflito de papéis	5	0.10110	<b>-0.76237</b>	-0.08885	-0.11065	-0.06469	0.04823
	7	0.20497	<b>-0.38124</b>	-0.22637	<b>-0.47669</b>	0.02011	0.16217
	12	0.10461	<b>-0.38823</b>	0.08911	0.21136	-0.04521	0.16066
	19	-0.09031	-0.15830	0.17702	-0.19214	0.17495	<b>-0.35489</b>
	22	<b>0.31329</b>	-0.24106	-0.21146	-0.07643	0.28202	0.05596
	23	<b>0.61227</b>	-0.29077	-0.18727	0.00404	0.02203	0.04015
	24	<b>0.36880</b>	-0.11511	-0.11415	<b>-0.43389</b>	-0.08263	0.26911
	37	-0.07946	-0.27111	-0.14868	<b>-0.38203</b>	-0.02251	0.05334
	40	0.08586	-0.21461	<b>-0.54252</b>	-0.00245	-0.01322	0.01014
	42	0.20372	-0.05917	0.00515	<b>-0.63277</b>	0.03196	0.01568
	59	0.22413	<b>-0.66796</b>	-0.09726	-0.09466	-0.12159	-0.05556
	66	0.18728	-0.11386	-0.12139	0.05910	-0.13474	0.23923

Na amostra testada, a análise fatorial revelou que não houve concordância dos fatores obtidos com a proposta teórica das autoras sobre a dimensionalidade da escala.

Na dimensão 1 – Individuação/Simbiose, houve maior concentração de itens com cargas fatoriais maiores do que 0,30 na dimensão 5 proposta pelas autoras. A maioria dos itens da dimensão 2 – Mutualidade/isolamento obteve carga fatorial maior do que 0,30 na dimensão 1 proposta pelas autoras. A distribuição das cargas fatoriais dos itens da dimensão 3 – Flexibilidade/Rigidez também variou entre as dimensões propostas pelas autoras, havendo



uma leve concentração na dimensão 3, com cargas negativas. Na dimensão 4 – Estabilidade/Desorganização, a distribuição das cargas fatoriais também variou, com maior concentração de itens com carga maior do que 0,30 na dimensão 1 definida pelas autoras. As cargas fatoriais maiores do que 0,30 dos itens da dimensão 5 – Comunicação clara/Comunicação confusa ou distorcida distribuíram-se predominantemente na dimensão 3 definida pelas autoras. Quanto aos itens da dimensão 6 – Reciprocidade de papéis/Conflito de papéis, os que tiveram carga fatorial maior do que 0,30, distribuíram-se de forma variada, não sendo possível observar concentração de suas cargas fatoriais em nenhum dos fatores definidos pelas autoras.

Foram realizadas análises fatoriais de mais três instrumentos. Tomando como referência a concordância dos juízes com as autoras na etapa de análise de face e de conteúdo por juízes, foram excluídos do instrumento original 19 itens com concordância igual ou menor de 1/3 entre os juízes e as autoras, o que resultou no instrumento 2, denominado Juízes 1. O instrumento resultante da retirada dos 19 itens foi acrescido de 3 itens cuja concordância entre os juízes era igual ou maior a 2/3, embora discordantes das autoras, dando origem ao instrumento 3, denominado Juízes 2. E o quarto instrumento foi obtido selecionando-se os itens do instrumento original com carga fatorial menor do que 0,30, sendo denominado Carga  $\geq 0,30$ .

Na tabela 31 apresentam-se os resultados obtidos da análise fatorial dos instrumentos: (1) versão adaptada da FDM II, com 66 itens; (2) versão adaptada da FDM II descartados 19 itens discordantes de 2/3 dos juízes com as autoras; (3) o instrumento anterior acrescido de 3 itens com concordância de 2/3 dos juízes, mas discordantes das autoras; e (4) versão adaptada da FDM II descartados 5 itens com carga fatorial menor do que 0,30.

**Tabela 31 - Análise fatorial dos instrumentos da versão adaptada da FDM II (66 itens), Juízes 1 (47 itens), Juízes 2 (50 itens), carga  $\geq 0,30$  (60 itens)**

	Versão adaptada FDM II	Juízes 1	Juízes 2	Carga $\geq 0,30$
Nº de itens	66	47	50	60
Nº de fatores	20	15	16	18
% de variância (6 fatores)	36,7	40,0	39,2	39,4

A análise fatorial dos quatro instrumentos descritos acima revela que a retirada de itens contribui para a diminuição do número de fatores obtidos, e para o aumento da porcentagem da variância explicada por eles.

A análise fatorial realizada pelas autoras da FDM aplicada a uma amostra combinada de famílias normais e de famílias de alto-risco também não confirmou a dimensionalidade teórica da escala, e revelou dois fatores mais significativos, um fator com eigenvalue igual a 9,75 e outro com eigenvalue igual a 3,33. O primeiro fator continha dez itens com cargas acima de 0,50, e esses itens eram principalmente da dimensão 2 – Mutualidade/Isolamento e da dimensão 5 Comunicação clara-Comunicação confusa ou distorcida. No segundo fator, quatro itens apresentaram carga acima de 0,50, e pertenciam à dimensão 4 – Estabilidade/Desorganização. Comparando esses resultados com os obtidos na aplicação da versão adaptada da FDM II à amostra brasileira de familiares de mulheres portadoras de câncer de mama, observa-se que a maioria dos itens da dimensão 1 – Mutualidade-Isolamento possui carga fatorial acima de 0,50 na dimensão 1 definida teoricamente pelas autoras, sendo possível confirmar a dimensionalidade dessa sub-escala.

Os itens 9, 16, 52, 60 e 66 tiveram cargas fatoriais menores que 0,30, apresentando comunalidades iguais a 0,12; 0,22; 0,08; 0,09 e 0,14, respectivamente, as quais são consideradas baixas (próximas de zero). Retirando esses itens (9, 16, 52, 60 e 66), cujas cargas fatoriais foram menores do que 0,30, observa-se que o instrumento melhora o seu desempenho na porcentagem de variância (36,7% x 39,4%) e na dimensão 1 –

Individuação/Simbiose (0,48 x 0,53), e piora na dimensão 6 (0,64 x 0,62). Como há mais ganho do que perda, sugere-se a adaptação do instrumento sem estes itens.

#### 7.2.3.2.2 Validade convergente da versão adaptada da FDM II com a HADS

O teste de correlação de Spearman aplicado às medidas de ansiedade e depressão da HADS e às medidas das sub-escalas da versão adaptada da FDM II resultou nos valores apresentados na tabela 38:

**Tabela 32 - Correlação de Spearman das dimensões da versão adaptada da FDM II com as sub-escalas da HADS, e correspondentes valores de p do teste de nulidade**

FDM II	HADS			
	Ansiedade		Depressão	
	r	p	r	p
1 Individuação/ Simbiose	0,13	0,048	-0,05	0,440
2 Mutualidade/ Isolamento	-0,19	0,003	-0,34	<0,001
3 Flexibilidade/ Rigidez	-0,22	0,001	-0,26	<0,001
4 Estabilidade/ Desorganização	-0,38	<0,001	-0,35	<0,001
5 Comunicação clara/ Comunicação confusa ou distorcida	-0,34	<0,001	-0,34	<0,001
6 Reciprocidade de papéis/ Conflito de papéis	-0,30	<0,001	-0,35	<0,001

Os valores obtidos nas correlações entre as medidas de ansiedade da HADS e as medidas das dimensões 4, 5 e 6 da versão adaptada da FDM II foram de sentido inverso e de intensidade moderada ( $r = -0,38$ ,  $p < 0,001$ ;  $r = -0,34$ ,  $p < 0,001$ ;  $r = -0,30$ ,  $p < 0,001$ ,

respectivamente) (ANDRESEN, 2000). As correlações entre as medidas de ansiedade da HADS com as medidas das dimensões 1, 2 e 3 da FDM II foram fracas.

Nas correlações entre as medidas de depressão e as medidas das dimensões 2, 4, 5 e 6 da versão adaptada da FDM II, obtiveram-se correlações também de sentido inverso e de intensidade moderada ( $r = -0,34$ ,  $p < 0,001$ ,  $r = -0,35$ ,  $p < 0,001$ ,  $r = -0,34$ ,  $p < 0,001$ ,  $r = -0,35$ ,  $p < 0,001$ , respectivamente). Por outro lado, as correlações das medidas de depressão da HADS com as medidas das dimensões 1 e 3 da FDM II foram também de sentido inverso, porém fracas.

As medidas das dimensões 1 – Individuação/Simbiose e 3 – Flexibilidade/Rigidez da FDM II não apresentaram correlação suficiente com as medidas de ansiedade e de depressão da HADS.

## 8 DISCUSSÃO

A adaptação transcultural de instrumentos de medida consiste num processo complexo de transposição de um material lingüístico de um universo cultural a outro, mantendo sua equivalência e, ao mesmo tempo, sua adequação para medir um mesmo construto em grupos culturais distintos.

O processo de adaptação transcultural da Family Dynamics Measure II foi realizado à luz das orientações de Beaton et al. (2000), Chwalow (1995) e Maneesriwongul; Dixon (2004). Foram realizadas traduções, retro-traduições, revisões e sínteses das versões conforme propostas desses autores. A autora principal da escala participou do processo de adaptação, analisando a versão retro-traduzida (VI2). Antes de ser aplicada a uma amostra da população, a versão obtida, após a retro-tradução e a revisão da autora principal, foi submetida a mais três etapas de verificação de sua adequação. Dois juízes fizeram uma análise da validade de conteúdo; a seguir, nove familiares participaram da análise semântica, e mais 9 juízes realizaram a análise de face e de conteúdo da escala através da técnica indicada por Pasquali (2003). A cada uma das etapas, o instrumento foi revisto e algumas modificações foram feitas, alcançando-se uma versão adaptada da FDM II, considerada adequada para ser submetida ao teste de suas propriedades psicométricas.

Na etapa de análise semântica, dezesseis itens foram apontados como de compreensão limitada, e para dez itens foram dadas sugestões para melhora da redação. Dos itens questionados, quatorze foram modificados. Após a análise de face e de conteúdo por juízes, houve sugestão de alteração semântica de mais cinco itens. As alterações de tais itens

possibilitaram a obtenção de uma versão da FDM II em português capaz de ser compreendida por pessoas com nível de entendimento equivalente ao de uma criança de doze anos.

A seguir, foi realizada a análise de face e de conteúdo por juízes. Nessa etapa da adaptação transcultural da FDM II, buscou-se avaliar o nível de concordância de juízes especialistas em família com as autoras do instrumento quanto à operacionalidade dos itens para representar as seis dimensões teóricas do funcionamento familiar, tomadas como referência para a construção do instrumento. Os resultados obtidos indicaram que em mais de um quarto dos itens houve concordância de 100% entre os juízes e as autoras. Nas dimensões 1, 2, 3 e 5 a média de concordância da dimensão superou 70%, enquanto nas dimensões 4 e 6 essas médias foram de aproximadamente 63%. Esses valores sugerem que o conteúdo teórico/operacional do instrumento traduzido está satisfatoriamente adequado para avaliar o funcionamento de famílias.

Nos itens 23 (*Em minha família nosso relacionamento uns com os outros se dá muito bem*) e 29 (*Em minha família eu me atendo às minhas rotinas diárias*) houve total discordância entre os juízes e as autoras quanto à dimensionalidade dos itens. Novamente, levanta-se a hipótese de haver uma diferença cultural na forma de entender esses itens. Para as autoras, o relacionamento com os outros tem um sentido mais pragmático, de papéis desempenhados em conjunto (reciprocidade de papéis), enquanto para a maioria dos juízes foi entendido mais como uma proximidade dos membros da família (mutualidade). As autoras consideram o item 29 um representante de rigidez, e os juízes consideraram-no mais como um representante da estabilidade familiar. O grau de fixidez indicado pelo item pode não ter ficado claro na sua tradução para o português. Esses itens, mais aqueles em que houve um nível baixo de concordância entre os juízes e as autoras foram assinalados para análises posteriores, associadas com os resultados psicométricos do instrumento.

O teste das propriedades psicométricas do instrumento foi realizado a partir da aplicação da versão adaptada da FDM II a uma amostra de familiares de mulheres portadoras de câncer de mama. Optou-se por testar a FDM II nessa amostra porque os familiares de pacientes crônicos freqüentemente são expostos a estresses variados decorrentes da situação de doença e de tratamento, vivenciando, por conseqüência, modificações do funcionamento familiar que podem levar a desajustes psicossociais, sendo importante que os profissionais de saúde disponham de instrumentos para avaliar a dinâmica dessas famílias para oferecer a atenção necessária a elas.

Nesse estudo, a versão adaptada da FDM II foi aplicada em 251 familiares, havendo um predomínio da participação de esposos e filhas, o que confirma as observações de Bernard; Guarnaccia (2003), Grunfeld et al. (2004) e Northouse et al. (2005), de que esses membros da família muitas vezes assumem o papel de cuidadores da mulher portadora de câncer de mama, acompanhando-a aos serviços de saúde e atuando como intermediários e porta-vozes em relação aos demais membros do grupo familiar.

A análise estatística descritiva das respostas dos participantes ao instrumento revelou que as médias das dimensões ficaram todas acima do valor médio do intervalo possível para cada uma delas.

Ainda não foram definidos valores da FDM II que discriminem famílias saudáveis de famílias afastadas do equilíbrio; contudo, sabendo-se que escores mais altos indicam famílias mais saudáveis, esses dados podem ser interpretados como sinal de predomínio de saúde no funcionamento familiar da amostra pesquisada.

A dimensão 2 – Mutualidade/Isolamento teve a média de resposta mais elevada da escala. Essa mesma dimensão teve também a mais alta média de concordância dos juízes com as autoras na análise de face e de conteúdo.

Somente um item considerado como pertencente ao pólo positivo da escala teve frequência de resposta de discordância acima do esperado (item 10 – *Em minha família eu tomo minhas decisões por conta própria*). Por outro lado, vários itens considerados negativos pelas autoras tiveram frequência de resposta de discordância abaixo do esperado (item 8 – *Em minha família eu raramente mudo as minhas rotinas*; item 15 – *Em minha família eu guardo os sentimentos comigo mesmo*; item 38 – *Em minha família eu não faço coisas a menos que alguém concorde*; item 39 – *Em minha família é importante que todos nós pensemos da mesma maneira*; e item 60 – *Em minha família eu penso que nós somos todos iguais*).

A frequência de respostas acima ou abaixo da qual era esperada, conforme o tipo de item (positivo ou negativo) sugere que pode haver diferenças culturais entre o país de origem do instrumento e o país para o qual o instrumento está sendo adaptado. Na amostra brasileira, talvez tais itens tenham significados diferentes. Por exemplo, se no país de origem do instrumento tomar decisões por conta própria seja um sinal de autonomia e independência (indivíduoação), e depender da opinião de outros membros da família seja visto de forma negativa, para a amostra pesquisada, a interdependência dos membros da família é algo valorizado, pelo menos nesse momento da vida em que há uma doença sendo enfrentada.

Um olhar mais cuidadoso para esses itens, através da observação dos índices de concordância dos juízes com as autoras do instrumento quanto à sua dimensionalidade, mostra que somente nos itens 38 e 39 os índices de concordância foram menores do que 70%. Na análise semântica, os itens 10 e 15 foram considerados não totalmente claros por dois participantes, e somente os itens 10 e 60 foram revistos. Depreende-se disso que provavelmente a diferença de frequência de respostas a esses itens está de fato relacionada com significados culturais atribuídos aos mesmos, e não a falhas em sua adaptação.

Para a verificação da validade de construto foi realizada a análise de fatores do instrumento. A análise fatorial exploratória revelou 20 dimensões do instrumento com



autovalores (eigenvalue) maiores do que 1, que explicam 65,2% da variância total. As seis primeiras dimensões explicam 36,7% da variância total, com autovalores iguais ou maiores do que 2,0. A distribuição das cargas fatoriais dos itens por dimensão revela que não houve concordância dos fatores obtidos com a dimensionalidade do instrumento proposta teoricamente pelas autoras. Algumas hipóteses são levantadas para explicar esse resultado.

Em primeiro lugar, é importante mencionar que na análise fatorial do instrumento original, em sua primeira versão (FDM), as autoras também não confirmaram a dimensionalidade teórica do instrumento. Portanto, esse resultado não seria indicativo de uma falha no processo de adaptação, mas uma característica do próprio instrumento.

Em segundo lugar, observa-se que o construto “dinâmica familiar” é um construto complexo que envolve um conjunto de dimensões que se inter-relacionam, sendo difícil distingui-los claramente. Segundo Floyd e Widaman (1995), a maioria dos construtos psicológicos é composta por múltiplas facetas correlacionadas, e muitas vezes eles não se conformam aos modelos que requerem que essas facetas apresentem cargas em um único fator. Esse pode ser o caso do construto investigado pela FDM II.

Além disso, uma terceira explicação para os resultados obtidos é o número de itens de cada dimensão. Floyd e Widaman (1995) apontam que questionários moderadamente longos, com mais de cinco itens por dimensão, tornam mais difícil a confirmação da estrutura fatorial. A FDM II é um questionário com 66 itens, com 13 itens na dimensão 1 – Individuação/Simbiose, 11 itens na dimensão 2 – Mutualidade/Isolamento e na dimensão 5 – Comunicação clara/Comunicação confusa ou distorcida, 10 itens na dimensão 3 – Flexibilidade/Rigidez, 9 itens na 4 – Estabilidade/Desorganização e 12 itens na dimensão 6 – Reciprocidade de papéis/Conflito de papéis. O número elevado de itens por dimensão pode ser mais um dos motivos para a dificuldade em confirmar a dimensionalidade teórica proposta pelas autoras.

Retirando os itens que tiveram cargas fatoriais menores que 0,30 na análise fatorial (9, 16, 52, 60 e 66), observa-se que o instrumento melhora o seu desempenho na porcentagem de variância e na dimensão 1 – Individuação/Simbiose, e piora na dimensão 6 – Reciprocidade de papéis/Conflito de papéis. Analisando esses itens em outras etapas de adaptação e validação do instrumento, verifica-se que na análise semântica os itens 9, 16 e 52 foram questionados. Na análise de face e de conteúdo por juízes o item 16 teve concordância de 11,1% entre os juízes e as autoras. Na estatística descritiva dos itens, o item 60 obteve média acima do esperado. E os itens 16, 52 e 60 pertencem à dimensão 1 – Individuação/Simbiose, sub-escala que teve o coeficiente alfa de Cronbach mais baixo de todo o instrumento, sugerindo dificuldades nessa dimensão. Considerando todos os aspectos e constatando haver mais ganho do que perda com a retirada desses itens, sugere-se a adaptação do instrumento sem eles.

A análise da validade convergente das dimensões da FDM II com as sub-escalas de ansiedade e depressão da HADS partiu da hipótese de que pessoas clinicamente consideradas ansiosas e/ou depressivas teriam uma percepção mais negativa do funcionamento de suas famílias. As correlações entre as medidas de ansiedade e depressão da HADS com as medidas das dimensões da FDM II revelaram correlações inversas moderadas entre ansiedade e as dimensões Estabilidade/Desorganização, Comunicação clara/Comunicação confusa ou distorcida e Reciprocidade de papéis/Conflitos de papéis. Não houve confirmação de correlação entre a medida de ansiedade e as medidas das dimensões Individuação/Simbiose, Mutualidade/Isolamento e Flexibilidade/Rigidez. Esse resultado sugere que a ansiedade está associada com o nível de organização das relações familiares, bem como com as trocas comunicativas e instrumentais entre os membros da família. Quanto maior a ansiedade, mais desorganizada a família, mais distorcida e confusa a comunicação entre seus membros e mais conflitos ocorrem entre os papéis desempenhados pelos seus membros. Em outras palavras,

pode-se dizer que a ansiedade pode interferir negativamente na qualidade da comunicação entre os membros da família, na articulação entre os papéis desempenhados por cada um e no grau de estabilidade da rotina familiar. Entretanto, não foram constatadas relações significativas entre a ansiedade e o grau de individuação dos membros da família, nem com o nível de mutualidade ou flexibilidade. Portanto, pode-se dizer que a ansiedade não se relaciona com a autonomia, independência e proximidade dos indivíduos dentro da família, nem tampouco com a possibilidade de modificações dos padrões familiares.

Com relação às correlações entre a medida de depressão da HADS com as medidas das dimensões da versão adaptada da FDM II, constatou-se que a depressão está moderadamente relacionada de forma inversa com as dimensões Mutualidade/Isolamento, Estabilidade/Desorganização, Comunicação clara/Comunicação confusa ou distorcida e Reciprocidade de papéis/Conflito de papéis, ou seja, maiores níveis de depressão estão relacionados com mais isolamento, maior desorganização familiar, comunicação mais confusa ou distorcida e mais conflitos de papéis. Não foram observadas correlações significativas entre a medida de depressão e as medidas de Individuação/Simbiose e Flexibilidade/Rigidez, não havendo interferência do nível de depressão nestes aspectos do funcionamento familiar.

Na avaliação da fidedignidade da versão adaptada da FDM II, por meio da análise da consistência interna dos itens, obteve-se  $\alpha = 0,90$ . De acordo com Andresen (2000), Nunnally; Bernstein (1994 apud TERWEE et al., 2007) e Pasquali (2003), esse resultado revela que o instrumento em estudo apresenta uma ótima fidedignidade.

Analisando os coeficientes alfa de Cronbach obtidos para cada dimensão, constatou-se que nas dimensões 2 – Mutualidade/Isolamento e 5 – Comunicação clara/Comunicação confusa ou distorcida, os resultados obtidos foram muito bons (0,82; 0,79), indicando a precisão dessas dimensões do instrumento. Para a dimensão 4 – Estabilidade/Desorganização, obteve-se coeficiente alfa de Cronbach de 0,69, que pode ser considerado muito próximo do

satisfatório. Para as demais dimensões (1 – Individuação/Simbiose, 3 – Flexibilidade/Rigidez e 4 – Estabilidade/Desorganização), os coeficientes alfa de Cronbach obtidos foram baixos.

Comparando os resultados desse estudo com os obtidos pelas autoras na adaptação do instrumento original (LASKY et al., 1985), verifica-se semelhança entre eles, assim como se observa pela comparação dos coeficientes alfa de Cronbach desse estudo com os obtidos em outras pesquisas que utilizaram a FDM II (KANERVISTO et al., 2007; TAMMENTIE et al. 2004; WHITE et al., 2003;). Com base nessas comparações, confirma-se a fidedignidade da versão adaptada da FDM II para o português.

A análises teóricas e psicométricas da versão adaptada da FDM II mostram que esse instrumento é válido e adequado para ser utilizado no Brasil. Como afirma Urbina (2007), a validade de um instrumento psicológico de medida resulta de evidências acumuladas que apóiam seu uso. Portanto, o processo de validação da versão adaptada da FDM II continua, sendo indicado o seu uso, e que novas pesquisas sejam feitas para o fortalecimento das evidências da validade do mesmo.

## 9 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O interesse para a realização dessa pesquisa surgiu da convivência profissional com mulheres com câncer de mama e com suas famílias. A experiência com tais pessoas, associada com as leituras realizadas, mostravam como uma doença crônica como o câncer de mama é capaz de interferir na dinâmica familiar. Pensando nisso e na importância de se dispor de instrumentos para avaliar o funcionamento das famílias visando atender suas necessidades em serviços de saúde, optou-se por adaptar a Family Dynamics Measure II para o português. Essa escala americana foi construída por um grupo de enfermeiras para ser utilizada em contextos de saúde, tomando por referência a teoria de funcionamento familiar saudável de Barnhill (1979), que compreende seis dimensões consideradas importantes para o conhecimento da dinâmica familiar: individuação/simbiose, mutualidade/isolamento, flexibilidade/rigidez, estabilidade/desorganização, comunicação clara/comunicação confusa ou distorcida e reciprocidade de papéis/conflito de papéis.

Considerando os objetivos propostos, conclui-se que:

- a) A versão em português da FDM II, obtida após os processos de tradução, retro- tradução, análise pela autora principal, análise semântica e análise de face e de conteúdo por juízes mostrou-se adaptada para uso no Brasil, uma vez que manteve as equivalências conceitual, semântica e de medida, bem como a validade relacionada à aparência e ao conteúdo, conforme a versão original;
- b) A análise fatorial não confirmou a dimensionalidade do instrumento proposta teoricamente pelas autoras. Porém, na análise fatorial realizada com o instrumento original isso também ocorreu, mostrando que os resultados obtidos na versão

adaptada não são consequência de falhas no processo de adaptação. A dimensão que obteve cargas fatoriais mais elevadas em um mesmo fator foi a 2 – Mutualidade/Isolamento;

- c) A análise da validade de construto convergente resultou em correlações inversas de moderada a baixa intensidade entre as medidas de ansiedade e depressão e as medidas das dimensões da FDM II. As dimensões 4 – Estabilidade/Desorganização, 5 – Comunicação clara/Comunicação confusa ou distorcida e 6 – Reciprocidade de papéis/Conflito de papéis estão relacionadas inversamente tanto com ansiedade quanto com depressão.
- d) O valor do coeficiente alfa de Cronbach indica a fidedignidade do instrumento em sua aplicação a uma amostra de familiares de mulheres portadoras de câncer de mama. No entanto, os coeficientes para algumas dimensões foram baixos, indicando a necessidade de novas pesquisas em amostras maiores e diferentes para se verificar se os itens de algumas dimensões precisam ser revistos.

Diante dessas conclusões, algumas considerações finais merecem destaque.

Em qualquer campo profissional, fazer distinções é essencial para se definir objetivos e direções a seguir. Na área da saúde, o profissional precisa identificar as necessidades e trabalhar pela promoção da saúde e qualidade de vida das pessoas inseridas em seus contextos familiares e sociais. Atualmente, a atenção às famílias tem se mostrado uma prioridade. Instrumentos de avaliação que sirvam de orientação para os profissionais dirigirem sua intervenção para as verdadeiras necessidades da família são muito úteis. Na ausência de um instrumento nacional, uma das alternativas é adaptar um instrumento construído e utilizado em outro país e cultura.

Como foi vivenciado, o processo de adaptação transcultural e de validação de um instrumento de medida requer cautela e rigor. Existem vários testes que podem ser feitos, mas

na prática clínica nem sempre é possível realizar todos. Como afirma Fayers e Machin (2000) e Urbina (2007), o processo não se encerra após um único estudo. As evidências de validade e fidedignidade devem ser acumuladas para fortalecer a confiança na utilidade do instrumento. Ainda assim, ao longo do tempo podem ser necessárias mudanças no instrumento, uma vez que o ser humano é dinâmico e as formas de se conceber as relações humanas se transformam.

Por ora, considera-se que a versão adaptada da Family Dynamics Measure II pode ser utilizada no Brasil para avaliar o funcionamento familiar de mulheres com câncer de mama, e estudos com outras amostras são indicados para se testar a possibilidade de generalizar o uso do instrumento para outras populações.

**REFERÊNCIAS** (Sistema autor-data)

AJZEN, I.; FISHBEIN, M. **Understanding attitudes and predicting social behavior**. New Jersey: Prentice-Hall, 1998. 278p.

ALFERI, S. M. et al. An exploratory study of social support, distress, and life disruption among low-income hispanic women under treatment for early stage breast cancer. **Health Psychology**, v. 20, n. 1, p. 41-46, 2001.

ANDRESEN, E. M. Criteria for assessing the tools of disability outcomes. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 81, s. 2, Dec 2000.

BADGER, T. et al. A case study of telephone interpersonal counseling for women with breast cancer and their partners. **Oncology Nursing Forum**, v. 31, n. 5, p. 997-1003, 2004.

BAIDER, L. et al. Is perceived family support a relevant variable in psychological distress? A sample of prostate and breast cancer couples. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 55, p. 453-460, 2003.

BAIDER, L. et al. Changes in psychological distress of women with breast cancer in long-term remission and their husbands. **Psychosomatics**, v. 45, n. 1, p. 58-68, jan-feb. 2004.

BARNES, J. et al. Qualitative interview study of communication between parents and children about maternal breast cancer. **British Medical Journal**, v. 321, p.479-482, 2000.

BARNES, J. et al. Factors predicting communication about the diagnosis of maternal breast cancer to children. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 52, p. 209-214, 2002.

BARNHILL, L. R. Healthy family systems. **The Family Coordinator**, v. 22, p. 94 – 100, 1979.

BEATON, D. E.; BOMBARDIER, C.; GUILLEMIN, F.; FERRAZ, M. B. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine**, v. 25, n. 24, p. 3186-3191, 2000.

BEN-ZUR, H.; GILBAR, O.; LEV, S. Coping with breast cancer: patient, spouse, and dyad models. **Psychosomatic Medicine**, v. 63, p. 32-39, 2001.



BERNARD, L. L.; GUARNACCIA, C. A. Two models of caregiver strain and bereavement adjustment: a comparison of husbands and daughters caregivers of breast cancer hospice patients. **The Gerontologist**, v. 43, n. 6, p. 808-816, 2003.

BIFFI, R. G. **A dinâmica familiar de um grupo de mulheres com câncer de mama**. 2003. 179p. Tese Doutorado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto.

BIFFI, R. G.; MAMEDE, M. V. Suporte social na reabilitação da mulher mastectomizada: o papel do parceiro sexual. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 38, n. 3, p. 262-269, 2004.

BILLHULT, A.; SEGESTEN, K. Strength of motherhood: nonrecurrent breast cancer as experienced by mothers with dependent children. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v. 17, p. 122-128, 2003.

BOTEGA, N. J. et al. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Revista de Saúde Pública**, n. 29, v. 5, p. 355-363, 1995.

BOURDIEU, P. **Razões práticas**: sobre a teoria da ação. Campinas: Papyrus, 1996.

BREUNLIN, D. C.; SCHWARTZ, R. C.; KUNE-KARRER, B. M. **Metaconceitos**: transcendendo os modelos de terapia familiar. Tradução de Magda França Lopes. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. 332p.

BUTLER, L. D. et al. Anticipating loss and other temporal stressors predict traumatic stress symptoms among partners of metastatic/recurrent breast cancer patients. **Psycho-Oncology**, v. 14, p. 492-502, 2005.

CAPPELLI, M. et al. Psychological and genetic counseling implications for adolescent daughters of mothers with breast cancer. **Clinical Genetics**, v. 67, p. 481-491, 2005.

CARLSON, L. E. et al. Partner understanding of the breast and prostate cancer experience. **Cancer Nursing**, v. 24, n. 3, p. 231-239, 2001.

CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. (Org.) **As mudanças no ciclo de vida familiar**. Uma estrutura para a terapia familiar. Tradução de Maria Adriana Veríssimo Veronese. 2. ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 510 p.

CERVENY, C. M. O. **A família como modelo**. Desconstruindo a patologia. São Paulo: Editorial Psy, 1994.

CHALMERS, K. et al. Reports of information and support needs of daughters and sisters of women with breast cancer. **European Journal of Cancer Care**, v. 12, p. 81-90, 2003.

CHWALOW, A. J. Cross-cultural validation of existing quality of life scales. **Patient Education and Counseling**, v. 26, p. 313-318, 1995.

COHEN, M. M.; WELLISCH, D. K. Living in limbo: psychosocial intervention in families with a cancer patient. **American Journal of Psychotherapy**, v. 32, n. 4, Oct. 1978.

COZBY, P. C. **Métodos de pesquisa em ciências do comportamento**. Tradução de Paula Inez C. Gomide, Emma Otta. São Paulo: Atlas, 2003. 454 p.

DAVEY, M. et al. Adolescents coping with mom's breast cancer: developing family intervention programs. **Journal of Marriage and Family Therapy**, v. 31, n. 2, p. 247-258, April 2005.

DOOREN, S. et al. The impact of having relatives affected with breast cancer on psychological distress in women at increased risk for hereditary breast cancer. **Breast Cancer Research and Treatment**, v. 89, p. 75-80, 2005.

DORVAL, M. et al. Marital stability after breast cancer. **Journal of the National Cancer Institute**, v. 91, n. 1, p. 54-59, Jan 1999.

DORVAL, M. et al. Couples who get closer after breast cancer: frequency and predictors in a prospective investigation. **Journal of Clinical Oncology**, v. 23, n. 15, p. 3588 - 3596, May 2005.

DURHAM, Eunice R. Família e reprodução humana. In: DURHAM, E. R. et al. **Perspectivas antropológicas da mulher 3**. Rio de Janeiro: Zahar, 1983.

ELMBERGER, E.; BOLUND, C.; LÜTZEN, K. Transforming the exhausting to energizing process of being a good parent in the face of cancer. **Health Care for Women International**, v. 21, p. 485-499, 2000.

FAYERS, P. M.; MACHIN, D. **Quality of life**. Assessment, analysis and interpretation. Chichester: John Wiley & Sons, 2000. 566 p.

FLOYD, F. J.; WIDAMAN, K. F. Factor analysis in the development and refinement of clinical assessment instruments. **Psychological Assessment Issue**, v. 7, n.3, p. 286-299, Sept. 1995.

GRUNFELD, E. et al. Family caregiver burden: results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers. **Canadian Medical Association Journal**, v. 170, n. 12, p. 1795-1801, 2004.

HAKULINEN, T. et al. Dynamics of families during the third trimester of pregnancy in southwest Finland. **International Journal of Nursing Studies**, v. 34, n. 4, p. 270-277, 1997.

HAKULINEN, T.; LAIPPALA, P.; PAUNONEN, M. Relationships between infant temperament, demographic variables, and family dynamics of childrearing families. **Journal of Advanced Nursing**, v. 27, p. 458-465, 1998.

HAKULINEN, T. et al. Relationships between family dynamics of Finnish child-rearing families, factors causing strain and received support. **Journal of Advanced Nursing**, v. 29, n. 2, p. 407-415, 1999.

HALL, E. O. C. et al. Family dynamics during the third trimester of pregnancy in Denmark. **International Journal of Nursing Studies**, v. 31, n. 1, p. 87-95, 1994.

HILTON, B. A.; CRAWFORD, J. A.; TARKO, M. A. Men's perspectives on individual and family coping with their wives' breast cancer and chemotherapy. **Western Journal of Nursing Research**, v. 22, n. 4, p. 438-459, 2000.

HOLMBERG, S. K. et al. Relationship issues of women with breast cancer. **Cancer Nursing**, v. 24, n. 1, p. 53-60, 2001.

**INCA** – Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2008. Incidência de câncer no Brasil. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/index.asp?link=tabelaestados.asp&UF=BR>  
Acesso em: 23/01/2008.

INOUE, S. et al. Factors related to patient's mental adjustment to breast cancer: patient characteristics and family functioning. **Supportive Care in Cancer**, v. 11, p. 178-184, 2003.

IVARSSON, B. et al. Extended written pre-operative information about possible complications at cardiac-surgery – do the patients want to know? **European Journal of Cardio-Thoracic Surgery**, v. 28, p. 407-414, 2005.

KADMON, I. et al. Social support as experienced by Chinese and Israeli husbands of women with breast cancer: a comparative study. **European Journal of Oncology Nursing**, v. 8, p. 131-137, 2004.

KANERVISTO, M.; PAAVILAINEN, E.; HEIKKILÄ, J. Family dynamics in families of severe COPD patients. **Journal of Clinical Nursing**, v. 16, n. 8, p. 1498-1505, 2007.

KENEN, R.; ARDERN-JONES, A.; EELES, R. We are talking, but are they listening? Communication patterns in families with a history of breast/ovarian cancer (HBOC). **Psychooncology**, v. 13, n. 5, p. 335-345, 2004.

KIRSCH, S. E. D.; BRADT, P. A.; LEWIS, F. M. Making the most of the moment. When a child's mother has breast cancer. **Cancer Nursing**, v. 26, n. 1, p. 47-54, 2003.

KRISTJANSON, L. J.; CHALMERS, K. I.; WOODGATE, R. Information and support needs of adolescent children of women with breast cancer. **Oncology Nursing Forum**, v. 31, n. 1, p. 111-119, 2004.

KUISMA, M. et al. Family dynamics of families with mental health problems in Finland. **Journal of Advanced Nursing**, v.26, p. 1111-1116, 1997.

LASKY, P. et al. Developing an instrument for the assessment of family dynamics. **Western Journal of Nursing Research**, v. 7, n. 1, p. 40-57, 1985.

MALY, R. C. et al. Mental health outcomes in older women with breast cancer: impact of perceived family support and adjustment. **Psycho-Oncology**, v. 14, p. 535-545, 2005.

MATURANA, H. Seres humanos individuais e fenômenos sociais humanos. In: ELKAÏM, M. (Org.) **Terapia familiar em transformação**. Tradução de Nicole Camacho. São Paulo: Summus, 2000. 221 p.

MANEESRIWONGUL, W.; DIXON, J. K. Instrument translation process: a methods review. **Journal of Advanced Nursing**, v. 48, n. 2, p. 175-186, 2004.

MANNE, S. et al. Posttraumatic growth after breast cancer: patient, partner, and couple perspectives. **Psychosomatic Medicine**, v. 66, p. 442-454, 2004.

MELLON, S. Comparisons between cancer survivors and family members on meaning of the illness and family quality of life. **Oncology Nursing Forum**, v. 29, n. 7, p. 1117-1125, 2002.

MIESFELDT, S. et al. Breast cancer survivors' attitudes about communication on breast cancer risk to their children. **American Journal of Medical Genetics**, v. 119C, p. 45-50, 2003.

MINUCHIN, Salvador; FISHMAN, S. Charles. **Técnicas de terapia familiar**. Tradução de Claudine Kinsch e Maria Efigênciã F. R. Maia. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990. 285 p.

MURTONEN, I. et al. Family dynamics of families with cancer in Finland. **Cancer Nursing**, v. 21, n. 4, p. 252-258, 1998.

NICHOLS, M. P.; SCHWARTZ, R. C. **Terapia familiar: conceitos e métodos**. Tradução de Magda França Lopes, 3.ed., Porto Alegre: Artmed, 1998. 524 p.

NIKOLETTI, S. et al. Information needs and coping styles of primary family caregivers of women following breast cancer surgery. **Oncology Nursing Forum**, v. 30, n. 6, p. 987-996, 2003.

NITSCHKE, R. G. **Mundo imaginal de ser família saudável**: a descoberta dos laços de afeto como caminho numa viagem no cotidiano em tempos pós-modernos. Pelotas: Editora e Gráfica Universitária – UFPEL, 1999.

NORTHOUSE, L.; TEMPLIN, T.; MOOD, D. Couples' adjustment to breast disease during the first year following diagnosis. **Journal of Behavioral Medicine**, v. 24, n. 2, p. 115-136, 2001.

NORTHOUSE, L. et al. A family-based program of care for women with recurrent breast cancer and their family members. **Oncology Nursing Forum**, v. 29, n. 10, p. 1411-1419, 2002.

NORTHOUSE, L. et al. Effects of a family intervention on the quality of life of women with recurrent breast cancer and their family caregivers. **Psycho-Oncology**, v. 14, p. 478-491, 2005.

OZDOGAN, M. et al. "Do not tell": what factors affect relatives' attitudes to honest disclosure of diagnosis to cancer patients? **Supportive Care in Cancer**, v. 12, p. 497-502, 2004.

OZONO, S. et al. Family functioning and psychological distress among Japanese breast cancer patients and families. **Supportive Care in Cancer**, v. 13, p. 1044-1050, 2005.

PASQUALI, L. **Psicometria**: teoria dos testes na psicologia e na educação. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003. 397 p.

PERNEGER, T. V.; LEPLÈGE, A.; ETTER, J-F. Cross-cultural adaptation of a psychometric instrument: two methods compared. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 52, n. 11, p. 1037-1046, 1999.

PETRIE, W.; LOGAN, J.; DEGRASSE, C. Research review of the supportive care needs of spouses of women with breast cancer. **Oncology Nursing Forum**, v. 28, n. 10, p. 1601-1607, 2001.

RAPIZO, R. **Terapia sistêmica de família**: da instrução à construção. Rio de Janeiro: Noos, 1996. 149 p.

RAVEIS, V. H.; PRETTER, S. Existential plight of adult daughters following their mother's breast cancer diagnosis. **Psycho-Oncology**, v. 14, p. 49-60, 2005.

REES, C. E.; BATH, P. A. Exploring the information flow: partners of women with breast cancer, patients, and healthcare professionals. **Oncology Nursing Forum**, v. 27, n. 8, p. 1267-1275, 2000.

ROLLAND, John S. **Families, illness, and disability**. An integrative treatment model. New York: Basic Books, 1994. 320 p.

ROMANELLI, G. Autoridade e poder na família. In: CARVALHO, M. C. B. (Org.) **A família contemporânea em debate**. São Paulo: Cortez, 2000.

SALES, C. A. C. C. et al. Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 47, n. 3, p. 263-272, 2001.

SAMMS, M. C. The husband's untold account of his wife's breast cancer: a chronologic analysis. **Oncology Nursing Forum**, v. 26, n. 8, p. 1351-1358, 1999.

SCHMIDT, S.; BULLINGER, M. Current issues in cross-cultural quality of life instrument development. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 84, suppl. 2, 2003.

SHANDS, M. E.; LEWIS, F. M.; ZAHLLIS, E. H. Mother and child interactions about the mother's breast cancer: an interview study. **Oncology Nursing Forum**, v. 27, n. 1, p. 77-85, 2000.

SHIELDS, C. G., ROUSSEAU, S. J. A pilot study of an intervention for breast cancer survivors and their spouses. **Family Process**, v. 43, n. 1, p. 95-107, 2004.

SIGAL, J. J. et al. Maternal preoccupation and parenting as predictors of emotional and behavioral problems in children of women with breast cancer. **Journal of Clinical Oncology**, v. 21, n. 6, p. 1155-1160, 2003.

SILVA, C. N. **Como o câncer (des)estrutura a família**. São Paulo: Annablume, 2000. Tese de doutorado. 272 p.

STREINER, D. L.; NORMAN, G. R. **Health measurement scales: a practical guide to their development and use**. 2<sup>nd</sup>. ed., Oxford: Oxford University Press, 1995.

TAMMENTIE, T. et al. Family dynamics and postnatal depression. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, v. 11, p. 141-149, 2004.

TAVARES, J. S.; TRAD, L. A. B. Metáforas e significados do câncer de mama na perspectiva de cinco famílias afetadas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 426-435, mar-abr, 2005.

TERWEE, C. B. et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 60, p. 34-42, 2007.

TOMLINSON, B.; WHITE, M. A.; WILSON, M. E. Family dynamics during pregnancy. **Journal of Advanced Nursing**, v. 15, p. 683-688, 1990.

URBINA, S. **Fundamentos da testagem psicológica**. Tradução de Cláudia Dornelles. Porto alegre: Artmed, 2007. 320 p.

WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J. H.; JACKSON, D. D. **Pragmática da comunicação humana**. Um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação. Tradução de Álvaro Cabral. São Paulo: Cultrix, s.d..

WHITE, M. A. et al. The swedish family: transition to parenthood. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v. 13, p. 171-176, 1999.

WHITE, M. A. et al. Family dynamics and child abuse and neglect in three Finnish communities. **Issues in Mental Health Nursing**, v. 24, p. 707-722, 2003.

WILSON, M. E. Family dynamics, parental-fetal attachment and infant temperament. **Journal of Advanced Nursing**, v. 31, n. 1, p. 204-210, 2000.

ZAHLIS, E. H. The child's worries about the mother's breast cancer: sources of distress in school-age children. **Oncology Nursing Forum**, v. 28, n. 6, p. 1019-1025, 2001.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A

#### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Juízes)**

O senhor(a) está sendo convidado a participar como juiz para validação de um instrumento de avaliação de dinâmica familiar que faz parte do projeto de pesquisa intitulado “Adaptação transcultural e validação da Family Dynamic Measure (FDM) para familiares de mulheres portadoras de câncer de mama no Brasil”, desenvolvido na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Esta pesquisa tem como propósito adaptar para a cultura brasileira um instrumento de avaliação de dinâmica familiar a ser utilizado com famílias de mulheres com diagnóstico de câncer de mama.

Sua participação consistirá na categorização dos itens da escala nas diferentes dimensões que ela avalia. Este procedimento contribuirá para a análise da validade do construto da escala.

A participação na pesquisa é voluntária e o senhor(a) é livre para recusar a participar e para retirar seu consentimento e terminar sua participação a qualquer tempo. É seu direito perguntar sobre qualquer questão sobre o projeto que desejar e as perguntas devem ser respondidas pela pesquisadora ao seu contento. Garantimos que as informações fornecidas serão mantidas em sigilo

Não haverá gastos e nem remuneração pela sua participação.

Este TERMO, em duas vias, é para certificar que eu, \_\_\_\_\_,  
R.G. \_\_\_\_\_, concordo em participar na qualidade de voluntário do projeto científico acima mencionado.  
Local e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Participante da Pesquisa

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora Responsável  
Teresa Cristina Martins Leite Imada  
Avenida Bandeirantes, 3900 – Campus Universitário - Ribeirão Preto  
(16) 9121-3365 / 3602-3448



## APÊNDICE B

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Mulheres com câncer de mama)

Estamos realizando um estudo sobre um método de avaliação do funcionamento familiar de mulheres com câncer de mama, que está sendo desenvolvido na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. A finalidade da pesquisa é tornar disponível para os profissionais de saúde um método de avaliação familiar que os auxilie na assistência às mulheres com câncer de mama e suas famílias.

Para a realização deste, será necessária a participação de membros da família de mulheres com câncer de mama.

Gostaríamos de convidá-la a dar permissão para que seus familiares maiores de 18 anos participem do estudo. Os membros de sua família que concordarem em participar serão entrevistados.

A senhora é livre para concordar com a participação de seus familiares nesta pesquisa, e sua recusa não acarretará em nenhum prejuízo em seu atendimento no serviço. Estamos à disposição para esclarecer qualquer dúvida que a senhora tenha, e a senhora tem o direito de retirar seu consentimento a qualquer tempo. Não haverá benefício direto ou imediato para os participantes, assim como não haverá prejuízos ou riscos à saúde. Garantimos que as informações fornecidas serão mantidas em segredo. Não haverá gastos e nem remuneração pela participação.

Este TERMO, em duas vias, é para certificar que eu, \_\_\_\_\_,  
R.G. \_\_\_\_\_, permito que meus familiares participem do estudo.

Local e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Participante da Pesquisa

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora Responsável  
Teresa Cristina Martins Leite Imada  
Avenida Bandeirantes, 3900 – Campus Universitário - Ribeirão Preto  
(016) 3602-3448  
Rua Acácio de Lima, 676 – Franca - SP  
(16) 9121-3365

## APÊNDICE C

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Familiares de Mulheres com câncer de mama – Análise semântica)**

Estamos realizando um estudo sobre um método de avaliação do funcionamento familiar de mulheres com câncer de mama, que está sendo desenvolvido na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. A finalidade da pesquisa é tornar disponível para os profissionais de saúde um método de avaliação familiar que os auxilie na assistência às mulheres com câncer de mama e suas famílias.

Para a realização deste, será necessária a participação de membros da família de mulheres com câncer de mama.

Sua contribuição consistirá na participação em reuniões de grupo com outros familiares de mulheres com câncer de mama, nas quais será discutido se as perguntas do questionário são compreensíveis. As reuniões ocorrerão na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto no horário do atendimento do REMA e terão duração aproximada de uma hora e meia.

O senhor(a) é livre para participar desta pesquisa, e sua recusa não acarretará em nenhum prejuízo no atendimento de seu familiar no serviço. Estamos à disposição para esclarecer qualquer dúvida que o senhor(a) tenha, e tem o direito de retirar seu consentimento a qualquer tempo. Não haverá benefício direto ou imediato para os participantes, assim como não haverá prejuízos ou riscos à saúde. Garantimos que as informações fornecidas serão mantidas em segredo. Não haverá gastos e nem remuneração pela participação.

Este TERMO, em duas vias, é para certificar que eu, \_\_\_\_\_,  
R.G. \_\_\_\_\_, concordo em participar da pesquisa.

Local e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Participante da Pesquisa

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora Responsável  
Teresa Cristina Martins Leite Imada  
Avenida Bandeirantes, 3900 – Campus Universitário - Ribeirão Preto  
(016) 3602-3448  
Rua Acácio de Lima, 676 – Franca - SP  
(16) 9121-3365

## APÊNDICE D

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Familiares de Mulheres com câncer de mama)**

Estamos realizando um estudo sobre um método de avaliação do funcionamento familiar de mulheres com câncer de mama, que está sendo desenvolvido na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. A finalidade da pesquisa é tornar disponível para os profissionais de saúde um método de avaliação familiar que os auxilie na assistência às mulheres com câncer de mama e suas famílias.

Para a realização deste, será necessária a participação de membros da família de mulheres com câncer de mama.

Sua participação será numa entrevista na qual você responderá a dois questionários. A entrevista será realizada na Escola de Enfermagem ou em seu domicílio, e terá duração de aproximadamente uma hora.

O senhor(a) é livre para participar desta pesquisa, sua recusa não acarretará em nenhum prejuízo no atendimento de seu familiar no serviço, e é seu direito retirar seu consentimento a qualquer tempo. Estamos à disposição para esclarecer qualquer dúvida que o senhor(a) tenha. Não haverá benefício direto ou imediato para os participantes, assim como não haverá prejuízos ou riscos à saúde. Garantimos que as informações fornecidas serão mantidas em segredo. Não haverá gastos e nem remuneração pela participação.

Este TERMO, em duas vias, é para certificar que eu, \_\_\_\_\_,  
R.G. \_\_\_\_\_, concordo em participar da pesquisa.

Local e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Participante da Pesquisa

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora Responsável  
Teresa Cristina Martins Leite Imada  
Avenida Bandeirantes, 3900 – Campus Universitário - Ribeirão Preto  
(016) 3602-3448  
Rua Acácio de Lima, 676 – Franca - SP  
(16) 9121-3365

**APÊNDICE E - Modelo da lista de definição das dimensões e quadro para categorização dos itens nas dimensões do instrumentos**

**Quadro de definições e de categorização dos itens da Family Dynamic Measure II nas dimensões da dinâmica familiar**

Prezado senhor(a),

Estamos lhe entregando um quadro com as definições das dimensões da dinâmica familiar avaliadas pela FDM II e esta tabela com os itens do instrumento. Solicitamos que o(a) senhor(a) leia atentamente os itens e assinale na tabela a dimensão a que o(a) senhor(a) considera que o item corresponde. Sua contribuição será muito útil.

		<b>Dimensões Bipolares</b>	
1	<b>Indivuação</b>	<b>Simbiose (emaranhamento)</b>	
	Independência de pensamentos, sentimentos e julgamentos dos membros familiares individuais Firme senso de autonomia, responsabilidade pessoal, identidade e limites do <i>self</i>	Limites do <i>self</i> pobremente delineados, identidade dependente de outros Simbiose e fusão do ego	
2	<b>Mutualidade</b>	<b>Isolamento</b>	
	Senso de proximidade emocional, união ou intimidade que somente é possível entre indivíduos com identidades claramente definidas Expressa como um sentimento	Alienação ou falta de comprometimento com outros	
3	<b>Flexibilidade</b>	<b>Rigidez</b>	
	Capacidade de ajustar-se e recuperar-se rapidamente de condições variadas e processos de mudança	Falta de flexibilidade, resposta inapropriada e mal sucedida a circunstâncias variadas Estereotipia e repetição	
4	<b>Estabilidade</b>	<b>Desorganização</b>	
	Consistência, responsabilidade e segurança nas interações familiares	Falta de estabilidade ou consistência nas relações familiares Falta de previsibilidade e responsabilidade	
5	<b>Comunicação clara</b>	<b>Comunicação não clara ou distorcida</b>	
	Intercâmbio de informações claro e bem sucedido entre os membros da família Inclui a possibilidade de checagem da comunicação a fim de clarificar o significado e a intenção	Troca vaga ou confusa de informação, comunicação paradoxal (uma parte da mensagem invalida outra parte), ou proibição da checagem de informações	
6	<b>Reciprocidade de papéis</b>	<b>Conflito de papéis</b>	
	Acordos mútuos sobre padrões de comportamento Seqüências em que um indivíduo complementa o papel de um parceiro	Falta de acordos claros sobre a complementaridade comportamental entre os membros da família Papéis não claros ou confusos, ou persistente conflito entre papéis pobremente definidos	















**APÊNDICE F – Ficha de identificação sócio-demográfica do familiar e do paciente com câncer de mama****Nº do Protocolo:** \_\_\_\_\_ **Data da entrevista:** \_\_\_\_\_

Familiar:

Esposo ( ) Filho ( ) Filha ( ) Irmã ( ) Irmão ( ) Mãe ( ) Pai ( )

Outro ( )

Idade: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

Mulher com diagnóstico de câncer de mama:

Idade: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Tempo de diagnóstico: \_\_\_\_\_

Tratamentos: \_\_\_\_\_

Cirurgia ( ) Quimioterapia ( )

Radioterapia ( ) Hormonioterapia ( )

Recorrência da doença: sim ( ) não ( )

Histórico de câncer de mama na família:

sim ( ) não ( )

Família:

Nº de membros: \_\_\_\_\_ Residentes no mesmo domicílio: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE G – Cópia da versão adaptada da FDM II**

**Medida da Dinâmica Familiar - II**

Orientações - Quando você responder às questões abaixo, lembre-se que a família é definida como um grupo de duas ou mais pessoas que tem compromisso entre si e vivem juntas. Por favor, leia cada pergunta e decida se você concorda plenamente, concorda, concorda mais do que discorda, discorda mais do que concorda, discorda, ou discorda plenamente. Por exemplo, se você concorda que em sua família, quando você sente que as atividades podem ser trocadas (questão 1), você deve circular 6 (concordo plenamente). Se você não concorda, você deve circular 2 (discordo). Não há respostas certas ou erradas. Se você está indeciso, por favor, faça uma escolha.

<b>EM MINHA FAMÍLIA</b>	Concordo Plenamente	Concordo	Concordo mais que discordo	Discordo mais que concordo	Discordo	Discordo Plenamente
1. As atividades podem ser mudadas	6	5	4	3	2	1
2. Eu acho que conversamos sobre as coisas importantes	6	5	4	3	2	1
3. Eu cuido dos outros	6	5	4	3	2	1
4. Eu tenho um lugar para as minhas próprias coisas	6	5	4	3	2	1
5. Nós concordamos com a maneira pela qual a tarefa é dividida	6	5	4	3	2	1
6. Eu penso que conversar não me leva a lugar nenhum	6	5	4	3	2	1
7. Eu não consigo ajuda o suficiente com o trabalho em casa	6	5	4	3	2	1
8. Eu raramente mudo as minhas rotinas	6	5	4	3	2	1
9. Eu sei o que posso esperar de um dia para o outro	6	5	4	3	2	1
10. Eu tomo minhas decisões sozinha	6	5	4	3	2	1
11. A maneira correta de fazer as coisas é importante	6	5	4	3	2	1
12. Eu acho justa a minha parte do trabalho doméstico	6	5	4	3	2	1

<b>EM MINHA FAMÍLIA</b>	Concordo Plenamente	Concordo	Concordo mais que discordo	Discordo mais que concordo	Discordo	Discordo Plenamente
13. Uma vez que se toma uma decisão, é difícil de mudar	6	5	4	3	2	1
14. Eu percebo uma sensação de aconchego	6	5	4	3	2	1
15. Eu guardo os sentimentos comigo mesma	6	5	4	3	2	1
16. Eu permito aos outros saberem o que eu quero	6	5	4	3	2	1
17. Eu sei que nós podemos resolver as coisas quando elas estão erradas	6	5	4	3	2	1
18. Eu me sinto excluído	6	5	4	3	2	1
19. Está tudo bem se cada um fizer as tarefas do seu jeito	6	5	4	3	2	1
20. Quando eu me sinto triste, alguém me consola	6	5	4	3	2	1
21. Eu penso que nós evitamos falar de assuntos que a família precisaria discutir	6	5	4	3	2	1
22. Outros oferecem ajuda nas minhas tarefas	6	5	4	3	2	1
23. Nosso relacionamento uns com os outros se dá muito bem	6	5	4	3	2	1
24. Para mim sobram os piores trabalhos	6	5	4	3	2	1
25. Algumas pessoas dizem uma coisa e querem dizer outra	6	5	4	3	2	1
26. Visitas de nossos amigos não aborrecem nossa família	6	5	4	3	2	1
27. Eu não sei como o dinheiro da família será gasto	6	5	4	3	2	1
28. Eles querem que eu goste da mesma comida	6	5	4	3	2	1
29. Eu me atenho às minhas rotinas diárias	6	5	4	3	2	1

<b>EM MINHA FAMÍLIA</b>	Concordo Plenamente	Concordo	Concordo mais que discordo	Discordo mais que concordo	Discordo	Discordo Plenamente
30. Existe alguém que se preocupa comigo	6	5	4	3	2	1
31. É-me permitido ter minhas próprias opiniões	6	5	4	3	2	1
32. Eu tenho um sentimento de intimidade	6	5	4	3	2	1
33. Quando eu falo, alguém ouve o que estou dizendo	6	5	4	3	2	1
34. Eu me protejo por conta própria	6	5	4	3	2	1
35. Quando as coisas dão erradas, nós tentamos diferentes maneiras de lidar com elas	6	5	4	3	2	1
36. Nós fazemos perguntas quando não entendemos uns aos outros	6	5	4	3	2	1
37. Preciso lembrar os outros para fazerem suas tarefas	6	5	4	3	2	1
38. Eu não faço coisas a menos que alguém concorde	6	5	4	3	2	1
39. É importante que todos nós pensemos da mesma maneira	6	5	4	3	2	1
40. Outros esperam que eu me comporte de maneiras com as quais eu não concordo	6	5	4	3	2	1
41. É fácil mudar os planos	6	5	4	3	2	1
42. Eu faço mais tarefas além das que foram repartidas comigo	6	5	4	3	2	1
43. Eu tenho um sentimento de união	6	5	4	3	2	1
44. Eu sei o que posso esperar dos outros membros	6	5	4	3	2	1
45. Eu sou um "solitário"	6	5	4	3	2	1
46. Eu sei quando os membros da família estão aborrecidos pela forma como eles aparentam	6	5	4	3	2	1

<b>EM MINHA FAMÍLIA</b>	Concordo Plenamente	Concordo	Concordo mais que discordo	Discordo mais que concordo	Discordo	Discordo Plenamente
47. Quando há um mal entendido, nós conversamos sobre o assunto até clareá-lo	6	5	4	3	2	1
48. Falar sobre meus problemas confunde mais as coisas	6	5	4	3	2	1
49. Parece que alguma coisa está sempre dando errado	6	5	4	3	2	1
50. Eu tenho um lugar onde eu posso ficar sozinho	6	5	4	3	2	1
51. Não posso quebrar as regras	6	5	4	3	2	1
52. Eu deixo que os outros decidam por mim	6	5	4	3	2	1
53. É difícil mudar as regras	6	5	4	3	2	1
54. É difícil dizer o que eu pretendo	6	5	4	3	2	1
55. Ninguém se preocupa comigo	6	5	4	3	2	1
56. Eu não me sinto próximo de ninguém	6	5	4	3	2	1
57. Eu tenho coisas que pertencem a mim mesma	6	5	4	3	2	1
58. Nós sabemos como alcançar os membros da família se necessário	6	5	4	3	2	1
59. Estou satisfeita com a forma pela qual o trabalho é feito	6	5	4	3	2	1
60. Eu penso que somos todos iguais	6	5	4	3	2	1
61. Tudo se desmorona quando há problemas	6	5	4	3	2	1
62. Nós evitamos falar sobre problemas	6	5	4	3	2	1
63. Eu não sei o que se espera de um dia para o outro	6	5	4	3	2	1

<b>EM MINHA FAMÍLIA</b>	Concordo Plenamente	Concordo	Concordo mais que discordo	Discordo mais que concordo	Discordo	Discordo Plenamente
64. É importante saber onde os membros da família estão	6	5	4	3	2	1
65. Eu tenho opinião própria	6	5	4	3	2	1
66. Eu não gosto do trabalho que eu tenho que fazer	6	5	4	3	2	1

\*\*Proibido a reprodução sem a permissão por escrito da Dr<sup>a</sup> Marjorie White, Faculdade de Enfermagem, Universidade da Flórida, Gainesville, Flórida.  
Revisado 05/94



## ANEXOS

## ANEXO A – Cópia da escala original em inglês



## Family Study

We hope that you will  
enjoy completing this  
questionnaire about  
your family

**FAMILY DYNAMICS MEASURE INSTRUMENT DEVELOPMENT**

## Explanation of Study

We would like to ask you to be part of a study about families. You would be given some questionnaires of short statements to answer about your family that you may find interesting. It will take 15 to 20 minutes to complete. There are no right or wrong answers; it is just about how you think about your family.

The study is conducted by nurse faculty members at the University of Florida. The purpose is to compare how families from three Florida counties function in order to guide nurses and other health professionals toward improved family care.

There are no risks to you or your family and there are no direct benefits. There will be no payment to you, and if you decide you do not want to participate this will not affect you or your family in this organization or agency. You may change your mind about participating at any time.

Questionnaires do not have numbers or other identifying marks. They will be kept in a locked file and discarded at the end of the study. Findings may be published in a group format.

We hope you will participate.

Marjorie A. White, Ph.D., R.N.	Jennifer Elder, Ph.D., R.N.
Professor of Nursing	Instructor of Nursing
University of Florida	University of Florida
(904) 392-3531	(904) 392-3511

mw/meh



FAMILY DYNAMICS MEASURE II\*\*

©

**Directions:** When you answer the following questions, please recall a family is defined as a group of two or more people who have a commitment to each other and live together. Please read each question and decide whether you strongly agree, agree, agree more than disagree, disagree more than agree, disagree, or strongly disagree. For example, if you strongly agree that **IN YOUR FAMILY**, when you feel that Activities can be changed (question 1), you should circle 6 (strongly agree). If you disagree, you should circle 2 (disagree). There are no right or wrong answers. If you are unsure, please make a guess.

Do not write here

\_\_\_\_(1)

\_\_\_\_(2)

\_\_\_\_(3)

\_\_\_\_(4)

\_\_\_\_(5)

\_\_\_\_(6)

\_\_\_\_(7)

\_\_\_\_(8)

\_\_\_\_(9)

\_\_\_\_(10)

\_\_\_\_(11)

\_\_\_\_(12)

\_\_\_\_(13)

\_\_\_\_(14)

\_\_\_\_(15)

IN MY FAMILY:	Strongly		Agree	Disagree		Strongly
	Agree	Agree	More Than Disagree	More Than Agree	Disagree	Disagree
1. Activities can be changed	6	5	4	3	2	1
2. I think the important things are talked about	6	5	4	3	2	1
3. I look out for others	6	5	4	3	2	1
4. I have a place for my own things	6	5	4	3	2	1
5. We agree with the way tasks are divided	6	5	4	3	2	1
6. I think talking gets me nowhere	6	5	4	3	2	1

2							
IN MY FAMILY:	<u>Strongly</u> <u>Agree</u>	<u>Agree</u>	<u>Agree</u> <u>More</u> <u>Than</u> <u>Disagree</u>	<u>Disagree</u> <u>More</u> <u>Than</u> <u>Agree</u>	<u>Disagree</u>	<u>Strongly</u> <u>Disagree</u>	
7. I don't get enough help with the work at home	6	5	4	3	2	1	____(16
8. I seldom change my daily routines	6	5	4	3	2	1	____(17
9. I know what to expect from one day to the next	6	5	4	3	2	1	____(18
10. I make decisions for myself	6	5	4	3	5	1	____(19
11. The correct way to do things is important	6	5	4	3	2	1	____(20
12. I get a fair share of the chores	6	5	4	3	2	1	____(21
13. Once a decision is made it's hard to change	6	5	4	3	2	1	____(22
14. I feel a sense of warmth	6	5	4	3	2	1	____(23
15. I keep feelings to myself	6	5	4	3	2	1	____(24
16. I let others know what I want	6	5	4	3	2	1	____(25

3

IN MY FAMILY:	<u>Strongly</u> <u>Agree</u>	<u>Agree</u>	<u>Agree</u> <u>More</u> <u>Than</u> <u>Disagree</u>	<u>Disagree</u> <u>More</u> <u>Than</u> <u>Agree</u>	<u>Disagree</u>	<u>Strongly</u> <u>Disagree</u>	
17. I know we can make it when things go wrong	6	5	4	3	2	1	____(26)
18. I feel left out	6	5	4	3	2	1	____(27)
19. It's OK for us to do jobs differently	6	5	4	3	2	1	____(28)
20. When I feel sad someone comforts me	6	5	4	3	2	1	____(29)
21. I think the real issues don't get talked about	6	5	4	3	2	1	____(30)
22. Others offer to help me with my tasks	6	5	4	3	2	1	____(31)
23. Our relationships with each other work well	6	5	4	3	2	1	____(32)
24. I get stuck with the bad jobs	6	5	4	3	2	1	____(33)
25. Some people say one thing and mean another	6	5	4	3	2	1	____(34)
26. Visits from friends don't upset our family	6	5	4	3	2	1	____(35)

4

IN MY FAMILY:	<u>Strongly</u> <u>Agree</u>	<u>Agree</u>	<u>Agree</u> <u>More</u> <u>Than</u> <u>Disagree</u>	<u>Disagree</u> <u>More</u> <u>Than</u> <u>Agree</u>	<u>Disagree</u>	<u>Strongly</u> <u>Disagree</u>	
27. I can't count on how family money will be spent	6	5	4	3	2	1	____(36)
28. I am expected to like the same food as everyone else	6	5	4	3	2	1	____(37)
29. I stick to my daily routines	6	5	4	3	2	1	____(38)
30. There is someone who cares about me	6	5	4	3	2	1	____(39)
31. I am allowed to have my own opinions	6	5	4	3	2	1	____(40)
32. I feel a sense of closeness	6	5	4	3	2	1	____(41)
33. When I speak, someone listens to what I say	6	5	4	3	2	1	____(42)
34. I stand up for myself	6	5	4	3	2	1	____(43)
35. When things go wrong we try different ways to handle them	6	5	4	3	2	1	____(44)

5

IN MY FAMILY:	<u>Strongly</u> <u>Agree</u>	<u>Agree</u>	<u>Agree</u> <u>More</u> <u>Than</u> <u>Disagree</u>	<u>Disagree</u> <u>More</u> <u>Than</u> <u>Agree</u>	<u>Disagree</u>	<u>Strongly</u> <u>Disagree</u>	
36. We ask questions when we don't understand each other	6	5	4	3	2	1	____(45)
37. I have to remind others to do their chores	6	5	4	3	2	1	____(46)
38. I don't do things unless someone agrees	6	5	4	3	2	1	____(47)
39. It's important that all of us think the same way	6	5	4	3	2	1	____(48)
40. Others expect me to behave in ways I don't agree with	6	5	4	3	2	1	____(49)
41. It's easy to change plans	6	5	4	3	2	1	____(50)
42. I carry more than my share of the tasks to be done	6	5	4	3	2	1	____(51)
43. I feel a sense of togetherness	6	5	4	3	2	1	____(52)
44. I know what to expect from other members	6	5	4	3	2	1	____(53)
45. I am a "loner"	6	5	4	3	2	1	____(54)

6

<b>IN MY FAMILY:</b>	<u>Strongly</u> <u>Agree</u>	<u>Agree</u>	<u>Agree</u> <u>More</u> <u>Than</u> <u>Disagree</u>	<u>Disagree</u> <u>More</u> <u>Than</u> <u>Agree</u>	<u>Disagree</u>	<u>Strongly</u> <u>Disagree</u>	
46. I can tell when family members are upset by how they look	6	5	4	3	2	1	____(55
47. When there is a misunderstanding we talk it over until it's clear	6	5	4	3	2	1	____(56
48. Talking about my problems confuses things more	6	5	4	3	2	1	____(57
49. It seems like something is always going wrong	6	5	4	3	2	1	____(58
50. I have a place where I can be alone	6	5	4	3	2	1	____(59
51. The rules are not bent for me	6	5	4	3	2	1	____(60
52. I let someone else make up my mind	6	5	4	3	2	1	____(61
53. It's hard to change the rules	6	5	4	3	2	1	____(62
54. It's hard to say what I mean	6	5	4	3	2	1	____(63



7

IN MY FAMILY:	Strongly		Agree	Disagree		Strongly	
	<u>Agree</u>	<u>Agree</u>	More Than <u>Disagree</u>	More Than <u>Agree</u>	<u>Disagree</u>	<u>Disagree</u>	
55. No one cares about me	6	5	4	3	2	1	____(64)
56. I do not feel close to anyone	6	5	4	3	2	1	____(65)
57. I have things that belong only to me	6	5	4	3	2	1	____(66)
58. We know how to reach family members if needed	6	5	4	3	2	1	____(67)
59. I am satisfied with how the work gets done	6	5	4	3	2	1	____(68)
60. I think we are all alike	6	5	4	3	2	1	____(69)
61. Everything falls apart when there's trouble	6	5	4	3	2	1	____(70)
62. We avoid talking about problems	6	5	4	3	2	1	____(71)
63. I don't know what to expect from one day to the next	6	5	4	3	2	1	____(72)
64. It is important to know where family members are	6	5	4	3	2	1	____(73)

8

IN MY FAMILY:	Strongly		Agree	Disagree		Strongly	
	<u>Agree</u>	<u>Agree</u>	More Than <u>Disagree</u>	More Than <u>Agree</u>	<u>Disagree</u>	<u>Disagree</u>	
65. I think things out by myself	6	5	4	3	2	1	____(74)
66. I don't like the work I have to do	6	5	4	3	2	1	____(75)

**\*\*Do not reproduce without the written permission of Dr. Marjorie White, College of Nursing,  
University of Florida, Gainesville, Florida.**

Revised 5/94

/meh

**ANEXO B – Mensagem eletrônica da autora com orientações sobre cálculo de escores**

**Marjorie A. White, PhD, FAAN, Hon Dr Sc**

Professor Emerita, University of Florida

29862 Troutdale Park Place

Evergreen, Colorado 80439

Phone: 303-679-1304 FAX 303-679-1305 e-mail: mwhite49@earthlink.net

September 13, 2002

Marli Villela Mamede, RN, PhD

Full Professor

R: Nelio Guimaraes -170

Ribeirao Preto/Sao Paulo

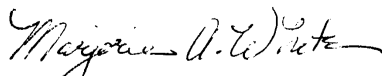
Brazil-14025-290

Dear Dr. Mamede:

Enclosed are several copies of our publications with the original FDM. As I said, our publication on child abuse families in Finland using FDM II is not yet accepted for publication. In addition I have included the FDM II Scoring Guidelines and the FAMILY DYNAMICS MEASURE II DIMENSIONS which includes the dimension definitions. On the right side are the negative items and on the left side are the positive items. The scoring guidelines indicate what to do with the scoring of those two columns.

If you have questions along the way, please email me. I wish you and your doctoral student the very best success with her doctoral dissertation.

Sincerely yours,



Marjorie A. White

November, 1998

#### Scoring Guidelines for FDM II

FDM II consists of sixty-six items within six bipolar dimensions (scales) common in families as conceptualized by Lawrence Barnhill who identified eight such dimensions based on his ideas of the healthy family cycle. FDM was developed within six of these dimensions by a group of 8 nurse researchers in U.S.A., including M.White (See Lasky, P. et al (1985). Developing an instrument for the assessment of family dynamics. *Western Journal of Nursing Research* 1,40-57). Since 1985 the instrument has been subjected to testing, psychometric analyses and revision to FDM II in 1993.

Individuation vs Enmeshment

Mutuality vs Isolation

Flexibility vs Rigidity

Stability vs Disorganization

Clear communication vs Unclear communication

Role reciprocity vs Role conflict

FDM II items consist of six points (6-1) within a Likert type format from "strongly agree" to "strongly disagree." The higher the number in each item the more positive the family dynamics within each of the dimensions. The lower the number the more negative the family dynamics within each of the dimensions.

Scoring of FDM II is calculated on each of the six dimensions. (Refer to Family Dynamics Measure II Dimensions and Items). A total score for FDM II is not meaningful since positive and negative scores cancel each other. Instead scores are reported for each dimension.

#### Computing Scores

##### POSITIVE ITEMS

Items that are designated as POSITIVE are included under individuation, mutuality, flexibility, stability, clear communication, and role reciprocity, that is, those poles of each dimension on the LEFT column of the Family Dynamics Measure II Dimensions and Items sheet. The response number marked by the subject on FDM II is coded in the right hand margin by the researcher. (We transfer scores to the margin for ease in computer entry). For example, if the response to item 1 "In my family activities can be changed" is marked as 4, the researcher enters 4 in margin #10. (We use margin numbers 1-9 for identifying information about the family but that is optional).

#### NEGATIVE ITEMS

Items that are designated as NEGATIVE are included under enmeshment, isolation, rigidity, disorganization, unclear communication, and role conflict, that is, those poles of each dimension on the RIGHT column of the Family Dynamics II Dimensions and Items sheet. The response number marked by the subject on FDM II is REVERSE CODED in the right hand margin. For example, if the response to item 6 "In my family I think talking gets me nowhere" is marked as 4, the researcher enters 3 in margin # 10; if 6 then 1; if 5 then 2, if 3 then 4, if 2 then 5, if 1 then 6. This will then yield all scores for the FDM II in the same directions.

If more than 3 responses in the whole instrument are unclear or not marked, our policy has been to discard the whole questionnaire for that subject. This, of course, is up to the researcher.

#### Some Comments

##### Definition of the Family

The definition of the family that we have used most frequently is the one in the Directions in the FDM II. This is a rather narrow and sometimes confining definition given family types and family changes in both the Western and Eastern worlds. To allow for a broader family definition we have conducted studies in which we allowed the subject/respondents to define the family as they so perceive it. Some problems may occur with items like "I cannot count on how family money will be spent" when there is just a mother with a child in the family, or the respondent includes his or her children who live outside the household in another geographical area.

##### Note:

I am interested in discussing any of the methodological issues of FDM II and definition of the family with researchers. Many publications have resulted from both the original 62 item FDM and the 66 item FDM II in nursing and other journals in U.S.A. and Europe based on our family studies in the U.S.A., all of the Nordic countries and elsewhere.

Marjorie A. White, PhD, RN, FAAN  
(Professor Emerita, University of Florida (USA))  
29862 Troutdale Park Place  
Evergreen, Colorado 80439 USA  
FAX 303-679-1305  
Phone: 303-679-1304  
Email: mwhite49@gateway.net  
*ever@link*

## ANEXO C – Carta de autorização da autora

**Assunto: En: FDM II instrument**

**Data:** Fri, 30 Aug 2002 09:29:53 -0300

**De:** "Marli Mamede" <mavima@eerp.usp.br>

**Para:** <mavima@eerp.usp.br>

— Mensagem original —

**De:** Marjorie White <mwhite49@earthlink.net>

**Para:** Marli Villela Mamede <mavima@eerp.usp.br>

**Data:** Sábado, 31 de Agosto de 2002 14:53

**Assunto:** FDM II instrument

Dear Dr. Mamede,

Two days ago I received a mailing from you with the back translation to English of the Family Dynamics Measure II. Unfortunately it went to the University of Florida so it took a long time. I left the University of Florida Nursing faculty in 1995.

You have my permission to use the FDM II for your doctoral student's research. I would request that when her research is completed I receive the mean scores for each of the six dimensions, and Cronbach alpha scores for the study. Although retired, I continue to do research and publish and I am carefully monitoring how the FDM II performs from a statistical standpoint. It is now being used in Turkey, Greece, and various studies in the U.S.

I cannot grant permission for the FACES since I do not have the copywriter. You may contact:

David H. Olson, PhD  
Family Social Science  
University of Minnesota  
275 McNeal Hall  
St. Paul, Minnesota 55108

Several years ago Dr. Olson's team gave me permission to use FACES--family and couple forms for my studies of families in the US and Nordic countries. He has a large, active center and has developed many instruments to assess families. Our FDM II performs well with his. His team also asks for reports and even has a brief form to report that. The phone number of the Family Inventory Project at the University of Minnesota is: 612-625-7250. Of course that number could have changed, since it was many years ago that I was in speaking and correspondence with them.

I do not know of other studies addressing cancer so that is an important condition in which to examine families. I presume that you must be in contact with my colleagues in Finland, since that is the only study in which on the socio demographic questionnaire we added the questions about child abuse. The whole study was about child abuse and is in the manuscript stage now. That questionnaire has been modified greatly for various studies so you may do what you want. I would not think it an important research question in the cancer study.

Do you have the FDM II scoring guidelines? If you do not I will be happy to mail them to you. In a couple of days I will send you my few comments on the FDM II translation. A few items have decidedly changed meaning from the original intent. I am glad to be in email contact with you.

Marjorie A. White, PhD RN FAAN, Hon Dr Sc  
(Professor Emerita, University of Florida, USA)  
29862 Troutdale Park Place  
Evergreen, Colorado 80439 Email: mwhite49@earthlink.net

**ANEXO D – Cópia da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão preto – USP para realização da pesquisa**



ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA  
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil  
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / 3602-4419 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP**

Of.CEP-EERP/USP – 096/2007

Ribeirão Preto, 03 de maio de 2007

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 30 de abril de 2007.


**Protocolo:** n° 0775/2007

**Projeto:** ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DA FAMILY DYNAMIC MEASURE (FDM II) PARA FAMILIARES DE MULHERES PORTADORAS DE CÂNCER DE MAMA NO BRASIL.

**Pesquisadores:** Marli Villela Mamede  
Teresa Cristina Martins Leite Imada

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

  
**Enfª Maria Antonieta Spinoso Prado**  
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

**Ilma. Sra.**  
**Profª Drª Marli Villela Mamede**  
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública  
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

**ANEXO E – Cópia da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão preto – USP para realização da pesquisa**



**CÓPIA**

Franca, 18 de maio de 2007.

Parecer nº008/2007 -CEP/FCCMF

Ilma. Sra.  
Teresa Cristina Martins Leite Imada

Assunto: **Parecer de Projeto de Pesquisa**

Prezada Sra.,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Franca, em sua 7ª Reunião ordinária, realizada em 11 de Maio de 2007. Após as reformulações solicitadas, o projeto deverá ser reapresentado.

**Protocolo:** 006/2007

**Projeto:** Adaptação transcultural e validação da Family Dynamic Measure II (FDM II) para familiares de mulheres portadoras de câncer de mama no Brasil.

**Pesquisadores:** Teresa Cristina Martins Leite Imada

**Justificativa:**

1. Os objetivos do trabalho estão claros e adequadamente justificados.
2. O referencial teórico utilizado pelos autores é aparentemente atualizado e relevante.
3. O método proposto é adequado aos objetivos do trabalho, sendo que parte dele já foi desenvolvida.
4. Trata-se de pesquisa que visa realizar a validação de escala psicométrica em língua inglesa para a realidade brasileira. Sendo assim, o projeto não apresenta riscos potenciais aos participantes, familiares de mulheres portadoras de câncer de mama e membros de equipes de saúde.
5. Embora não existam benefícios diretos aos sujeitos de pesquisa (visto que eles servirão apenas de instrumento para validação da escala), os benefícios futuros aos profissionais de saúde e aos familiares de mulheres com câncer de mama foram devidamente apontados pelos autores.
6. Quanto aos aspectos éticos, os TCLEs foram adequadamente apresentados e ao longo do projeto os autores fazem menção ao sigilo quanto à identidade dos participantes e ao destino a ser dado às informações coletadas.

Fundação Civil Casa de Misericórdia de Franca  
Santa Casa . Hospital do Câncer . Hospital do Coração

Caixa Postal 1031 – Cep 14405-971 – Franca / SP - Fone (16) 3711-4000 – Fax (16) 3711-4137



**ANEXO F – Cópia da FDM II na VP2**

## **Estudo familiar**

Nos esperamos que você sinta  
prazer em completar este  
questionário sobre sua família.

## Medidas das Dinâmicas da Familiar - II

Orientações - Quando você responder as questões abaixo lembre-se que a família é definida como um grupo de duas ou mais pessoas que tem um compromisso entre si e vivem juntas. Por favor, leia cada pergunta e decida se você concorda plenamente, concorda, concorda mais do que discorda, discorda mais que concorda, discorda, ou discorda plenamente. Por exemplo, se você concorda que em sua família, quando você sente que atividades podem ser trocadas (questão um), você deve circular 6 (concordo plenamente). Se você não concorda, você deve circular 2 (discordo). Não há respostas certas ou erradas. Se você está indeciso, por favor, faça uma escolha.

EM MINHA FAMÍLIA:	Concordo Plenamente	Concordo	Concordo mais que discordo	Discordo mais que concordo	Discordo	Discordo Plenamente
1.As atividades podem ser mudadas	6	5	4	3	2	1
2.Eu acho que conversamos sobre as coisas importantes	6	5	4	3	2	1
3.Eu cuido dos outros	6	5	4	3	2	1
4.Eu tenho um lugar para as minhas próprias coisas	6	5	4	3	2	1
5.Nós concordamos com a maneira pela qual a tarefa é dividida	6	5	4	3	2	1
6.Eu penso que conversar não me leva a lugar nenhum	6	5	4	3	2	1
7.Eu não consigo ajuda o suficiente com o trabalho em casa	6	5	4	3	2	1
8.Eu raramente mudo as minhas rotinas	6	5	4	3	2	1
9.Eu sei o que posso esperar de um dia para o outro	6	5	4	3	2	1
10.Eu tomo minhas decisões sozinha	6	5	4	3	2	1
11.A maneira correta de fazer as coisas é importante	6	5	4	3	2	1
12.Eu acho justa a minha parte do trabalho doméstico	6	4	4	3	2	1

<b>EM MINHA FAMÍLIA:</b>	Concordo Plenamente	Concordo	Concordo mais que discordo	Discordo mais que concordo	Discordo	Discordo Plenamente
13.Uma vez que se toma uma decisão, é difícil de mudar	6	5	4	3	2	1
14.Eu percebo uma sensação de aconchego	6	5	4	3	2	1
15.Eu guardo os sentimentos comigo mesma	6	5	4	3	2	1
16.Eu permito aos outros saberem o que eu quero	6	5	4	3	2	1
17.Eu sei que nós podemos resolver as coisas quando elas estão erradas	6	5	4	3	2	1
18.Eu me sinto excluído	6	5	4	3	2	1
19.Está tudo bem se cada um fizer as tarefas do seu jeito	6	5	4	3	2	1
20.Quando eu me sinto triste alguém me consola	6	5	4	3	2	1
21.Eu penso que nós evitamos falar de assuntos que a família precisaria discutir	6	5	4	3	2	1
22.Outros oferecem ajuda nas minhas tarefas	6	5	4	3	2	1
23.Nosso relacionamento uns com os outros se dá muito bem	6	5	4	3	2	1
24.Para mim sobra os piores trabalhos	6	5	4	3	2	1
25.Algumas pessoas dizem uma coisa e querem dizer outra	6	5	4	3	2	1
26.Visitantes de nossos amigos não aborrecem nossa família	6	5	4	3	2	1
27.Eu não sei como o dinheiro da família será gasto	6	5	4	3	2	1
28.Eles querem que eu goste da mesma comida	6	5	4	3	2	1
29.Eu me ateno às minhas rotinas diárias	6	5	4	3	2	1

<b>EM MINHA FAMÍLIA:</b>	Concordo Plenamente	Concordo	Concordo mais que discordo	Discordo mais que concordo	Discordo	Discordo Plenamente
30. Existe alguém que se preocupa comigo	6	5	4	3	2	1
31. Me é permitido ter minhas opiniões próprias	6	5	4	3	2	1
32. Eu tenho um sentimento de intimidades	6	5	4	3	2	1
33. Quando eu falo alguém ouve o que estou dizendo	6	5	4	3	2	1
34. Eu me protejo por conta própria	6	5	4	3	2	1
35. Quando as coisas dão erradas nós tentamos diferentes maneiras de lidar com elas	6	5	4	3	2	1
36. Nós fazemos perguntas quando não entendemos uns aos outros	6	5	4	3	2	1
37. Preciso lembrar os outros para fazer suas tarefas	6	5	4	3	2	1
38. Eu não faço coisas a menos que alguém concorda	6	5	4	3	2	1
39. É importante que todos nós pensemos da mesma maneira	6	5	4	3	2	1
40. Outros esperam que eu me comporte de maneiras com as quais eu não concordo	6	5	4	3	2	1
41. É fácil mudar os planos	6	5	4	3	2	1
42. Eu faço mais tarefas além das que foram repartidas comigo	6	5	4	3	2	1
43. Eu sinto um sentimento de união	6	5	4	3	2	1
44. Eu sei o que posso esperar dos outros membros	6	5	4	3	2	1
45. Eu sou um “solitário”	6	5	4	3	2	1
46. Eu sei quando os membros da família estão aborrecidos pela forma como eles aparentam	6	5	4	3	2	1

<b>EM MINHA FAMÍLIA:</b>	Concordo Plenamente	Concordo	Concordo mais que discordo	Discordo mais que concordo	Discordo	Discordo Plenamente
47.Quando há um mau entendido nós conversamos sobre o assunto até clareá-lo	6	5	4	3	2	1
48.Falar sobre meus problemas confunde mais as coisas	6	5	4	3	2	1
49.Parece que alguma coisa está dando errado	6	5	4	3	2	1
50.Eu tenho um lugar onde eu posso ficar sozinho	6	5	4	3	2	1
51.Não posso quebrar as regras.	6	5	4	3	2	1
52.Eu deixo que os outros decidam por mim	6	5	4	3	2	1
53.É difícil mudar as regras	6	5	4	3	2	1
54.É difícil dizer o que eu pretendo	6	5	4	3	2	1
55.Ninguém se preocupa comigo	6	5	4	3	2	1
56.Eu não me sinto próxima de ninguém	6	5	4	3	2	1
57.Eu tenho coisas que pertencem a mim mesma	6	5	4	3	2	1
58.Nós sabemos como alcançar os membros da família se necessário	6	5	4	3	2	1
59.Estou satisfeita com a forma pela qual o trabalho é feito	6	5	4	3	2	1
60.Eu penso que somos todos iguais	6	5	4	3	2	1
61.Tudo se desmorona quando há problemas	6	5	4	3	2	1
62.Nós evitamos falar sobre problemas	6	5	4	3	2	1
63.Eu não sei o que se espera de um dia para o outro	6	5	4	3	2	1

<b>EM MINHA FAMÍLIA:</b>	Concordo Plenamente	Concordo	Concordo mais que discordo	Discordo mais que concordo	Discordo	Discordo Plenamente
64. É importante saber onde os membros da família estão	6	5	4	3	2	1
65. Eu tenho opinião própria	6	5	4	3	2	1
66. Eu não gosto do trabalho que eu tenho que fazer	6	5	4	3	2	1

\*\*Proibido a reprodução sem a permissão por escrito da Dr<sup>a</sup> Marjorie White, Faculdade de Enfermagem, Universidade da Flórida, Gainesville, Flórida.  
Revisado 05/94

**ANEXO G – Cópia da Escala de Depressão e Ansiedade Hospitalar (HADS)****Escala de Depressão e Ansiedade Hospitalar (HADS)**

Marque com um X a resposta que melhor corresponder a como você se sente agora. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito.

Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

A Eu me sinto tenso ou contraído:

- 3 (     ) A maior parte do tempo  
2 (     ) Boa parte do tempo  
1 (     ) De vez em quando  
0 (     ) Nunca

D Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

- 0 (     ) Sim, do mesmo jeito que antes  
1 (     ) Não tanto quanto antes  
2 (     ) Só um pouco  
3 (     ) Já não sinto mais prazer em nada

A Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

- 3 (     ) Sim, e de um jeito muito forte  
2 (     ) Sim, mas não tão forte  
1 (     ) Um pouco, mas isso não me preocupa  
0 (     ) Não sinto nada disso

D Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

- 0 (     ) Do mesmo jeito que antes  
1 (     ) Atualmente um pouco menos  
2 (     ) Atualmente bem menos  
3 (     ) Não consigo mais

A Estou com a cabeça cheia de preocupações:

- 3 (     ) A maior parte do tempo
- 2 (     ) Boa parte do tempo
- 1 (     ) De vez em quando
- 0 (     ) Raramente

D Eu me sinto alegre:

- 3 (     ) Nunca
- 2 (     ) Poucas vezes
- 1 (     ) Muitas vezes
- 0 (     ) A maior parte do tempo

A Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:

- 0 (     ) Sim, quase sempre
- 1 (     ) Muitas vezes
- 2 (     ) Poucas vezes
- 3 (     ) Nunca

D Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

- 3 (     ) Quase sempre
- 2 (     ) Muitas vezes
- 1 (     ) De vez em quando
- 0 (     ) Nunca

A Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago;

- 0 (     ) Nunca
- 1 (     ) De vez em quando
- 2 (     ) Muitas vezes
- 3 (     ) Quase sempre

D Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

- 3 (     ) Completamente



- 2 ( ) Não estou mais me cuidando como eu deveria  
1 ( ) Talvez não tanto quanto antes  
0 ( ) Me cuido do mesmo jeito que antes

A Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

- 3 ( ) Sim, demais  
2 ( ) Bastante  
1 ( ) Um pouco  
0 ( ) Não me sinto assim

D Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:

- 0 ( ) Do mesmo jeito que antes  
1 ( ) Um pouco menos do que antes  
2 ( ) Bem menos do que antes  
3 ( ) Quase nunca

A De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

- 3 ( ) A quase todo momento  
2 ( ) Várias vezes  
1 ( ) De vez em quando  
0 ( ) Não sinto isso

D Consigo sentir prazer quando assisto um bom programa de televisão, de rádio, ou quando leio alguma coisa:

- 0 ( ) Quase sempre  
1 ( ) Várias vezes  
2 ( ) Poucas vezes  
3 ( ) Quase nunca