

NATALIE TORRES DE MATOS

**Validação dos instrumentos: Inventário da Vida de Relacionamentos
Familiars, Afetivos e Sexuais, Questionário do Estigma Sexual da
Doença Mental e Escala de Avaliação de Adesão à Medicação**

São Paulo

2023

NATALIE TORRES DE MATOS

**Validação dos instrumentos: Inventário da Vida de Relacionamentos
Familiars, Afetivos e Sexuais, Questionário do Estigma Sexual da
Doença Mental e Escala de Avaliação de Adesão à Medicação**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Fisiopatologia Experimental

Orientador: Prof. Dr. Marco de Tubino Scanavino

São Paulo

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Matos, Natalie Torres de

Validação dos instrumentos : Inventário da Vida de Relacionamentos Familiares, Afetivos e Sexuais, Questionário do Estigma Sexual da Doença Mental e Escala de Avaliação de Adesão à Medicação / Natalie Torres de Matos. -- São Paulo, 2023.

Dissertação (mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Programa de Fisiopatologia Experimental.
Orientador: Marco de Tubino Scanavino.

Descritores: 1.Transtornos mentais graves
2.Estigma da doença mental 3.Aderência à medicação
4.Relacionamento familiar 5.Relacionamento afetivo
6.Sexualidade

USP/FM/DBD-207/23

Responsável: Erialva da Conceição Batista, CRB-8 6755

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer a tudo que vivi durante este processo de escrita e evolução pessoal como pesquisadora.

Ao Dr. Marco de Tubino Scanavino e a Maria Luiza Amaral Sant'Anna pela oportunidade e confiança como aluna; no meu propósito de me tornar uma pesquisadora e obter o título de mestre. Agradeço a paciência, a calma e a sabedoria do Dr. Marco em me acalmar em alguns momentos de aflição e sempre trazer luz quando achava que tudo já estava perdido.

Ao meu grande presente de vida, a Martina, por dar mais brilho a este lindo e cansativo processo de estudo; por me fazer acreditar que eu posso tudo e com qualidade. Ter te recebido e cuidado com louvor de você junto com este projeto, me fez ter mais amor por ele e acreditar muito mais o quanto eu sou capaz de conquistar tudo que almejo, e, o melhor, "coladinhas". Você é a minha inspiração e a minha maior energia. Nós podemos tudo, e ainda nos divertir muito juntas. Consegui tudo isso em meio aos colinhos, as brincadeiras, as gargalhadas e as infinitas "mamadas". Sempre juntas, em tudo e pra tudo.

Ao meu companheiro, Bruno Kanawati El Sinetti por toda a dedicação com a nossa filha, Martina. Ao ser meu apoio e incentivador durante todo este processo. Esta é com certeza uma conquista a dois. Você tornou este sonho possível, é, portanto, nosso.

Aos meus incríveis pais, Valter de Matos Vaz e Marcia Torres de Matos, por me deixar sonhar e concretizar tudo que sempre quis. A eles dedico sempre todas as minhas conquistas; é por vocês, é por mim, é sempre por nós. Obrigada por me deixar voar. Obrigada por me permitir explorar, sonhar e conquistar.

As minhas irmãs, por me apoiarem em tudo que faço, cada uma ao seu modo, mas sempre juntas.

As minhas colegas do Serviço de Terapia Ocupacional do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas de São Paulo - IPq - HCFMUSP, por me incentivarem e me apoiarem. Aos colegas do IPq por também, me estimularem e acreditarem em mim.

A minha amiga Veridiana Mansur por me apoiar, mesmo que de muito longe, na minha carreira, na minha profissão, nos meus sonhos, neste estudo... na vida.

Aos meus amigos, de modo geral, por estarem juntos e acreditarem em mim. Por me permitirem não estar junto, mas sempre presente.

Por fim, a todos aqueles que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização desta dissertação, o meu sincero agradecimento.

NORMATIZAÇÃO ADOTADA

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com List of Journals Indexed in Index Medicus.

SUMÁRIO

Lista de Siglas, abreviaturas e símbolos

Lista de Siglas, abreviaturas e símbolos

Lista de Quadro

Lista de Figuras

Lista de Tabela

Resumo

Abstract

1	INTRODUÇÃO.....	1
2	JUSTIFICATIVA.....	3
3	OBJETIVOS.....	4
4	HIPÓTESES.....	5
5	REVISÃO DE LITERATURA.....	6
5.1	Os sintomas psiquiátricos e o impacto na vida afetiva-sexual.....	6
5.2	O Estigma da doença mental e a sexualidade.....	6
5.3	Transtorno mental grave e as disfunções sexuais.....	6
5.4	Adesão aos psicofármacos e fatores associados.....	7
5.5	Observa-se que o estudo de conexões entre adesão aos psicofármacos e vivências afetivo-sexuais é bastante escasso na literatura.....	8
5.6	Validação de instrumentos.....	8
5.7	Adaptação cultural.....	9
5.8	Metodologia qualitativa envolvendo análise de discurso para favorecer a construção de itens de um instrumento padronizado.....	9
5.9	Análise fatorial.....	9
5.10	Confiabilidade (alpha de Cronbach e consistência interna).....	10
5.11	Validade de constructo.....	10
5.12	Validade convergente.....	10
5.13	Validade discriminante.....	11
5.14	Instrumentos que investigam vida afetiva-sexual e estigma sexual da doença mental.....	11
5.15	Instrumentos que investigam a adesão aos medicamentos.....	12
6	MÉTODO.....	13
6.1	Delineamento do Estudo.....	13
6.2	População.....	13

6.3	Seleção da amostra.....	13
6.4	Critérios de inclusão.....	14
6.5	Critérios de exclusão.....	14
6.6	Cálculo amostral.....	15
6.7	Procedimentos.....	15
6.8	Instrumentos.....	17
6.8.1	Instrumento de investigação sociodemográfico.....	17
6.8.2	Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do DSM-5®: SCID - 5 - CV Versão Clínica ⁽⁷¹⁾	17
6.8.3	Escala de Experiência Sexual do Arizona (ASEX) ⁽⁷³⁾	17
6.8.4	Inventário de Tarefas Rotineiras – Estendido (RTI-E) ⁽⁷⁶⁾	18
6.8.5	Inventário da Vida de Relacionamentos Familiares, Afetivos e Sexuais (13,14).....	18
6.8.6	Questionário do Estigma Sexual da Doença Mental (MISS-Q) ⁽⁵⁷⁾	19
6.8.7	Escala de Autoestima de Rosemberg (EAR) ⁽⁷⁷⁻⁸⁰⁾	21
6.8.8	Escala de Avaliação de Adesão à Medicação (MARS) ⁽⁶²⁻⁶⁴⁾	22
6.8.9	Escala Breve de Lidar (Brief COPE) ^(85,86)	22
6.8.10	Escala de Apgar Família ^(90,91)	22
6.8.11	Escala de Avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde, OMS, versão abreviada (WHOQOL - Bref) ⁽⁹⁴⁾	23
6.8.12	Instrumento que analisa o grau de entendimento da escala ⁽⁹⁵⁾	23
6.8.13	Escala verbal numérica sobre o grau de entendimento do instrumento ⁽⁷⁰⁾	23
6.8.14	Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica Versão Ancorada (BPRS-A) ^(96- 98)	24
6.8.15	Escala de Estresse Percebido (PSS) ^(102,103)	24
6.9	Análise dos Resultados.....	24
7	RESULTADOS.....	27
8	DISCUSSÃO.....	56
9	CONCLUSÕES.....	68
10	RESULTADOS.....	69

Apêndice

LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS E SÍMBOLO

LISTA DE SIGLAS

USA	United States of América
IPq - HCFMUSP	Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
CSC	Comportamento Sexual Compulsivo
CID -10	Classificação Internacional das Doenças - Volume 10
DMS-IV	Manual de Diagnóstico e Estatística Das Perturbações Mentais 4 Edição
MINI	Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
CAPPesq	Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
RedCap	Research Eletronic Data Capture
LIM 27	Laboratório de Neurosciência
PROJESQ	Programa de Esquizofrenia
AISEP	Programa de Impulso Sexual Excessivo
CRHD	Centro de Reabilitação Hospital Dia
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
SCID-5-CV	Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do DSM-5®
ASEX	Arizona Sexual Experience Scale
RTI-E	Routine Task Inventory - Extented
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
AUC	Área sob a curva
VPP	Valor Preditivo Positivo
VPN	Valor Preditivo Não Positivo
CC	Confiabilidade Composta
EAR	Escala de Autoestima de Rosemberg
BriefCOPE	Brief Cope Scale
OMS	Organização Mundial de Saúde
BPRS	Brief Psychiatric Rating Scale
WHO	World Health Organization
PSS	Perceived Stress Scale
ECT	Eletroconvulsoterapia
AFE	Análise Fatorial Exploratória
DP	Desvio padrão
HD	Hipóteses

LISTA DE ABREVIATURAS

Ed.	Edição
Et al.	E outros
M	Média
Mdn.	Mediana
N	Número da amostra
P	valor de p
E	valores esperados
Rev.	Revista
V.	Volume
DP	Desvio padrão

LISTA DE SÍMBOLO

$>$ = Maior

\geq = maior ou igual

α coeficiente de alfa Cronbach

RESUMO

Matos NT. Validação dos instrumentos: Inventário da Vida de Relacionamentos Familiares, Afetivos e Sexuais, Questionário do Estigma Sexual da Doença Mental e Escala de Avaliação de Adesão à Medicação [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2023.

INTRODUÇÃO: Importantes transtornos mentais tais como esquizofrenia, depressão maior e transtorno bipolar são encontrados e nomeados na literatura como transtorno mental grave (TMG). Estes tipos mais incapacitantes de transtornos mentais tem uma evolução crônica e trazem grandes prejuízos a diferentes áreas da vida. A vida sexual deles pode ser afetada tanto pelas dificuldades sintomatológicas da doença e/ ou da incapacidade gerada por ela, ou mesmo pelo estigma sofrido contra a pessoa com transtorno mental ou ainda, devido ao uso de remédios psicotrópicos. É sabido as dificuldades desta população nas relações sociais, mas pouco se sabe sobre as relações do estigma e da adesão medicamentosa na vida afetivo-sexual, e vice-versa.

OBJETIVOS: Realizar a validação de instrumentos (1) Questionário do Estigma Sexual da Doença Mental (MISS-Q); (2) Inventário da vida de relacionamentos familiares, afetivos e sexuais; e (3) Escala de Avaliação de Adesão à Medicação (MARS). Além, de analisar qualitativamente o MISS-Q e validar o constructo do Inventário da Vida de Relacionamentos Familiares, Afetivos e Sexuais.

MÉTODO: Estudo observacional, metodológico de validação, realizado com 201 participantes, homens mulheres, com idade igual ou maior que 18 anos, alfabetizado, sem algum tipo de deficiência intelectual e diagnóstico de TMG ou compulsivos sexuais; ou ser profissionais de saúde mental. Como critério de exclusão, presença de alterações da consciência, agitação psicomotora e/ ou sintomas delirantes e/ ou alucinações que possa interferir no conteúdo das respostas naquele momento da entrevista; e/ ou apresentar histórico de convulsões, epilepsias, traumatismos cranianos encefálicos ou algum tumor cerebral e fazer uso de medicações não psicotrópicas que possam interferir no funcionamento sexual e a presença de comorbidades autorreferidas e dependência de álcool e/ ou drogas avaliadas pelo MINI. Todos os participantes estavam matriculados no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, entre junho de 2019 a novembro de 2022 e passaram por entrevistas diagnóstica e investigativa dos aspectos sociodemográficos e preencheram aos instrumentos: Inventário de Tarefas Rotineiras - Estendido, (RTI-E); Escala APGAR da Família; *WHOQOL-Bref*; Escala de Experiência Sexual do Arizona (ASEX); Escala de Estresse Percebido (PSS); Escala Breve Do Lidar (BriefCOPE); Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR); e Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica Versão Ancorada (BPRS-A).

RESULTADOS: Aprovada a análise qualitativa do MISS-Q após três tentativas. Validado o constructo do MISS-Q e do Inventário de Vida de Relacionamentos Familiares, Afetivos e Sexuais, com aprovação maior que 80% e mostrando-se claras, legíveis e sem palavras difíceis. A nova versão do MISS-Q apresentou melhores resultados que a versão original; possui 38 questões divididas em nove domínios, com carga fatorial entre 0,5285 e 0,9164 e coeficiente de alfa de Cronbach de 0,8795, boa. Na análise discriminante apresentou, em sua maioria, diferença entre os grupos de TMG

e profissionais de saúde mental. Apresentou correlações fracas a moderada com os demais instrumentos. A MARS apresentou somente dois domínios, diferente da original com três. Carga fatorial entre 0,77 e 0,99 e coeficiente de Cronbach 0,9634, muito boa. Não apresentou diferenças entre os grupos e não apresentou correlação com nenhum instrumento. O Inventário da Vida de Relacionamentos Afetivos e Sexuais possui 51 questões divididas em 12 domínios, carga fatorial entre 0,4288 e 0,9629 e coeficiente de Cronbach de 0,784, razoável. De 12 domínios, três deles apresentaram-se iguais entre os três grupos, e um para somente para TMG e compulsivo sexual e outro para TMG e profissional de saúde mental. Apresentou correlações fracas a moderada com os demais instrumentos. **CONCLUSÕES:** No geral, identifica-se que a pessoas com maior nível de funcionalidade, menores níveis de disfunção sexual e menores sintomatologias da doença mental, terão uma vida de relacionamento afetivo e sexual mais frequente e segura e maior participação da família e da equipe de profissionais. Observa-se que os pacientes mais graves, apresentam menos oportunidades sexuais, mais comportamento de risco e menos crítica sobre o seu funcionamento. Além, da falta de comunicação com a equipe sobre a sua vida sexual. Foi possível concluir a validação do instrumento MISS-Q e Inventário da Vida de Relacionamentos Familiares, Afetivos e Sexuais. Será necessário refazer o estudo da MARS, comparando os dados da versão original com a traduzida para o Brasil, e os achados deste estudo.

Palavras-chave: Transtornos mentais graves. Estigma da doença mental. Aderência à medicação. Relacionamento familiar. Relacionamento afetivo. Sexualidade.

ABSTRACT

Matos NT. Validation of the Life Inventory of Family, Affective and Sexual Relationships, Mental Illness Sexual Stigma Questionnaire and Medication Adherence Assessment Scale [dissertation]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2023.

INTRODUCTION: Important mental disorders such as schizophrenia, major depression, and bipolar disorder are found and named in the literature as severe mental illness (SMI). These most disabling types of mental disorders have a chronic evolution and greatly damage different areas of life. Their sex life can be affected by the symptomatologic difficulties of the disease and/or the disability generated by it, or even by the stigma suffered against the person with a mental disorder or even due to the use of psychotropic drugs. The difficulties of this population in social relationships are well known, but little is known about the associations between stigma and medication adherence in affective-sexual life and vice versa. **OBJECTIVES:** Validate instruments (1) Mental Illness Sexual Stigma Questionnaire (MISS-Q); (2) Life inventory of family, affective and sexual relationships; and (3) Medication Adherence Rating Scale (MARS). In addition, to qualitatively analyze the MISS-Q and validate the construct of the Life Inventory of Family, Affective, and Sexual Relationships. **METHOD:** Observational, methodological, validation study, carried out with 201 participants, male and female, aged 18 years or older, literate, without any intellectual disability and diagnosis of SMI or sexual compulsives; or be mental health professionals. As exclusion criteria, the presence of alterations in consciousness, psychomotor agitation and/or delusional and/or hallucinatory symptoms that could interfere with the content of the responses at that time of the interview; and/or have a history of seizures, epilepsy, traumatic brain injury or a brain tumor and use non-psychotropic medications that may interfere with sexual functioning and the presence of self-reported comorbidities and dependence on alcohol and/or drugs assessed by MINI. All participants were enrolled at the Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, between June 2019 and November 2022 and underwent diagnostic and investigative interviews of sociodemographic aspects and completed the instruments: Inventory of Routine Tasks - Extended, (RTI-E); Family APGAR Scale; WHOQOL-Bref; Arizona Sexual Experience Scale (ASEX); Perceived Stress Scale (PSS); Brief Coping Scale (BriefCOPE); Rosemberg Self-Esteem Scale (EAR); and Brief Psychiatric Rating Scale Anchored Version (BPRS-A). **RESULTS:** Qualitative analysis of the MISS-Q passed after three attempts. The construct of the MISS-Q and the Life Inventory of Family, Affective, and Sexual Relationships was validated, with approval greater than 80%, and proving to be

clear, legible, and without difficult words. The new version of MISS-Q showed better results than the original version; it has 38 questions divided into nine domains, with a factorial load between 0.5285 and 0.9164 and a Cronbach alpha coefficient of 0.8795, which is good. In the discriminant analysis, there was, for the most part, a difference between the SMI and mental health professionals groups. It presented weak to moderate correlations with the other instruments. MARS gave only two domains, different from the original with three. Factor loading between 0.77 and 0.99 and Cronbach coefficient 0.9634, very good. There were no differences between the groups and no correlation with any instrument. The Life Inventory of Affective and Sexual Relationships has 51 questions divided into 12 domains, with factor loading between 0.4288 and 0.9629 and a Cronbach coefficient of 0.784, which is reasonable. Of 12 domains, three were the same among the three groups, one for only SMI and sexual compulsiveness and another for SMI and mental health professionals. It presented weak to moderate correlations with the other instruments. CONCLUSIONS: In general, it is identified that people with a higher level of functionality, lower levels of sexual dysfunction, and lower symptoms of mental illness will have a more frequent and safer affective and sexual relationship life and greater participation of the family and the health care professionals. More severe patients have fewer sexual opportunities, more risky behavior, and less criticism of their functioning. In addition, the lack of communication with the team about their sex life. It was possible to complete the validation of the MISS-Q instrument and Life Inventory of Family, Affective, and Sexual Relationships. It will be necessary to redo the MARS study, comparing the data from the original version with the one translated into Brazil and the findings of this study.

Keywords: Severe mental disorders. Stigma of mental illness. Adherence to medication. Family relationship. Affective relationship. Sexuality.

1 INTRODUÇÃO

Importantes transtornos mentais tais como esquizofrenia, depressão maior e transtorno bipolar são encontrados e nomeados na literatura como transtorno mental grave (TMG).

De acordo com Ruggeri e seus colaboradores⁽¹⁾, a definição de TMG pode ser dada em duas esferas, a tridimensional ou a bidimensional. A definição tridimensional refere-se ao diagnóstico de qualquer psicose não orgânica; com duração de tratamento de dois anos ou mais; e algum grau de disfunção de acordo com a escala de Avaliação Global do Funcionamento (GAF)⁽²⁾. Já a definição bidimensional ao cumprimento dos dois últimos critérios apresentados acima para o tridimensional.

Análises epidemiológicas indicam que milhões de pessoas sofrem no mundo algum tipo de transtorno mental e que este número vem sofrendo um aumento progressivo nas últimas décadas⁽³⁾.

No estudo feito pelo Estudo Carga de Doença Global (Global Burden of Disease, GBD), os transtornos mentais comuns e a dependência química foram as principais causas de anos vividos com incapacidade em todo o mundo. Em 2010, notou-se que foram responsáveis por 7,4% de todos os anos vividos com incapacidades⁽⁴⁾.

A depressão é um dos TMG que impacta diretamente na qualidade de vida das pessoas e vem representando 40,5% destes índices de incapacidades mundiais, seguidos pela esquizofrenia (7,4%) e o transtorno bipolar (7,0%)⁽⁵⁾.

Na cidade de São Paulo (SP - Brasil), quase 30% dos habitantes apresentam algum tipo de transtorno mental. Atualmente, cerca de 1 em cada 10 moradores desta capital já tiveram ou fazem tratamento para alguma doença mental. Cabe destacar, que a prevalência dos transtornos mentais na metrópole paulista é ainda maior do que em outras grandes regiões do mundo, onde pesquisas semelhantes a essa também foram realizadas⁽⁶⁾.

Estes tipos mais incapacitantes de transtornos mentais tem uma evolução crônica e trazem grandes prejuízos em diferentes e consideráveis áreas do funcionamento, tais como: das funções mentais e emocionais, dos relacionamentos sociais, pessoais, familiares e sexuais, no exercício da vida escolar e profissional, entre outras áreas da vida⁽⁷⁾.

Um campo pouco investigado é o das vivências afetivo-sexuais, a relação destas com o estigma relacionado a doença mental e com a adesão ao uso dos psicofármacos.

Ao longo da presente dissertação, iremos revisar a literatura acerca do tema das conexões entre TMG, vida afetivo-sexual, estigma e adesão medicamentosa, na sequência pontuamos a justificativa para o estudo, bem como os objetivos e hipóteses. Por conseguinte, detalhamos a metodologia empregada na tradução, adaptação cultural e investigação psicométrica dos instrumentos objeto deste estudo,

apresentamos os resultados, a discussão e as conclusões do estudo.

2 JUSTIFICATIVA

Poucos são os estudos que avaliam as influências dos aspectos afetivo sexuais no uso da medicação e vice-versa no Brasil.

De fato, são poucos os instrumentos padronizados validados em nosso meio para investigá-los. Fundamental para identificar os riscos do estigma sexual relacionado a doença mental e as dificuldades afetivo-sexuais associados a adesão insatisfatória ao tratamento.

Portanto, faremos a investigação psicométrica de três instrumentos relacionados a estes aspectos, de modo a começar a superar esta defasagem.

3 OBJETIVOS

Descrevemos a seguir os objetivos do presente estudo observacional, metodológico, de validação, com amostra de pessoas com transtorno mental grave, pessoas compulsivas sexuais e profissionais de saúde mental.

Objetivo primário:

- Realizar a validação de instrumentos: (1) Questionário do Estigma Sexual da Doença Mental; (2) Inventário da Vida de Relacionamentos Familiares, Afetivos e Sexuais; e (3) Escala de Avaliação de Adesão à Medicação.

Objetivos secundários:

- Desenvolver a análise qualitativa de quatro domínios que não mostraram propriedades psicométricas satisfatórias no Questionário do Estigma Sexual da Doença Mental (MISS-Q), a saber: "atratividade percebida"; "ocultação de doença mental"; "sentir falta" e "lócus de controle";
- Investigar a validade de constructo do Inventário da Vida de Relacionamentos Familiares, Afetivos e Sexuais, bem como da nova versão do MISS-Q;
- Investigar as propriedades psicométricas destes dois instrumentos, bem como da Escala de Avaliação de Adesão à Medicação (MARS)

4 HIPÓTESES

Hipotetizamos que os instrumentos apresentarão elevadas consistência interna, boa validade convergente com domínios teoricamente correlatos e discriminante com relação aos grupos formados por participantes com TMG, compulsivos sexuais e profissionais de saúde mental.

5 REVISÃO DE LITERATURA

a. Os sintomas psiquiátricos e o impacto na vida afetiva-sexual

Os sintomas negativos comuns nos transtornos mentais, como: anedonia, avolição e afeto embotado, relacionados à atividade hipodopaminérgica no córtex frontal, dificultam severamente a capacidade destas pessoas de se relacionarem afetivamente e sexualmente com outras pessoas. Na presença de episódios psicóticos repetitivos e do alto nível de severidade sintomática da doença, tendem a apresentar piores desempenhos ocupacionais⁽⁸⁻¹²⁾.

As pessoas com TMG tendem, portanto, a apresentar maiores dificuldades para iniciar e manter relacionamentos afetivos e sexuais estáveis e seguros e de construir as suas próprias famílias^(13,14).

b. O estigma da doença mental e a sexualidade

O estigma da “doença mental” imposto sobre estas pessoas com TMG, geram impactos severos na funcionalidade, levando à internalização desse rótulo, e resultando na autodesvalorização e no isolamento social⁽¹⁵⁾.

Em um estudo com 98 participantes com TMG, identificou-se que aqueles que relatavam terem sofrido maiores estigmas e discriminação ao longo da vida, eram também pessoas mais propensas a serem sexualmente mais ativas e a terem mais relações sexuais desprotegidas. Estas pessoas, portanto, apresentavam, comportamentos sexuais mais arriscados como forma de evitar o isolamento, e alcançar de alguma maneira algum status social ou sentimento de pertencimento⁽¹⁶⁻¹⁸⁾.

O estigma de ter um transtorno mental interfere diretamente em diferentes áreas da vida, como também do funcionamento sexual destas pessoas⁽¹⁹⁾, que já se apresenta, muitas vezes, prejudicado pelo próprio tratamento psiquiátrico, devido aos efeitos colaterais secundários dos medicamentos neurolépticos e inibidores da recaptação da serotonina nas fases de desejo e excitação sexual.

5.3 Transtorno mental grave e as disfunções sexuais

As disfunções sexuais são prevalentes nas pessoas com TMG, afetando em torno de 30% a 80% das mulheres e de 45% a 80% dos homens com esquizofrenia tratados ou não⁽²⁰⁾, comparados a uma média de 50% da população em geral brasileira⁽²¹⁾.

Cabe destacar, que este prejuízo do funcionamento sexual pode gerar problemas graves nos relacionamentos, a na adesão medicamentosa e o abandono do tratamento psiquiátrico, a fim da pessoa com TMG não renunciar a sua vida sexual⁽²²⁾.

5.4 Adesão aos psicofármacos e fatores associados

A falta de adesão ao tratamento medicamentoso pela pessoa com TMG é um importante problema de saúde pública, podendo levar a exacerbação dos sintomas e a cronificação da doença mental. Além, é claro, de gerar altos custos aos cofres públicos com tratamentos que se tornam, inúmeras vezes, sem uma continuidade e ineficazes⁽²³⁾.

Piette e colaboradores⁽²⁴⁾, realizaram um estudo sobre a adesão medicamentosa com pacientes esquizofrênicos com algum tipo de comorbidade clínica (n=1.686). Como resultado obtiveram diferentes taxas de adesão aos diferentes tipos de tratamentos. A adesão aos antipsicóticos (65%) foi menor que a adesão aos anti-hipertensivos (74%) e hipoglicemiantes orais (71%).

Quando se trata de TMG, aproximadamente 50% das pessoas com esquizofrenia não aderem ao uso regular dos medicamentos psiquiátricos, causando frequentes recaídas e novas reinternações⁽²³⁾. No caso dos transtornos bipolares, 47% das pessoas não aderem em alguma fase do tratamento e 52% durante um período de dois anos⁽²⁵⁾.

Entre os fatores de risco mais comuns associados à má adesão medicamentosa nos TMG está a ausência de crítica sobre ter ou não uma doença mental e a necessidade do uso contínuo de medicações psiquiátricas; o sofrimento associado aos efeitos colaterais persistentes das medicações, principalmente neuro musculares, aumento ponderal e disfunções sexuais; a presença de sintomas positivos e negativos persistentes; grandiosidade persistente ou sintomas maníacos; problemas relacionados ao uso de substâncias ilícitas e álcool; presença de déficits cognitivos; falta de apoio social e familiar; dificuldades no vínculo terapêutica; e limitação dos aspectos funcionais e socioeconômico⁽²⁶⁻³⁶⁾.

Em um estudo realizado em 2003, sobre a má adesão medicamentosa em virtude de aspectos sexuais, foram avaliados os níveis de disfunção sexual autorrelatadas de 51 pacientes com TMG em acompanhamento ambulatorial, utilizando uma variedade de medicamentos psiquiátricos. Constatou-se que 62,5% dos homens e 38,5% das mulheres referiram que os seus medicamentos psiquiátricos estavam causando efeitos

colaterais sexuais; e 50% deles "nunca ou raramente" falaram sobre o seu

funcionamento sexual com os profissionais de saúde mental que lhes cuidavam. E que 41,7% dos homens e 15,4% das mulheres admitiram ter parado de tomar seus medicamentos em algum momento do tratamento com por motivos dos efeitos colaterais sexuais⁽²²⁾.

5.5 Observa-se que o estudo de conexões entre adesão aos psicofármacos e vivências afetivo-sexuais é bastante escasso na literatura

Cabe saber, que de acordo com um estudo de revisão realizado por Velligan e colaboradores⁽²⁶⁾, sobre questões relativas aos problemas de adesão à medicação em TMG, concluiu-se que uma boa adesão para esta população se dá a partir da ingestão de 80% ou mais dos medicamentos.

Portanto, sabe-se que as pessoas com TMG tendem a apresentar maiores e diversas dificuldades nos relacionamentos afetivos e sexuais decorrentes da sintomatologia das doenças e pelos efeitos colaterais das medicações psiquiátricas, bem como pelos estigmas sofridos devido a doença mental.

5.6 Validação de Instrumentos

O uso de instrumentos de avaliação associado às práticas clínicas está cada vez mais comum na área da saúde mental. Com o uso de instrumentos de avaliação se torna possível descobrir doenças, mensurar níveis de funcionalidade, identificar perfis de personalidade e comportamento, e, até mesmo, a partir dos resultados, traçar intervenções e evoluir mudanças.

A metodologia de coleta dos dados deve ser muito bem traçada para garantir a sua confiabilidade e validade; assim como da escolha dos instrumentos adequados à pesquisa em si⁽³⁷⁻³⁹⁾.

A validade de um instrumento se dá quando a sua elaboração e aplicabilidade são fidedignas aos seus objetivos, ou seja, quando a sua mensuração é fiel ao que ele se propõe avaliar. O instrumento, precisa, portanto, conter em seu conteúdo requisitos para mensurar o fenômeno a ser identificado por ele.

As propriedades psicométricas são os recursos utilizados para esta averiguação da qualidade de um instrumento. Entre as mais comuns, estão a confiabilidade e a validade. Sabe-se que a confiabilidade é a capacidade do instrumento em medir integralmente um fenômeno; e a validade a capacidade de medir com exatidão o fenômeno a ser estudado⁽⁴⁰⁾.

5.7 Adaptação cultural

A adaptação cultural é uma das etapas da validação. Ela exige planejamento e rigidez para a manutenção do seu conteúdo, das suas características psicométricas e do propósito a quem se destina⁽⁴¹⁾. Além, é claro, da adaptação dos itens para uso em outro contexto⁽⁴²⁻⁴⁴⁾.

Ao se adaptar um instrumento, várias etapas devem acontecer: a tradução da língua, a adaptação dos aspectos culturais, idiomáticos linguísticos e contextuais, pertinentes à sua tradução⁽⁴⁵⁾.

A pesquisa qualitativa responde às perguntas mais particulares, ou subjetivas, que não podem ser quantificadas em números. Ela trabalha com aquilo que não é detectável; ela, portanto, explora significados, sentidos, aspirações, crenças, valores e atitudes⁽⁴⁶⁾.

A análise de discurso é uma metodologia de interpretação puramente qualitativa. Ela trabalha com o sentido, ou seja, os significados manifestados no discurso⁽⁴⁷⁾. Quando ela é usada para a construção de um instrumento, refere-se às informações empíricas, baseada na experiência. Ela analisa a maneira como ocorre a construção ideológica de um instrumento, a partir das experiências e pelas questões socioculturais dos autores e do público alvo a que se destina.

5.8 Metodologia qualitativa envolvendo análise de discurso para favorecer a construção de itens de um instrumento padronizado

A pesquisa qualitativa responde às perguntas mais particulares, ou subjetivas, que não podem ser quantificadas em números. Ela trabalha com aquilo que não é detectável; ela, portanto, explora significados, sentidos, aspirações, crenças, valores e atitudes⁽⁴⁶⁾.

A análise de discurso é uma metodologia de interpretação puramente qualitativa. Ela trabalha com o sentido, ou seja, os significados manifestados no discurso⁽⁴⁷⁾. Quando ela é usada para a construção de um instrumento, refere-se às informações empíricas, baseada na experiência. Ela analisa a maneira como ocorre a construção ideológica de um instrumento, a partir das experiências e pelas questões socioculturais dos autores e do público alvo a que se destina.

5.9 Análise fatorial

A análise fatorial é um recurso estatístico que auxilia na simplificação dos dados, ou seja, ela agrupa diferentes variáveis em subgrupos, de acordo com suas

características, formando fatores⁽⁴⁸⁾. Ou seja, a análise fatorial é utilizada para analisar as correlações entre um grande número de variáveis e definir se os dados poderão ser subgrupados a um conjunto menor de fatores, mantendo as suas características originais⁽⁴⁹⁾.

5.10 Confiabilidade (alfa de Cronbach e consistência interna)

O coeficiente alfa de Cronbach é um recurso estatístico muito utilizado em instrumentos de medição para avaliar a confiabilidade e consistência interna, ou ainda, a qualidade do instrumento⁽⁴⁸⁾. Ele mede o grau de correlação entre os itens.

A confiabilidade, ou fidedignidade, é definida por Hair Junior e colaboradores, como o grau em que um conjunto de dados de uma variável latente é consistente em suas mensurações. Ela avalia o quanto o instrumento é estável, consistente ou preciso⁽⁴⁹⁾.

A consistência interna, é responsável por avaliar se todas as subpartes do instrumento medem realmente a mesma característica, ou seja, se elas são mesmo homogêneas⁽⁵⁰⁾.

5.11 Validade de constructo

A validade de constructo avalia o grau com o qual o instrumento mede o constructo estabelecido. Ela é uma análise estatística que possibilita tanto a avaliação da teoria que embasou a construção do instrumento quanto a avaliação do próprio instrumento.

Este recurso é utilizado para a comprovação de que um conjunto de variáveis apresentam o mesmo conceito ou as mesmas características a serem medidas; a validade de constructo testa hipóteses de que a medida em questão não está erroneamente correlacionada a constructos diferentes^(53,54).

Portanto, a validade de constructo, avalia se realmente o teste em questão avalia o que ele se propõe a medir, esclarecendo o significado do teste.

A validade de constructo é dividida em validade convergente e validade discriminante.

5.12 Validade convergente

A validade de constructo do tipo convergente tem a função de analisar com exatidão a medição de um instrumento em relação as medidas de outros instrumentos que apresentem características similares, analisando a consistência entre os

resultados dos mesmos⁽⁵⁵⁾.

A validade convergente avalia, portanto, o grau de concordância entre duas ou mais medidas com características semelhantes.

5.13 Validade discriminante

A validade de constructo discriminante também, tem a função de analisar com precisão a relação de um instrumento com outros, porém com características diferentes, e, assim, analisar se essas correlações são positivas ou negativas.

A validade discriminante, portanto, consiste em avaliar o grau em que uma medida não se correlaciona com outras das quais se supõem que vão divergir. Ou seja, o grau em que essas medidas se diferem entre si⁽⁵⁶⁾.

5.14 Instrumentos que investigam vida afetiva-sexual e estigma sexual da doença mental

Apesar de cada vez mais se ouvir falar da importância das relações sociais para a pessoa com transtorno mental, e das necessidades da inclusão na comunidade, pouco são os estudos que evidenciam este tema; e, menos ainda quando são direcionados aos relacionamentos familiares, afetivos e sexuais desta população.

Sabe-se que uma das maiores causas de limitações sociais, amorosas e sexuais desta população são decorrentes do estigma que sofrem contra a doença mental; preconceitos estes que geram barreiras internas e externas à vida da pessoa, como pela exclusão e do isolamento social.

Em uma breve revisão da literatura, observamos que ainda o único instrumento que investiga a relação entre o estigma e as relações afetivas e sexuais das pessoas com transtorno mental é o MISS-Q⁽⁵⁷⁾. Embora haja uma grande demanda de estudos sobre o tema, pouco se fez diante desta problemática e da sua repercussão negativa à vida das pessoas com TMG.

O MISS-Q foi criado nos Estados Unidos, para medir o estigma de pessoas com transtornos mentais (nos aspectos da discriminação individual, discriminação estrutural e processos psicológicos sociais), conforme o modelo elaborado pelos pesquisadores Link e Phelan, diante dos acontecimentos e atitudes sexuais⁽⁵⁸⁾.

O instrumento MISS-Q foi testado inicialmente com pessoas acompanhadas em serviços de saúde mental dos Estados Unidos, e, depois, adaptado e testado em adultos brasileiros moradores do Rio de Janeiro, em acompanhamento em serviços de saúde mental, entre 2007 e 2009, e, posteriormente, usado para estudo piloto com

jovens americanos, de intervenção em saúde sexual^(15, 59-61).

O Inventário da Vida de Relacionamentos Familiares, Afetivos e Sexuais, é um outro instrumento com foco nas experiências de relacionamentos da pessoa com transtorno mental. Foi criado por Scanavino e Benatti em 2009, e adaptado por Viera e Silva em 2013⁽¹³⁾. O instrumento surgiu a partir das discussões de um grupo terapêutico sobre relacionamentos amorosos e de sexualidade, para adultos internados em modalidade de hospital dia de um grande hospital psiquiátrico no Brasil. Ele está estruturado em três partes: relacionamentos familiares, afetivos e sexuais, e tem como objetivos identificar a existência e o nível de seus relacionamentos, no passado e presente.

Estes dois instrumentos (o MISS-Q e o Inventário da Vida de Relacionamentos Familiares, Afetivos e Sexuais) vêm para suprir a escassez de recursos mensuráveis de investigação sobre a vida de relacionamentos da pessoa com TMG, nos aspectos familiares, afetivos e sexuais. Além, de auxiliar na identificação de perdas ou dificuldade de relacionamentos no passado e presente; e nos prejuízos causados pelo estigma contra a pessoa com doença mental. Estes dois instrumentos tornam-se opções de recursos de intervenção para a educação da saúde sexual desta população oprimida; facilitadores para a apropriação do tema pelos profissionais da saúde mental; e meios de aproximação dos profissionais de saúde mental à população com TMG.

5.15 Instrumentos que investigam a adesão aos medicamentos

A inconstância ou a recusa da medicação por pacientes com TMG é mais comum do que pensamos, e uma das razões está a interferência dos antipsicóticos no funcionamento sexual. Muitas pessoas com TMG optam por pararem seus tratamentos a fim de manterem seus relacionamentos amorosos e sexuais. Diante deste grave fato, há a necessidade urgente de um instrumento sensível para esta população, e que consiga identificar quando houver uma má adesão medicamentosa, tanto na frequência de uso quanto na dosagem. Diante destas singularidades, e outras facilidades deste instrumento, a MARS⁽⁶²⁻⁶⁴⁾ se mostrou a mais adequado a esta população. A maioria dos instrumentos encontrados na literatura em relação ao uso de medicação se mostram mais complexos, e exigem maior capacidade de memorização do paciente quanto ao nome do remédio, a indicação para o uso da medicação; e frequência e dosagem; não indicado, portanto, a este público diante das incapacidades cognitivas e funcionais e, também, pela maior quantidade de medicações em uso e a maior dependência de administração da medicação por outra pessoa.

6 MÉTODO

6.1 Delineamento do Estudo

Estudo observacional, metodológico, de validação.

6.2 População

A população alvo deste estudo foram pessoas com idade igual ou superior a 18 anos, com diagnóstico de transtorno mental grave (depressão, esquizofrenia e transtorno bipolar); compulsivos sexuais e profissionais de saúde mental.

6.3 Seleção da amostra

A amostra de participantes com TMG e Compulsão Sexual, neste estudo, foi constituída por conveniência, daqueles em tratamento no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - IPq-HCFMUSP e por profissionais de saúde mental. As pessoas compulsivas sexuais foram utilizadas para fins de análise da validade discriminante, assim como os profissionais de saúde mental.

Entende-se para este estudo:

- As pessoas com TMG aquelas com diagnóstico de qualquer psicose não orgânica, com duração de tratamento de dois anos ou mais e algum grau de disfunção⁽¹⁾;
- As pessoas compulsivas sexuais como aquelas que buscam tratamento para Comportamento Sexual Compulsivo (CSC) no IPq - HCFMUSP e preenchem critérios diagnósticos para F52.7 pelo Código Internacional de Doenças, volume 10 (CID-10)⁽⁶⁵⁾, impulso sexual excessivo⁽⁶⁶⁾ e para dependência de sexo⁽⁶⁷⁾. De acordo com a CID-10 pessoas que se queixam de perda de controle sobre o comportamento sexual a partir da adolescência ou início da vida adulta apresentam impulso sexual excessivo. Através das observações clínicas, Goodman⁽⁶⁷⁾, em 2001, adaptou o diagnóstico de dependência de substância do Manual de Diagnóstico e Estatística Das Perturbações Mentais 4

Edição - DSM-IV-TR⁽⁶⁸⁾ para dependência de sexo, definindo-o como um padrão mal adaptado de comportamentos sexuais (exacerbados, repetitivos e frequentes), que causam sofrimento e prejuízo clínico significativo, em três ou mais das seguintes manifestações: envolvimento em atividades sexuais mais intensas e frequentes para obter a mesma satisfação que inicialmente (tolerância); presença de sintomas psíquicos e/ou físicos diante de tentativas de redução de práticas sexuais (abstinência); excessivo gasto de tempo e energia com o comportamento sexual; fracasso em controlar as práticas sexuais; excessivo gasto de tempo e energia com o processo de busca de sexo; prejuízo das atividades sociais, recreacionais e ocupacionais; continuidade do comportamento apesar das consequências adversas.

- Os profissionais de saúde mental aquele profissional de qualquer área saúde mental que atue há pelos menos 4 anos na área.

6.4 Critérios de inclusão

Os critérios adotados para a inclusão dos participantes na amostra, foram:

- ✓ Homens e mulheres, com idade igual ou superior a 18 anos;
- ✓ Alfabetizados;
- ✓ Nível cognitivo satisfatório para compreender e responder aos instrumentos da pesquisa (ou seja, não apresenta algum tipo de deficiência intelectual).

6.5 Critérios de exclusão

Como critério de exclusão, foram:

- ✓ Presença de alterações da consciência, agitação psicomotora e/ ou sintomas delirantes e/ou alucinatórios que possa interferir no conteúdo das respostas naquele momento da entrevista;
- ✓ Apresentar histórico de convulsões, epilepsias, traumatismos cranianos encefálicos ou algum tumor cerebral;
- ✓ Uso de medicações não psicotrópicas que possam interferir no funcionamento sexual e a presença de comorbidades autorreferidas;
- ✓ Dependência de álcool e/ou drogas avaliadas pela Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI).

6.6 Cálculo amostral

O cálculo amostral está baseado na análise discriminante (uma das utilizadas no estudo de validação de instrumentos). Utilizando-se dados comparativos de uma amostra de participantes com TMG e compulsivos sexuais acerca da frequência de atividade sexual nos últimos seis meses; onde (74/88) 84% dos compulsivos sexuais referem atividade sexual nos últimos seis meses; enquanto apenas (3/18) 17% dos indivíduos com TMG o referem.

Inicialmente calculamos o X^2 , baseado na fórmula $(O - E)^2/E$; onde O são os valores observados e E os valores esperados, obtivemos um valor de $X^2 = 22,7$. Subsequentemente Calculamos o Tamanho do Efeito da diferença por meio da fórmula $w = \sqrt{X^2/N}$; onde N é o número total de amostra, o que resultou num Tamanho de Efeito de 0,47 e um Poder Estatístico de 0,98. Por meio de Tabelas estatísticas estimamos o tamanho de nossa amostra para obter um Tamanho de Efeito de 0,50 (considerado grande) num teste com Poder Estatístico de 0,90, considerando um grau de liberdade, necessitaremos de uma amostra de pelo menos 42 participantes para o estudo de investigação das propriedades psicométricas⁽⁶⁹⁾.

6.7 Procedimentos

1. Inicialmente, o pesquisador entrou em contato com os autores de dois instrumentos: MISS-Q e MARS para autorização do uso na pesquisa, de validação.
2. Após aprovação pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do HCFMUSP (CAPPesq), e na Plataforma Brasil com o número 62325416.3.0000.0068, os instrumentos foram colocados em uma plataforma digital (*Research Electronic Data Capture - RedCap*).
3. Depois de inseridos os instrumentos no RedCap, o pesquisador executou o recrutamento dos participantes, através de alguns serviços do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo: Ambulatório Geral e Didático; Ambulatórios Integrados; Grupo de Transtornos do Humor do Laboratório de Neurociência (LIM27); Programa Esquizofrenia (PROJESQ); Programa de Impulso Sexual Excessivo (AISEP); Centro de Reabilitação Hospital Dia Adulto (CRHD) e do Serviço de Terapia Ocupacional do IPq - HC e da rede de contato de profissionais de saúde mental. A participação podia ser online ou presencial, assim como a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).
4. A participação na pesquisa iniciava-se somente após a aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). O TCLE foi apresentado e explicado, passo a passo da pesquisa, pelos pesquisadores, bem como seus objetivos. Foi enfatizado a garantia do sigilo e a confidencialidade das informações prestadas; e

esclarecido sobre o risco potencial da pesquisa aos participantes (risco mínimo devido à natureza observacional da investigação). Além, é claro, do direito do participante em ter solicitado, a qualquer momento, o desligamento da pesquisa.

5. Em seguida, a aceitação da participação na pesquisa e assinatura do TCLE, os participantes estão sendo submetidos a entrevistas para verificação dos critérios de elegibilidade e coleta dos dados sociodemográficos, clínicos e psiquiátricos. A pesquisadora executante, já se encontrava previamente treinada por seu orientador na aplicação dos instrumentos, assim como os seus colaboradores, por ela treinada.

6. Após aprovada a sua elegibilidade no estudo (de acordo com os critérios de inclusão e exclusão deste estudo), o participante passou, portanto, a responder às entrevistas estruturadas para, enfim, coletar os dados.

7. Essa pesquisa foi estruturada em três partes sequenciais: a primeira qualitativa, sobre a análise qualitativa dos quatro domínios que não mostraram propriedades psicométricas satisfatórias no Questionário do Estigma Sexual da Doença Mental (MISS-Q); e a segunda e terceira, quantitativa, referentes, consecutivamente, a investigação da validade de constructo do Inventário da Vida de Relacionamentos Familiares, Afetivos e Sexuais, bem como da nova versão do MISS-Q; e a das propriedades psicométricas destes dois instrumentos, bem como da Escala de Avaliação de Adesão à Medicação (MARS).

Parte 1. Foram realizadas entrevistas com profissionais da saúde mental e pessoas com TMG, em tratamento no IPq-HCFMUSP, sobre os aspectos dos 4 domínios ("atratividade percebida"; "ocultação de doença mental"; "sentir falta" e "lôcus de controle"), com propriedades psicométricas insuficientes, na versão original do Questionário do Estigma Sexual da Doença Mental - MISS-Q. A análise qualitativa do conteúdo das entrevistas resultou numa nova versão desta escala.

Parte 2. Foi realizada, no MISS-Q e no Inventário da Vida de Relacionamentos Familiares, Afetivos e Sexuais, a validação de constructo, através de duas etapas, das análises semântica e de conteúdo, com profissionais de saúde e pessoas com TMG, em tratamento no IPq - HCFMUSP, a fim de verificar, respectivamente, se o sentido dos itens das questões estava claro e se os itens das questões se referem aos traços que avaliam. Uma concordância de 80% entre os entrevistados, para cada item, foi aceitado. Foi utilizada a Escala verbal numérica sobre o grau de entendimento do instrumento⁽⁷⁰⁾.

Parte 3. Os dois instrumentos, bem como a Escala de Avaliação de Adesão à Medicação - MARS foram aplicadas, em pessoas com TMG, pessoas compulsivas sexuais e profissionais de saúde mental, para a investigação das propriedades psicométricas. O estudo das propriedades psicométricas envolveu análise fatorial, confiabilidade e validação.

6.8 Instrumentos

6.8.1 Instrumento de investigação sociodemográfico

Instrumento de investigação sociodemográfica: investiga amplamente dados sociodemográficos, incluindo perfil socioeconômico, profissão, religião, orientação sexual, entre outros.

6.8.2 Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do DSM-5®: SCID - 5 - CV Versão Clínica⁽⁷¹⁾

É um guia de entrevista para a realização do diagnóstico dos transtornos psiquiátricos mais comumente encontrados no contexto clínico (depressão, transtorno bipolar, transtorno do espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, transtornos por uso de substâncias, transtornos de ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e transtorno de adaptação. Traduzida e adaptada para a população brasileira. Foi aplicado em dois tempos em 45 pacientes psiquiátricos no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Demonstrou boa confiabilidade na maior parte dos transtornos ($Kappa$ ponderado = 0,83)⁽⁷²⁾. Estão sendo usados apenas os dados clínicos e diagnóstico diferencial para os transtornos psicóticos.

6.8.3 Escala de Experiência Sexual do Arizona (*Arizona Sexual Experience Scale, ASEX*)⁽⁷³⁾

A escala foi desenvolvida durante avaliação da disfunção sexual em pessoas com transtorno mental sob tratamento com drogas psicotrópicas apresentando boas propriedades psicométricas^(73,74). A escala é composta de cinco perguntas, domínios: desejo sexual excitação; ereção peniana ou lubrificação vaginal; capacidade de atingir

o orgasmo e satisfação com orgasmo, durante a última semana⁽⁷³⁾. Ela foi usada em uma amostra de pacientes com esquizofrenia e transtorno esquizoafetivo da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, São Paulo, Brasil e demonstrou boa acurácia⁽¹⁶⁾. Tem sensibilidade e a especificidade da ASEX para a identificação de disfunção sexual (escore ≥ 19) foram de 92 por cento e 98,4 por cento, respectivamente. Uma área sob a curva (AUC) foi de 0,96. O valor preditivo Positivo (VPP) foi 92 por cento e o valor preditivo não negativo (VPN), 94,8 por cem⁽⁷⁵⁾. Os itens são em uma escala de 6 pontos, variando de 1 (hiperfunção) até 6 (hipofunção), somando uma pontuação total que varia de 5 a 30. Uma pontuação total > 18 , ou uma pontuação ≥ 5 em qualquer um dos itens, ou três itens com pontuação individual ≥ 4 e indicativo de disfunção sexual clinicamente significativo, pontuadas em uma escala de 6 pontos, variando de 1 (hiperfunção) até 6 (hipofunção), somando uma pontuação total que varia de 5 a 30. Uma pontuação total > 18 , ou uma pontuação ≥ 5 em qualquer um dos itens, ou três itens com pontuação individual ≥ 4 é indicativo de disfunção sexual clinicamente significativa⁽¹⁶⁾.

6.8.4 Inventário de Tarefas Rotineiras - Estendido (*Routine Task Inventory – Extended*, RTI-E)⁽⁷⁶⁾

Avalia tarefas rotineiras a partir do autorrelato, do participante avaliado, do relato do cuidador e da observação direta do desempenho por um terapeuta, nas mesmas tarefas. O RTI-E é utilizado para descrever a variação no padrão de desempenho em tarefas rotineiras e avaliar a funcionalidade em diversas condições de saúde, populações e contextos da prática. Foi feita a adaptação transcultural e validação do *Routine Task Inventory - Expanded* para uso com idosos com demência no Brasil pela Terapeuta Ocupacional Patrícia Cothing e colaboradores em 2021⁽⁷⁶⁾. O resultado de cada escala é independente e representa a média do desempenho nas tarefas observadas. Portanto, cada escala do RTI-E pode ser aplicada separadamente. A pontuação do RTI-E representa o nível cognitivo da Escala de Allen do cliente no momento da observação. O nível 1 representa maior comprometimento da funcionalidade e o nível 6 representa independência total.

6.8.5 Inventário da Vida de Relacionamentos Familiares, Afetivos e Sexuais^(13,14)

Composto por 3 partes “A” (vida familiar), “B” (vida afetiva) e “C” (vida sexual), o instrumento investiga o histórico e as características dos relacionamentos com

familiares e pessoas significativas na vida (parceiros, amigos) e dos relacionamentos sexuais. Este questionário aborda os seguintes itens:

- a) Relacionamento atual satisfatório com pessoa que não seja o pai, mãe ou cuidador.
- b) Relacionamento satisfatório com o Cuidador.
- c) Relacionamento passado satisfatório com Parceiro ou Parceira.
- d) Vivência malsucedida no passado com Parceiro ou Parceira e que deixou traumas (não esqueceu, não se recuperou, não conseguiu se relacionar de novo).
- e) Relacionamento atual satisfatório com Parceiro ou Parceira.
- f) Ao menos uma experiência sexual satisfatória na vida.

Foi desenvolvido pelo pesquisador na área de sexualidade Dr. Marco de Tubino Scanavino e a psicóloga e sexóloga Edna Benatti em 2009. Em 2013 sofreu uma adaptação realizada pela Enfermeira Julie Cristine Vieira e o acadêmico de Medicina e bolsista de iniciação científica Gabriel Eufrásio da Silva, no qual a primeira parte do Inventário ganhou respostas objetivas para serem respondidas por meios de categorias que poderiam ser escolhidas, ao invés de questões abertas nas quais o entrevistado deveria responder sem uma opção de resposta previamente estipulada^(13,14). O Inventário neste formato foi utilizado no Estudo “Vida afetiva, comportamento sexual de risco e disfunções sexuais em portadores de transtorno mental grave em pacientes do Centro de Reabilitação e Hospital Dia do Instituto de Psiquiatria do HC-FMUSP, estudo transversal e de intervenção”. O instrumento foi aplicado por entrevistador e seu uso foi resumido ao auxílio na coleta de dados acerca da vida afetivo-sexual. Os itens foram analisados individualmente e alguns dados preliminares já foram apresentados e publicados em resumo de Congresso^(13,14). No atual projeto o Inventário será submetido a validação de constructo e investigação de propriedades psicométricas com vistas ao cálculo de escores favorecendo análises estatísticas.

6.8.6 Questionário do Estigma Sexual da Doença Mental (*Mental Illness Sexual Stigma Questionnaire*, MISS-Q)⁽⁵⁷⁾

Trata-se da versão em português de um questionário elaborado por Milton Wainberg, da Columbia University de New York, para uma pesquisa desenvolvida no Rio de Janeiro⁽¹⁵⁾.

O instrumento acessa especificamente experiências pessoais de estigmatização envolvendo a internalização do estigma e respostas psicossociais ao estigma. O MISS-Q é uma entrevista face-a-face que contém 33 itens.

Os seis primeiros itens avaliam as experiências de discriminação individual incluindo cinco itens de doença mental geral (por exemplo, "Quantas vezes já fizeram piada, ou riram por você ter uma doença mental?"; "Alguém já te chamou de "louco" ou, "louca"?"; "Você já sentiu que as pessoas estavam tentando tirar vantagem de você, por saber que você tem uma doença mental?"); e um item específico sobre relação sexual (por exemplo, "Muitas das pessoas com quem você queria ter um relacionamento romântico ou sexual, disseram que não queriam se envolver com você, por você ser um usuário de serviços de saúde mental?").

Dez itens avaliam discriminação estrutural, incluindo a disposição dos trabalhadores de saúde mental para discutir sexualidade com os pacientes (por exemplo, "Os membros da equipe fazem o paciente se sentir confortável para falar sobre questões de sexualidade e sexo"); e mensagens de proibição sobre a atividade sexual, ditas por membros da equipe e familiares (por exemplo, "Quantas vezes alguém da sua família já disse que por você ser um usuário de serviços de saúde mental você não deve ter relações sexuais?").

Dezessete itens avaliam processos sociais psicológicos, que pertencem a quatro domínios: "a desvalorização de si", "ocultação da doença mental", "atratividade percebida", e "locus de controle sexual". A desvalorização do eu pela doença mental, acaba fazendo com que se experimente desprezo e rejeição de sua sexualidade por outros (por exemplo, "A maioria das pessoas não mostram interesse em ter um relacionamento romântico ou sexual com alguém que tem uma doença mental"). "Dissimulação da doença mental" centra-se em evitar lidar diretamente com o estigma doença mental (por exemplo, "Você esconde o fato de que você tenha sido diagnosticado com uma doença mental de pessoas que você está interessado em ter um relacionamento romântico ou sexual"). "Atratividade percebida" provoca percepções internalizadas (por exemplo, "Ter uma doença mental faz você se sentir menos atraente do que outras mulheres/homens"). "Locus de controle sexual" acata o que os outros pedem nas relações sexuais (por exemplo, "A fim de ser sexualmente ativo, você sempre faz o que as outras pessoas pedem para você"). Todos os itens do MISS-Q têm quatro opções de resposta do tipo (0 - nunca; 1 - raramente, 2 - às vezes; 3 - muitas vezes). Por exemplo, o item "Muitas das pessoas com quem você gostaria de ter um relacionamento romântico ou sexual, disseram que não queriam se envolver com você, por você ser um usuário de serviços de saúde mental?" tem como opção as seguintes respostas (0 - nenhuma; 1 - alguns; 2 - mais; 3 - todos). Esta escala foi avaliada com carga fatorial (0,39 a 0,86), suficiente para ótima confiabilidade (α ordinal variou 0,57-0,88), e boa validade convergente e discriminante.

Como limitação, o instrumento apresentou α ordinal = 0,57 para o domínio “ocultação de doença mental”; e α ordinal = 0,57 para o domínio “atratividade percebida”. Coeficientes de confiabilidade foram baixos também para os domínios "sentir falta" (α ordinal = 0,42) e "lócus de controle" (α ordinal = 0,37). Os dois últimos mostraram também pouca confiabilidade e baixo fator de cargas e foram excluídos da análise⁽⁵⁷⁾. Estes quatro domínios que não mostraram propriedades psicométricas satisfatórias, serão submetidos à investigação qualitativa neste.

6.8.7 Escala de Autoestima de Rosemberg, EAR: versão em Português (*Rosemberg self-esteem scale*)⁽⁷⁸⁻⁸⁰⁾

A escala propõe uma medida unidimensional com dez itens destinados a avaliar globalmente a atitude e o sentimento positivo ou negativo por si mesmo. Engloba questões de satisfação pessoal, autodepreciação, percepção de qualidades, competência, orgulho por si, autovalorização, respeito e sentimento de fracasso. O escore obtido com a Escala pode variar de 10 a 40, sendo calculado somando-se as pontuações obtidas através das respostas dadas às 10 frases. Cada frase pode receber uma pontuação de, no mínimo, 1 e, no máximo, 4. Uma autoestima satisfatória é definida como escore maior ou igual a 30, na Escala de Rosenberg, e insatisfatória com escore menor que 30⁽⁸¹⁾. Têm bons coeficientes psicométricos obtidos originalmente (coeficiente de confiabilidade de 0,92) e em outros trabalhos^(82,83), validade de construto através da associação positiva com escalas que avaliam depressão e sintomas psicossomáticos⁽⁸⁴⁾; é um dos instrumentos mais utilizados em trabalhos internacionais para aferir a autoestima⁽⁸²⁾. No Brasil a consistência interna da escala, avaliada por meio do alfa de Cronbach foi de 0,90, o que também é similar ao que tem sido relatado na literatura. A análise fatorial demonstrou que a Escala de Autoestima de Rosenberg, na sua atual versão, segue apresentando validade de construto. A consistência interna foi equivalente ao encontrado há uma década e é muito satisfatória^(79,80).

6.8.8 Escala de Avaliação de Adesão à Medicação (*Medication Adherence Rating Scale, MARS*)⁽⁶²⁻⁶⁴⁾

A escala original é de autopreenchimento com dez itens, que avalia o grau de adesão ao tratamento psicotrópico e a atitude em relação à medicação. Na sua versão em português do Brasil passa a ser em formato de questionário, com resposta sim ou

não, para os 10 itens que a compõem. A existência de um padrão-ouro serviria para determinar um ponto de corte na escala, ou seja, o valor do escore mínimo, acima do qual os pacientes seriam aderentes, uma vez que esse valor coincidissem com o padrão-ouro da adesão. Como não existe um padrão ouro, as escalas de adesão fornecem apenas a informação referente ao grau de adesão ao tratamento. A MARS possui qualidades psicométricas adequadas para sua aplicação. A fidedignidade foi avaliada em termos da consistência interna e estabilidade temporal. A análise da consistência interna da escala apresentou um valor de coeficiente alfa de Cronbach de 0,75. Neste estudo o instrumento MARS foi usado na tentativa de classificar a adesão dos participantes em duas categorias: “adesão satisfatória” e “não satisfatória”.

6.8.9 Escala Breve Do Lidar (*Brief Cope Scale*, BriefCOPE)^(85,86)

O “coping” tem sido definido como um fator estabilizador, ou seja, que facilita o ajustamento individual ou a adaptação quando se está perante a situações ou em momentos estressantes. O BriefCOPE, é um instrumento de autopreenchimento constituído por 28 itens agrupados em 14 escalas. A versão original do BriefCOPE era cotada numa escala de “0 - Nunca faço isto” a “3 - Faço sempre isto”. Para melhorar as propriedades psicométricas do inventário e a validade estatística das análises fatoriais confirmatórias, o estudo realizado no Brasil, optou-se por usar um formato de respostas com 5 pontos (0 - Nunca fiz isto; 1 - Já fiz isto; 2 - Faço isto algumas vezes; 3 - Costumo fazer isto e 4 - Faço sempre isto). Segundo os autores da escala original consideram-se com baixa resiliência as pessoas com uma pontuação inferior a 13 e os com resiliência forte, cuja pontuação seria superior a 17. A confiabilidade avaliada quer pela confiabilidade composta (CC) quer pelo Coeficiente alfa de Cronbach revela que todos os fatores apresentam consistência interna boa (>0,7) a excelente (>0,85)⁽⁸⁶⁻⁸⁹⁾.

6.8.10 Escala de Apgar Familiar - “funcionalidade familiar” (*Apgar Family*)⁽⁹⁰⁾, versão Portuguesa⁽⁹¹⁾

Mensurar a satisfação dos membros da família em relação a cinco componentes considerados básicos na unidade e funcionalidade de qualquer família: adaptação (recursos familiares oferecidos quando se faz necessária uma assistência), companheirismo (reciprocidade nas comunicações familiares e na solução de problemas), desenvolvimento (liberdade, disponibilidade da família para mudanças de papéis). Trata-se de um instrumento composto por cinco questões, cada qual

relacionada aos componentes de funcionalidade familiar já citados. A escala de respostas varia entre 0, que corresponde ao “nunca”, a, 4, “sempre”. A somatória dos valores obtidos representa o escore que sugere a qualidade da funcionalidade familiar. O coeficiente alfa de Cronbach segundo o estudo realizado pelo autor da escala: entre 0,80 e 0,85⁽⁹⁰⁾. Segundo Santos⁽⁹²⁾, em um estudo onde a escala foi aplicada em português, constatou-se o valor de alfa de Cronbach de 0,833; que revela uma boa consistência interna. No Brasil, a tradução e adaptação do instrumento foram realizadas com o objetivo de verificar as propriedades de medida do *Family Apgar* quando aplicados à idosos independentes, dependentes e seus cuidadores⁽⁹³⁾. Mas já existem trabalhos que utilizaram a escala em outras circunstâncias inclusive em saúde mental⁽⁹²⁾.

6.8.11 Escala de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde, OMS, versão abreviada, WHOQOL-bref⁽⁹⁴⁾

Avalia os domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, que compõem a qualidade de vida. Adaptado e validado para uso no Brasil por Fleck e colaboradores em 2000⁽⁹⁴⁾. A consistência interna do WHOQOL-bref foi avaliada pelo coeficiente de alfa de Cronbach e variou entre 0,69 e 0,90. Quanto a validade discriminante, os domínios Físico e Psicológico discriminaram de forma estatisticamente significativa os pacientes dos normais. O domínio Meio-ambiente apresentou teste de significância limítrofe e o domínio Social não mostrou uma diferença estatisticamente significativa entre normais e pacientes⁽⁹⁴⁾.

6.8.12 Instrumento que analisa o grau de entendimento da escala⁽⁹⁵⁾

Verifica, em cada item do questionário/escala, se a pergunta é difícil, confusa, se contém palavras difíceis e/ou é constrangedora⁽⁹⁵⁾.

6.8.13 Escala verbal numérica sobre o grau de entendimento do instrumento ⁽⁷⁰⁾

Avalia o grau de compreensão com relação ao questionário como um todo. O paciente é informado que, ao terminar de responder as perguntas, deve dar uma nota de 1 a 5 para o seu grau de entendimento, sendo 1 equivalente a “Não entendi nada” e 5 a “Entendi perfeitamente/Não tenho dúvidas”⁽⁷⁰⁾.

6.8.14 Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica (*Brief Psychiatric Rating Scale*, BPRS) versão ancorada BPRS-A⁽⁹⁶⁻⁹⁹⁾

A Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica (Brief Psychiatric Rating Scale -BPRS) foi criada em 1962⁽⁹⁹⁾ e renovada em 1965. Depois tornou-se mais confiável com alterações feitas por Woerner e colaboradores⁽¹⁰⁰⁾.

Formada por 18 itens ou sintomas. Cada item psicopatológico da BPRS possui 7 níveis de gravidade (ausente, muito leve, leve, moderado, moderado para grave, grave, muito grave). A BPRS-A (versão ancorada da BPRS) possui escores de 0 a 6 para os graus de severidade. Em termos de confiabilidade, a BPRS-A mostrou ser um instrumento confiável (DP=0,85/0,80/0,85; RR=0,58/0,40/0,62; AD=0,68/0,70/0,91; HD=0,83/0,86/0,87; em "baseline", 6 semanas e 24 semanas, respectivamente), para a identificação da maioria dos sintomas que estão presentes nas psicoses⁽¹⁰¹⁾.

6.8.15 Escala de Estresse Percebido (*Perceived Stress Scale*, PSS)^(102,103)

Os itens desta escala foram designados para verificar o quanto imprevisível, incontrolável e sobrecarregada os respondentes avaliam suas vidas. A PSS possui 14 questões com opções de resposta que variam de zero a quatro (0 = nunca; 1 = quase nunca; 2 = às vezes; 3 = quase sempre 4 = sempre). As questões com conotação positiva (4, 5, 6, 7, 9, 10 e 13) têm sua pontuação somada invertida, da seguinte maneira, 0 = 4, 1 = 3, 2 = 2, 3 = 1 e 4 = 0. As demais questões são negativas e devem ser somadas diretamente. O total da escala é a soma das pontuações destas 14 questões e os escores podem variar de zero a 56. Também apresentou boa confiabilidade e validade de construto, evidenciado pelo coeficiente encontrado e pelas cargas fatoriais. Consistência interna ($r=0,82$)⁽¹⁰²⁾.

6.9 Análise dos resultados

Parte 1. Quanto à análise qualitativa dos quatro domínios do Questionário do Estigma Sexual da Doença Mental (MISS-Q) que não mostraram propriedades psicométricas satisfatórias "a atratividade percebida"; "ocultação de doença mental"; "sentir falta" e "lôcus de controle" foram realizadas as entrevistas com os profissionais de saúde mental e pessoas com diagnóstico de TMG:

- Foram aplicadas as questões abertas reformulados para cada domínio com pessoas com TMG e profissionais de saúde mental, até a sua total compreensão e

assimilação das respostas às perguntas, passando ao todo por três tentativas até a sua aprovação final.

- O plano de análise qualitativa seguiu os seguintes passos: a) Definição das categorias a serem investigadas nos discursos; b) Elaboração de um *codebook* com o referencial teórico-metodológico, o qual inclui as respectivas definições; c) Montagem da máscara do banco de dados de análise qualitativa; d) Seleção das unidades de registro e checagem da congruência com a categoria, até sua aprovação unânime; e) Alimentação do banco de dados; f) Limpeza do banco de dados; g) Análise dos dados no intuito de responder ao objetivo “aspectos pouco contemplados” dos domínios “atratividade percebida”; “ocultação de doença mental”; “sentir falta” e “lôcus de controle”.

Parte 2. Quanto a validação de constructo do Inventário da Vida de Relacionamentos Familiares, Afetivos e Sexuais; e dos quatro domínios que não apresentam propriedades psicométricas satisfatórias do Questionário do Estigma Sexual da Doença Mental (MISS-Q):

- Primeiramente foram analisadas as frequências dos participantes com TMG e profissionais de saúde mental, a cada possível resposta afirmativa para as perguntas “difícil?”, “confusa?”, “palavras difíceis?”, “constrangedora?” - referentes aos itens do instrumento - e depois das respostas à Escala verbal numérica sobre o grau de entendimento do instrumento.
- A frequência média de 80% de entendimento em cada questão e no questionário como um todo foram consideradas satisfatórias e aceitas para aprovação. A ocorrência de frequências mais baixas deu lugar a modificações no questionário e reaplicação até que se obtivesse 80% de entendimento em média pelos dois grupos.

Parte 3. Quanto à investigação das propriedades psicométricas foram verificadas pela análise fatorial exploratória, o cálculo do coeficiente alpha de Cronbach (consistência interna), validade discriminante (participantes com TMG vs. participantes compulsivos sexuais vs. profissionais de saúde mental) e concorrente: Inventário de Tarefas Rotineiras - Estendido, (RTI-E); Escala APGAR da Família; *WHOQOL-bref*; Escala de Experiência Sexual do Arizona (ASEX); Escala de Estresse Percebido (PSS); Escala Breve Do Lidar (BriefCOPE); Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR); e Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica - Versão Ancorada (BPRS-A).

- As variáveis inicialmente foram descritas por cálculos de proporções para as variáveis categóricas e por média e desvio padrão para as variáveis contínuas. As variáveis categóricas foram comparadas nos grupos através do teste do Qui quadrado e as variáveis contínuas através do teste “t de student” (no caso de variáveis que apresentarem normalidade) ou teste de Mann Whitney.
- As propriedades psicométricas foram verificadas pela análise fatorial.
- A confiabilidade foi investigada pelo cálculo do coeficiente alpha de Cronbach (consistência interna).
- A validade discriminante foi investigada pelo teste t de student ou de Mann Whitney.
- A validade convergente pela correlação de Spearman.
- As análises foram feitas no software estatístico Stata 17 e será utilizado nível de significância de 5 %.

7 RESULTADOS

Parte 1. Qualitativa

- Análise Qualitativa

Na **primeira parte da pesquisa**, de análise qualitativa, foram feitas as análises do conteúdo acerca dos quatro domínios que não apresentaram propriedades psicométricas satisfatórias do Questionário do Estigma Sexual da Doença Mental (MISS- Q), a saber: "a atratividade percebida"; "ocultação de doença mental"; "sentir falta" e "lócus de controle".

Caracterização da Amostra

Participaram, exclusivamente, desta parte da pesquisa 23 participantes (12 pessoas com TMG e 11 profissionais de saúde mental), entre homens (7) e mulheres (14), com idade média de 34 anos (entre 24 e 52 anos), através de entrevistas semiestruturadas, com perguntas abertas; e uso de gravador (gravação de áudio).

A entrevista e a gravação foram autorizadas pelos participantes antes do início da entrevista através do TCLE. A gravação foi posteriormente transcrita no programa *Microsoft Word* (versão 2017) e analisada de maneira qualitativa pelo autor quanto ao conteúdo do discurso e a correlação entre as perguntas e as respostas, conforme as suas categorias.

Todos os participantes convidados a participar deste estudo obedecem aos critérios de inclusão e exclusão desta etapa da pesquisa.

Processo de Análise Qualitativa

Foram feitas no total três tentativas de adaptação acerca dos quatro domínios do MISS-Q até a sua aprovação por todos, pessoas com TMG e profissionais de saúde mental (Quadro 1). Foi analisado o teor de conteúdo das respostas e sua congruência com as perguntas declarativas, mantendo os propósitos de cada domínio ou categorias, conforme o referencial teórico-metodológico do instrumento. Inicialmente as entrevistas ocorreram de forma individual e, posteriormente, em grupo focal.

1ª Tentativa de adaptação: foi mantido o número de perguntas e reformulada as oito questões correspondentes aos quatro domínios (duas questões de cada domínio) pelo pesquisador executante e o orientador. Participaram desta primeira entrevista, de forma individual e semiestruturada, seis profissionais de saúde mental e sete pessoas com TMG. Das oito questões referentes aos quatro domínios, apenas três (dois no domínio “sentir falta” e uma em “ocultação da doença mental”) apresentaram congruências de respostas entre os dois grupos e as suas respectivas perguntas. O domínio “sentir falta” foi o único aprovado nesta primeira tentativa. Foi necessário, portanto, rever as cinco demais questões, correspondentes aos outros três domínios. Foram coletadas sugestões dos participantes de ambos os grupos para a reformulação das perguntas que ainda não estavam claras.

2ª Tentativa de adaptação: foram acrescentadas cinco novas perguntas (uma no domínio “atratividade percebida” e quatro em “locus de controle”), e reformuladas as cinco questões que ainda traziam dúvidas quanto à sua compreensão. Neste processo houve a participação dos dois dos principais autores da escala e de um pesquisador colaborador do estudo realizado no Rio de Janeiro - Brasil na época da validação do instrumento.

Esta nova tentativa aconteceu em formato de um grupo focal, apenas com cinco profissionais de saúde mental, através de entrevista semiestruturada e com todas as questões envolvidas neste processo. Apenas uma questão se mostrou insatisfatória, a do domínio “locus de controle”. Foram dadas novas sugestões pelos participantes para a reformulação da pergunta ainda não clara.

3ª Tentativa de adaptação: foi reformulada a única questão que ainda trazia dúvidas quanto ao seu teor. Participaram desta entrevista, semiestruturadas, em grupo focal, cinco pessoas com TMG. Todas as questões envolvidas nesta nova tentativa de adaptação apresentaram boa compreensão pelo grupo e boa congruência com o conteúdo das discussões. Ao final desta etapa, concluiu-se, portanto, uma nova versão do MISS-Q, que passou de 33 questões, para 38 questões.

Quadro 1. Tentativas de adaptações das questões do MISS-Q.				
Domínios MISS-Q	Versão Original Validada para a população Brasileira.	1º Versão de tentativa de adaptação	2º Versão de tentativa de adaptação	3º Versão de tentativa de adaptação
Atratividade Percebida	1. Ter uma doença mental tem um impacto negativo sobre as suas oportunidades para relacionamentos sexuais?	1. Qual a relação entre ter doença mental e ser desejável?	1. Você acredita que ter uma doença mental prejudique as suas oportunidades sexuais com outras pessoas? Por favor, comente seu pensamento ou resposta.	1. Mantém
	2. Ter uma doença mental faz você se sentir menos atraente do que as outras mulheres ou homens?	2. Defina o termo "atratividade". Você se percebe atraente?	2.1. Há diferenças nas oportunidades de relacionamentos (românticos ou sexuais) entre pessoas com transtornos mentais e sem transtornos mentais? Explique como você às percebe.	2.1. Mantém
			2.2. Você se percebe atraído o interesse de outras pessoas sobre você para possíveis relacionamentos sexuais ou românticos? Por favor, comente sua opinião ou pensamento.	2.2. Mantém
Ocultação da Doença Mental	1. Você explica o que é uma doença mental para aqueles que você está interessado em ter um relacionamento romântico ou sexual?	1. Você acha que ter uma doença é motivo para manter segredo, ou deve ser mencionado abertamente? Por quê?	1. Mantém	1. Mantém
	2. Você esconde o fato de que você tenha sido diagnosticado com uma doença mental, de pessoas que você está interessado em ter um relacionamento romântico ou sexual?	2. Sua resposta se aplica também ao se tratar de pessoas mais próximas, íntimas ou um possível relacionamento? Explique.	2. Sua resposta também vale para pessoas mais distantes ou desconhecidas? Por favor, comente seu pensamento ou resposta.	2. Mantém
Sentir Falta	1. Você se sente mais confortável em ter um relacionamento romântico ou sexual com pessoas que também são usuárias de serviços de saúde mental?	1. Você acha que ter um transtorno de saúde mental influencia o tipo de relação afetiva que o indivíduo pode ter? De que forma?	1. Mantém	1. Mantém
	2. A fim de ser sexualmente ativo, você sempre faz o que os outros lhe pedem?	2. Você se submete as vontades alheias para ser aceito na vida sexual?	2. Mantém	2. Mantém
Locus de Controle	1. Você é quem escolhe o curso da sua vida sexual?	1. Como você dirige sua vida sexual?	1.1. Você quem escolhe seus parceiros (sexuais ou românticos)? Por favor, comente a sua resposta.	1.1. Mantém
			1.2. Você quem decide o que quer fazer ou não durante um relacionamento (sexual ou romântico)? Por favor, comente o seu pensamento ou a sua resposta.	1.2. Mantém
	2. Você evita se aproximar de alguém com quem está interessado em ter um relacionamento romântico ou sexual, se você acha que ele/ ela tem atitudes negativas sobre usuários de serviços de saúde mental?	2. Ao nos referirmos sobre a vida "amorosa ou sexual" e "controle", quais associações de ideias lhe ocorrem?	2.1.1. Como você as aborda? Por favor, comente seu pensamento.	2.1.1. Como você percebe que lida com estas experiências? Por favor, comente seu pensamento.
			2.1.2. Como você se cuida durante estas experiências? (Por exemplo, você presta atenção ao uso de preservativos; presta atenção se o relacionamento sexual traz satisfação sexual; se preocupa em receber recompensa emocional ao se envolver em um relacionamento)?	1. Mantém
			2.2.1. Você evita se aproximar de alguém por quem está interessado em ter um relacionamento (sexual ou romântico), se você acha que ele/ ela tem preconceitos contra usuários de serviços de saúde mental? Por favor, explique a sua opinião.	2.2.1. Mantém
			2.2.2. Como você se protege diante de pessoas que queiram fazer algum mal para você por saberem que você tem alguma doença mental? Comente a sua resposta/ pensamento.	2.2.2. Mantém

Parte 2. Quantitativa

- Validação de Constructo

Na etapa seguinte, **a segunda parte da pesquisa**, quantitativa, já com a nova versão do MISS-Q em um novo formato do questionário em forma de entrevista, foram feitas as tentativas de validação de constructo dele e do Inventário da Vida de Relacionamentos Familiares, Afetivos e Sexuais.

A validação de constructo ou de conteúdo, busca testar se o instrumento consegue representar adequadamente o construto teórico que busca medir, ou seja, se é capaz de prever um desempenho ou comportamento específico de uma pessoa.

A nova versão do MISS-Q em formato de entrevista e o Inventário de Relacionamento Familiares, Afetivos e Sexuais foram apresentados aos participantes e solicitado que lessem o instrumento atentamente e avaliassem conforme o grau de entendimento do instrumento⁽⁷⁰⁾. Foi utilizado como critério de adequação uma taxa de acerto de pelo menos 80% para cada questão⁽¹⁰³⁾.

→ MISS-Q

Participaram, exclusivamente, desta parte da pesquisa 10 participantes com TMG e 13 profissionais de saúde mental, 4 homens (17,5%) e 19 mulheres (82,5%), com idade média de 36 anos (entre 27 e 54 anos).

Foi necessário mais de uma adaptação para aprovação de no mínimo 80% entre os juízes profissionais de saúde mental e pessoas com TMG (Quadro 2).

1ª Tentativa: Participaram oito juízes - profissionais de saúde mental e cinco pessoas com TMG, com grau de concordância, inferior a 80% (com média total igual a 73%), sendo apenas duas questões aprovadas por todos dentre as 12. Foram dadas sugestões pelos participantes sobre as questões que não foram aprovadas.

2ª Tentativa: Houve a fragmentação de uma pergunta em quatro, no domínio “locus de controle” e a reformulação das demais perguntas não satisfatórias, conforme as sugestões dadas pelos profissionais de saúde e pelas pessoas com TMG na primeira

tentativa, ficando nesta etapa um total de 16 questões. Participaram desta segunda fase, 5 profissionais de saúde mental e 5 pessoas com TMG, com grau de concordância, superior a 80% (com média total igual a 84%), sendo todas as questões aprovadas por todos (100% de aprovação).

Quadro 2. Tentativas de adaptações das questões do MISS-Q conforme o grau de entendimento do instrumento.		
Dominios MISS-Q	1º Versão da MISS-Q em forma de entrevista	2º Versão da MISS-Q em forma de entrevista
Atratividade Percebida	1. Sobre as suas percepções em relação aos interesses pessoais de outras pessoas por você, por favor me responda, se você acredita que ter uma doença mental prejudique as suas oportunidades sexuais com outras pessoas?	1. Você acredita que ter um transtorno mental prejudique as suas oportunidades românticas e/ ou sexuais com outras pessoas?
	2.1. Você acredita que há diferenças nas oportunidades de relacionamentos (românticos ou sexuais) entre pessoas com transtornos mentais e sem transtornos mentais?	2.1. Você acredita que há diferenças nas oportunidades de relacionamentos românticos e/ou sexuais entre pessoas com e sem transtornos mentais?
	2.2. Você se percebe atraindo o interesse de outras pessoas sobre você para possíveis relacionamentos românticos ou sexuais?	2.2. mantém
Ocultação da Doença Mental	1. Sobre contar ou não contar a outras pessoas, próximas ou não tão próximas, que você tem um transtorno mental, por favor, me responda, se você acha que ter um transtorno mental é motivo para manter segredo?	1. Sobre contar ou não contar a outras pessoas próximas que você tem um transtorno mental: Você acha que ter um transtorno mental é motivo para manter segredo?
	2. Sua resposta à questão anterior, também se aplica às pessoas mais distantes ou desconhecidas?	2. Sua resposta à questão anterior, sobre manter ou não segredo que você tem um transtorno mental, também se aplica às pessoas mais distantes ou desconhecidas?
Sentir Falta	1. Por vezes, ao se sentir sozinho ou sem muitas oportunidades, as pessoas com transtornos mentais, acabam se tornando mais vulneráveis e menos criteriosas quanto aos seus relacionamentos (românticos e sexuais)?	1. Por vezes, ao se sentirem sozinhos ou sem muitas oportunidades sexuais, as pessoas com transtornos mentais, acabam se tornando mais frágeis e menos criteriosas nos seus relacionamentos românticos e/ou sexuais. Diante desta hipótese quero saber se isso já aconteceu com você?
	2. Sobre a pessoa com transtorno mental por vezes se sentir sozinha, ou sem muitas oportunidades, por favor me responda, se você se submete às vontades alheias para ser aceito na vida sexual e ter mais oportunidades sexuais?	2. Você já se submete às vontades alheias para ser aceito na vida sexual e ter uma vida sexual mais frequente?
Lócus de Controle	1.1. Em relação, a como você se comporta na sua vida romântica e/ ou sexual e como você a experimenta, por favor, me responda, se é você quem decide seus parceiros (as)?	1.1. Em relação à sua vida romântica e/ou sexual quero saber, se é você quem escolhe seus parceiros ou parceiras?
	1.2. Ainda, em relação, a como você se comporta na sua vida romântica e/ ou sexual e como você a experimenta, por favor, me responda, sobre a sua vida romântica e/ou sexual quero saber se é você quem decide o que quer fazer ou não durante um relacionamento?	1.2. Ainda sobre a sua vida romântica e/ou sexual quero saber se é você quem decide o que quer fazer ou não durante um relacionamento?
	2.1.1. Voltando ao tema de como você se comporta na sua vida romântica e/ ou sexual e como você a experimenta, por favor, me responda, se você se percebe lidando com estas experiências de maneira segura?	2.1.1. Mantém
	2.1.2. Em relação aos cuidados durante as suas experiências (românticas e/ ou sexuais), se você presta atenção quanto ao uso de preservativos; presta atenção a presença ou não de satisfação nos seus relacionamentos; e se você se percebe tendo preocupação em receber recompensa emocional ao se envolver em um relacionamento?	2.1.2.1. Em relação aos seus cuidados de saúde e do corpo durante as suas
		2.1.2.2. Em relação, agora, aos seus cuidados de saúde e das suas emoções, quero saber, se você se importa em ter satisfação ou prazer durante as suas experiências românticas e/ ou sexuais?
		2.1.2.3. Você se percebe tendo recompensas ou ganhos durante as suas experiências românticas e/ ou sexuais?
	2.1.2.4. Visando à sua saúde de um modo geral (emocional, físico e mental), você se percebe durante as suas experiências românticas e/ ou sexuais, lidando de maneira segura?	2.1.2.4. Visando à sua saúde de um modo geral (emocional, físico e mental), você se percebe durante as suas experiências românticas e/ ou sexuais, lidando de maneira segura?
2.2.1. Em relação aos cuidados durante as suas experiências (românticas e/ ou sexuais), por favor, me responde, se você evita se aproximar de alguém por quem está interessado em ter um relacionamento, se você acha que ele/ ela tem preconceitos contra usuários (as) de serviços de saúde mental?	2.2.1. Você evita se aproximar de alguém por quem está interessado (a) em ter um relacionamento romântico e/ ou sexual, se você acha que ele/ ela tem preconceitos contra usuários (as) de serviços de saúde mental?	
2.2.2. Ainda em relação aos seus cuidados durante as suas experiências (românticas e/ ou sexuais), se você se protege diante de pessoas que queiram fazer algum mal para você por saberem que você tem alguma doença mental?	2.2.2. Você consegue se proteger diante de pessoas que queiram fazer algum mal para você por saberem que você tem algum transtorno mental?	

→ INVENTÁRIO DA VIDA DE RELACIONAMENTOS FAMILIARES, AFETIVOS E SEXUAIS

Participaram, exclusivamente, desta parte da pesquisa 10 participantes com TMG e 12 profissionais de saúde mental, 3 homens (3,7%) e 19 mulheres (86,3%), com idade média de 31 anos (entre 24 e 49 anos).

Foi necessário mais de uma tentativa de adaptação para aprovação maior de 80% entre os juízes profissionais de saúde mental e as pessoas com TMG (Quadro 3).

1ª tentativa: Participaram sete juízes - profissionais de saúde mental e cinco pessoas com TMG, e tiveram grau de concordância, inferior a 80% (com média total igual a 31,4%). Dentre as desaprovações de alguns termos usados, considerados difíceis, confusos e com palavras difíceis, estavam: questões 3, 6 e 9 com “atividades compartilhadas”; questões 14 e 15 com “apoiado”; questão 38 com “sequelas”; questões 35 e 42 com “toques em partes cobertas do corpo”; e questão 45 “profissional”. Entre as opções de resposta das questões 13 e 14, o acréscimo de “em falta ou ausente”. Outros apontamentos feitos foram quanto ao tipo de pontuação do questionário, numérico evolutivo, de 0 a 10, sendo 0 para “nunca nos encontramos” e 10 “nos encontramos todos os dias”, das questões 2, 3, 5, 6, 8 e 9, para onde assinalar um dos números que mais representasse a intensidade da sua resposta para aquele item, naquele momento.

2ª tentativa: Houve a troca do termo “atividades compartilhadas” para “atividades conjuntas”; “apoiado” para “acolhido”; “sequelas” para “traumas”; “toques em partes cobertas” para “toques em partes íntimas”; “profissional” para “profissionais do sexo”, conforme as sugestões dadas na primeira tentativa. Foi acrescido como opção de resposta às questões 13 e 14, “ausente”. E os escores das questões 2, 3, 5, 6, 8 e 9 passa a ser de 0 a 6, sendo 0 “nunca”; 1 “quase nunca”; 2 “pouco”; 3 “nem muito e nem pouco”; 4 “muito”; 5 “quase sempre” e 6 “sempre”. Participaram desta segunda tentativa, cinco juízes - profissionais de saúde mental e cinco pessoas com TMG, e obtiveram o grau de concordância superior a 80% (100% de aprovação).

Quadro 3. Alterações das questões do Inventário da Vida de Relacionamentos Familiares, Afetivos e Sexuais, conforme avaliação do grau de entendimento do instrumento		
Número do item	1º Versão do Inventário	2º Versão do Inventário
Questões 3, 6 e 9	Atividades compartilhadas com esta _____ pessoa, com quem você mais conversa:	Atividades conjuntas com esta _____ pessoa, com quem você mais conversa:
Opção de respostas das questões 14 e 15; e acréscimo de item.	a. amado b. cuidado c. apoiado d. confortável e. indiferente f. pressionado g. desconfortável h. abandonado i. odiado j. amedrontado	a. amado b. cuidado c. acolhido d. confortável e. indiferente f. pressionado g. desconfortável h. abandonado i. odiado j. amedrontado k. ausente
Questão 38	Se sim, ficaram sequelas ?	Se sim, ficaram traumas ?
Opção de respostas das questões 35 e 42	2. toques em partes cobertas do corpo	2. toques em partes íntimas do corpo
Opção de resposta 45	0. com profissional	0. com profissional do sexo
Tipo de escore das questões 2, 3, 5, 6, 8 e 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (evolutivo, sendo 0 "nunca nos encontramos" e 10 "nos encontramos todos os dias")	0 "nunca"; 1 "quase nunca"; 2 "pouco"; 3 "nem muito e nem pouco"; 4 "muito"; 5 "quase sempre" e 6 "sempre"

IPq - HCFMUSP.

Parte 3. Quantitativa

- Investigação das Propriedades Psicométricas

Para a **terceira parte do estudo**, também quantitativa, foi realizada a caracterização da amostra e o processo de investigação das propriedades psicométricas dos três instrumentos, pela análise fatorial exploratória, confiabilidade e validação.

Caracterização da Amostra

Foram convidados a participar deste estudo 372 participantes (216 pessoas com TMG; 73 pessoas compulsivas sexuais; e 83 profissionais de saúde mental), dos quais apenas 201 pessoas (54%) obedeceram aos critérios de inclusão e exclusão e aceitaram responder a todas as avaliações.

Em relação às exclusões da pesquisa: nove pessoas com TMG e duas pessoas compulsivas sexuais não obedeciam aos critérios de inclusão - quatro por uso abusivo de álcool e drogas (duas pessoas com TMG e duas pessoas compulsivas sexuais); duas pessoas com TMG por apresentarem diagnóstico de deficiência intelectual

associada à patologia; e cinco pessoas com TMG sem uso de medicação psiquiátrica no momento da entrevista e em tratamento exclusivo com eletroconvulsoterapia (ECT).

Características sociodemográficas

A amostra foi constituída por 201 participantes. Dentre eles, 105 pessoas com TMG, sendo: 13% depressivos maiores, 24,5% transtornos bipolares e 62,5% esquizofrênicos.

A amostra é composta em sua maioria por pessoas do gênero feminino; brancas; heterossexuais; com idade média de 43 anos; solteiras; sem filhos; que não trabalham atualmente; possuem renda média mensal familiar de R\$6.208,50; nível médio de escolaridade; não praticantes religiosas e residem com a família (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos participantes (N=201).

Variável	Amostragem Geral
Participantes	
TMG	115 (57%)
Compulsivos Sexuais	37 (18,5%)
Profissionais de saúde mental	49 (24,5%)
Gênero	
Homem	96 (48%)
Mulher	105 (52%)
Raça	
Branco	64%
negros/ pardos	29,50%
amarelos/outros	6,50%
Estado civil	
Casados/amasiados	59 (29,5%)
Solteiros	111 (55%)
Divorciado/separado/viúvo	31 (15,5%)
Ter ou não filhos	
Não	124 (61,5%)
Sim	77 (38,5%)
Orientação sexual	
Homossexual	14 (7%)
Heterossexual	174 (86,5 %)
Bissexual	13 (6,5%)
Anos de formação	
Maior ou igual a 11 anos	163 (81%)
Menor que 11 anos	38 (19%)
Situação profissional atual	
Trabalhadores	80 (40%)
Estudantes	13 (6,5%)
Prendas domésticas/desempregados/aposentados	108 (54,5%)
Prática religiosa	
Não	117 (59%)
Sim	84 (41%)
Reside com	
Família	148 (73,5%)
Parceiro	24 (12%)
Sozinho	29 (14,5%)
Idade	43 [19; 74]
Renda	R\$6.208,50 [1.100,00; 50.000,00]

Fonte: IPq - HCFMUSP. *p < 0,05.

Análise Fatorial Exploratória (AFE)

A análise fatorial exploratória consiste de uma técnica dentro da análise fatorial cujo objetivo abrangente é identificar as relações subjacentes entre as variáveis medidas e determinar o número e a natureza das variáveis latentes (fatores) que melhor representam o conjunto de variáveis observadas ⁽⁴⁸⁻⁴⁹⁾.

→ **MISS-Q**

Das 38 variáveis analisadas da nova versão do MISS-Q foram identificados nove fatores. O Fator 1 - “proibições da equipe e da família”, composto pelas questões 24, 25, 26, 27, 28 e 29. Este valor foi responsável pela variância de 16%. Fator 2 - “atratividade percebida e sentir falta”, composto pelas questões 9, 10, 11, 18, 19, 20 e 21. Este valor foi responsável pela variância de 18,5%. Fator 3 - “locus de controle”, composto pelas questões 30, 31, 32, 33 e 34. Este valor foi responsável pela variância de 13%. Fator 4 - “disposição da equipe para falar sobre sexualidade”, composto pelas questões 1, 2, 3 e 4. Este fator foi responsável pela variância de 10,5%. Fator 5 - “desvalorização sexual de si mesmo”, composto pelas questões 5, 6, 7 e 8. Este valor foi responsável pela variância de 10,5%. Fator 6 - “competência percebida do papel sexual”, composta pelas questões 35, 36, 37 e 38. Este valor foi responsável pela variância de 10,5%. Fator 7 - “discriminação individual por parte dos outros”, composto pelas questões 14, 15, 16 e 17. Este valor foi responsável pela variância de 10,5%. Fator 8 - “ocultação da doença mental”, composto pelas questões 12 e 13. Este valor foi responsável pela variância de 5,25%. Fator 9 - “proteção contra terceiros”, composta pelas questões 22 e 23. Este valor foi responsável pela variância de 5,25%. A carga fatorial entre as variáveis do MISS-Q foi de 0,5285 a 0,9164 (Tabela 2).

Tabela 2 - Análise Fatorial Exploratória do Questionário do Estigma Sexual da Doença Mental (MISS - Q).

Número de questões da escala	MISS-Q Fator 1	MISS-Q Fator 2	MISS-Q Fator 3	MISS-Q Fator 4	MISS-Q Fator 5	MISS-Q Fator 6	MISS-Q Fator 7	MISS-Q Fator 8	MISS-Q Fator 9
1				0,8287					
2				0,8179					
3				0,9164					
4				0,9085					
5					0,7569				
6					0,8205				
7					0,7822				
8					0,7900				
9		0,6534							
10		0,7709							
11		0,7138							
12								0,8636	
13								0,8577	
14							0,5667		
15							0,5285		
16							0,6628		
17							0,7036		
18		-0,5886							
19		0,7796							
20		0,7858							
21		0,7886							
22									0,6355
23									0,6380
24	0,7725								
25	0,8760								
26	0,7606								
27	0,8385								
28	0,8233								
29	0,8266								
30			0,7410						
31			0,8295						
32			0,8172						
33			0,7944						
34			0,7326						
35						0,7625			
36						0,7704			
37						0,8451			
38						0,8720			

Fonte: IPq - HCFMUSP. Valores carregados acima de 0,40 foram reportados.

MISS-Q: Fator 1 - proibições da equipe e da família; Fator 2 - atratividade percebida e sentir falta; Fator 3 - locus de controle; Fator 4 - discriminação da equipe para falar sobre sexualidade; Fator 5 - desvalorização sexual de si mesmo; Fator 6 - competência percebida de

→ MARS

Na versão brasileira da MARS foram revelados apenas dois fatores: Fator 1 - “Responsabilidade e sensação do efeito medicamentoso”, composto pelas questões 1, 2, 6, 7, 8, 9 e 10. Este valor foi responsável pela variância de 70%. Fator 2 - “Percepção sobre a necessidade de uso contínuo da medicação”, composto pelas questões 3, 4 e 5. Este valor foi responsável pela variância de 30%. A carga fatorial entre as variáveis da MARS ficou de 0,77 a 0,99 (Tabela 3).

Tabela 3 - Análise Fatorial Exploratória da Escala de Avaliação de Adesão à Medicação (MARS).

Número de questões da escala	MARS Fator 1	MARS Fator 2
1	0,7742	
2	0,7742	
3		0,9952
4		0,9952
5		0,9952
6	0,7742	
7	-0,9947	
8	-0,7742	
9	0,7742	
10	0,9947	

Fonte: IPq - HCFMUSP. Valores carregados acima de 0,40 foram reportados.

MARS: Fator 1 - Responsabilidade e sensação do efeito medicamentoso; Fator 2 - Efeitos colaterais negativos e as atitudes em relação as medicações psicotrópicas

→ INVENTÁRIO DA VIDA DE RELACIONAMENTOS FAMILIARES, AFETIVOS E SEXUAIS

Foram identificados 12 domínios, nomeados por nós, conforme as suas características, como: Fator 1 - “relacionamento amoroso passado e intimidade”, composto pelas questões 32, 33, 34, 35, 36, 44, 46 e 47. Este valor foi responsável pela variância de 17,4%. Fator 2 - “relacionamento amoroso presente”, composto pelas questões 40, 41, 42 e 43. Este valor foi responsável pela variância de 8,7%. Fator 3 - “relacionamento com o terceiro irmão”, composto pelas questões 24, 25, 30 e 31. Este valor foi responsável pela variância de 8,7%. Fator 4 - “relacionamento com o segundo irmão”, composto pelas questões 22, 23, 28 e 29. Este valor foi responsável pela variância de 8,7%. Fator 5 - “relacionamento com o primeiro irmão”, composto pelas questões 20, 21, 26 e 27. Este valor foi responsável pela variância de 8,7%. Fator 6 - “relacionamentos mal sucedidos”, composto pelas questões 37, 38 e 39. Este valor foi

responsável pela variância de 6,5%. Fator 7 - “relacionamento paterno passado”, composto pelas questões 10, 11 e 14. Este valor foi responsável pela variância de 6,5%. Fator 8 - relacionamento “paterno e materno presente”, composto pelas questões 16, 17, 18 e 19. Este valor foi responsável pela variância de 8,7%. Fator 9 - “relacionamento materno passado”, composto pelas questões 12, 13, e 15. Este valor foi responsável pela variância de 6,5%. Fator 10 - “encontros e atividades conjuntas com pessoa mais distantes”, composto pelas questões 5, 6, 8 e 9. Este valor foi responsável pela variância de 8,7%. Fator 11 - “funcionamento sexual e masturbação”, composto pelas questões 48, 50 e 51. Este valor foi responsável pela variância de 6,5%. Fator 12 - “encontros e atividades conjuntas com pessoas mais próximas”, composto pelas questões 2 e 3. Este valor foi responsável pela variância de 4,4%. A carga fatorial entre as variáveis do Inventário da Vida de Relacionamentos Familiares, Afetivos e Sexuais ficou entre 0,4288 a 0,9629 (Tabela 4).

Tabela 4 - Análise Fatorial Exploratória do Inventário de Relacionamentos Familiares, Afetivos e Sexuais.

Número de questões da escala	INV Fator 1	INV Fator 2	INV Fator 3	INV Fator 4	INV Fator 5	INV Fator 6	INV Fator 7	INV Fator 8	INV Fator 9	INV Fator 10	INV Fator 11	INV Fator 12
2												0,7267
3												0,7867
5										0,6599		
6										0,5623		
8										0,8784		
9										0,8783		
10							0,8717					
11							0,8922					
12										0,8813		
13										0,8615		
14							0,8620					
15										0,8603		
16									0,6953			
17									0,7436			
18									0,7951			
19									0,8658			
20						0,8760						
21						0,8650						
22					0,8989							
23					0,9056							
24				0,9263								
25				0,9362								
26						0,8736						
27						0,8754						
28						0,8789						
29						0,8880						
30												
31												
32	0,8384											
33	0,8283											
34	0,8254											
35	0,7662											
36	0,8821											
37							0,8807					
38							0,8696					
39							0,8307					
40		0,9629										
41		0,9447										
42		0,9415										
43		0,9580										
44	0,8203											
46	0,6897											
47	0,7992											
48												0,4288
50												0,9259
51												0,9178

Fonte: IPq - HCFMU SP. Valores carregados acima de 0,40 foram reportados.

Inventário da Vida de Relacionamentos Familiares, Afetivos e Sexuais. Fator 1 - relacionamento amoroso passado e intimidade; Fator 2 - relacionamento amoroso presente; Fator 3 - relacionamento com o terceiro irmão; Fator 4 - relacionamento com o segundo irmão; Fator 5 - relacionamento com o primeiro irmão; Fator 6 - relacionamentos mal sucedidos; Fator 7 - relacionamento paterno passado; Fator 8 - relacionamento paterno e materno presente; Fator 9 - relacionamento materno passado; Fator 10 - encontros e atividades conjuntas com pessoa mais distantes; Fator 11 - funcionamento sexual e masturbação; Fator 12 - encontros e atividades conjuntas com pessoas mais próximas.

Coeficiente alfa de Cronbach

A segunda investigação das propriedades psicométricas envolveu a confiabilidade dos três instrumentos.

A confiabilidade dos instrumentos foi investigada pelo cálculo do coeficiente alfa de Cronbach⁽¹⁰⁴⁾, técnica utilizada para avaliação da confiabilidade e consistência interna dos instrumentos de medição. Ela mede a correlação entre respostas em um questionário através da análise de respostas dadas pelos entrevistados, apresentando uma correlação média entre as perguntas⁽¹⁰⁵⁻¹⁰⁷⁾.

O coeficiente alfa de Cronbach é medido a partir da variância dos itens individuais e da soma dos itens de cada entrevistado de um questionário que utilizam a mesma escala de medição⁽¹⁰⁷⁾. Ou seja, o grau em que todos os itens do teste se correlacionam entre si. O coeficiente alfa de Cronbach varia de 0 a 1. Quanto mais próximo de 1, mais consistente são os itens entre si (e vice-versa). Se lê: superior a 0,9 - consistência muito boa; entre 0,8 - 0,9 - boa; entre 0,7 a 0,8 - razoável; entre 0,6 - 0,7 - fraca; e inferior a 0,6 - inadmissível⁽¹⁰⁸⁾.

→ **MISS-Q**

O coeficiente de alfa de Cronbach do instrumento MISS-Q, pela soma dos 9 domínios, foi de 0,8795, sendo considerada boa a consistência interna entre os itens.

→ **MARS**

O coeficiente de alfa de Cronbach do instrumento MARS, pela soma dos dois fatores, foi de 0,9634, sendo considerada muito boa a consistência interna entre os itens.

→ **INVENTÁRIO DA VIDA DE RELACIONAMENTOS FAMILIARES, AFETIVOS E SEXUAIS**

O coeficiente de alfa de Cronbach do instrumento Inventário de relacionamentos familiares, afetivos e sexuais, foi de 0,7884, sendo considerada entre boa a razoável a consistência interna entre os itens.

Validade Discriminante

A validade discriminante, ou divergente, é uma estimativa da validade que se refere à ausência de correlação significativa com outras medidas que avaliam construtos que, teoricamente, não estão relacionados com a variável em estudo⁽¹⁰⁹⁾. Ou seja, a validade divergente, consiste no grau em que uma medida não se correlaciona com outras medidas das quais se supõe que deve divergir⁽¹¹⁰⁾.

No caso deste estudo, a validade discriminante representa o grau em que essas medidas se diferenciam entre os participantes com TMG dos demais, compulsivos sexuais e dos profissionais de saúde mental.

→ **MISS-Q**

A validade discriminante do MISS-Q foi demonstrada comparando os seus nove fatores entre as pessoas com TMG e compulsivos sexuais (Tabela 5); e entre pessoas com TMG e os profissionais de saúde mental sobre eles (Tabela 6).

Cabe destacar, que o MISS-Q, diferentes dos outros instrumentos deste estudo, foi aplicado com os participantes profissionais de saúde mental, sobre a percepção deles quanto aos estigmas da pessoa com TMG, ou seja, eles responderam não sobre eles próprios, mas sim, sobre o que eles acreditam acontecer para a pessoa com TMG a partir das suas experiências.

Tabela 5 - Validade discriminante de acordo com as experiências pessoais de estigmatização envolvendo a internalização do estigma e respostas psicossociais aos estigmas nos participantes, com TMG e compulsivos sexuais (N=152).

Variável	TMG (N=115)	Compulsivos Sexuais (N=37)	p-valor
MISS-Q Fator 1 (Md, IIQ)	0 [0; 0]	0 [0; 2]	0,0095
MISS-Q Fator 2 (Md, IIQ)	8 [6; 15]	6 [4; 7]	0,0003
MISS-Q Fator 3 (Md, IIQ)	7 [2; 10]	7 [4; 11]	0,4193
MISS-Q Fator 4 (Md, IIQ)	7 [3; 12]	1[0; 3]	<0,001
MISS-Q Fator 5 (Md, IIQ)	8 [6; 11]	9 [6; 11]	0,7064
MISS-Q Fator 6 (Md, IIQ)	3 [0; 4]	1[0; 2]	0,0102
MISS-Q Fator 7 (Md, IIQ)	6 [4; 9]	8 [6; 11]	0,0006
MISS-Q Fator 8 (Md, IIQ)	3 [1; 6]	2 [0; 3]	0,0032
MISS-Q Fator 9 (Md, IIQ)	2 [0; 3]	2 [1; 3]	0,8353
MISS-Q Escore total (Md, IIQ)	46 [38; 54]	39 [30; 46]	0,0074

Fonte: IPq - HCFMUSP. Md = mediana. IIQ = Intervalo Interquartil. M = média. DP = desvio padrão.

MISS-Q: Fator 1 - proibições da equipe e da família; Fator 2 - atratividade percebida e sentir falta; Fator 3 - locus de controle; Fator 4 - disposição da equipe para falar sobre sexualidade; Fator 5 - desvalorização sexual de si mesmo; Fator 6 - competência percebida do papel sexual; Fator 7 - discriminação individual por parte dos outros; Fator 8 - ocultação da doença mental; Fator 9 - proteção contra terceiros.

No tocante à investigação da validade discriminante do MISS-Q, observou-se na Tabela 5, entre TMG e compulsivos sexuais, há diferenças dos escores médios dos fatores 1, 2, 4, 5, 6, 7 e 8 e total de acordo com os grupos de TMG e compulsivos sexuais. Não havendo diferenças entre os grupos nos fatores 3 e 9.

Tabela 6 - Validade discriminante de acordo com as experiências pessoais de estigmatização envolvendo a internalização do estigma e respostas psicossociais aos estigmas nos participantes, com TMG e profissionais de saúde mental (N=164).

Variável	TMG (N=115)	Profissionais de saúde mental (N=49)	p-valor
MISS-Q Fator 1 (Md, IIQ)	0 [0; 0]	10 [6; 13]	<0,001
MISS-Q Fator 2 (Md, IIQ)	6 [8; 15]	8 [6; 10]	0,2958
MISS-Q Fator 3 (Md, IIQ)	7 [2; 10]	13 [11; 15]	<0,001
MISS-Q Fator 4 (Md, IIQ)	7 [3; 12]	2 [1; 4]	<0,001
MISS-Q Fator 5 (Md, IIQ)	8 [6; 11]	9 [8; 11]	0,2494
MISS-Q Fator 6 (Md, IIQ)	3 [0; 4]	0 [0; 3]	0,0013
MISS-Q Fator 7 (Md, IIQ)	6 [4; 9]	9 [8; 11]	<0,001
MISS-Q Fator 8 (Md, IIQ)	3 [1; 6]	2 [2; 4]	0,7683
MISS-Q Fator 9 (Md, IIQ)	2 [0; 3]	2 [2; 3]	0,1241
MISS-Q Escore total (Md, IIQ)	46 [38; 54]	59 [54; 64]	<0,001

Fonte: IPq - HCFMUSP. Md = mediana. IIQ = Intervalo Interquartil. M = média. DP = desvio padrão.

MISS-Q: Fator 1 - proibições da equipe e da família; Fator 2 - atratividade percebida e sentir falta; Fator 3 - locus de controle; Fator 4 - disposição da equipe para falar sobre sexualidade; Fator 5 - desvalorização sexual de si mesmo; Fator 6 - competência percebida do papel sexual; Fator 7 - discriminação individual por parte dos outros; Fator 8 - ocultação da doença mental; Fator 9 - proteção contra terceiros.

No tocante à investigação da validade discriminante do MISS-Q, observou-se na Tabela 6, entre TMG e profissionais de saúde mental, há diferenças dos escores médios dos fatores 1, 3, 4, 6 e 7 e total de acordo com os grupos de TMG e profissionais de saúde mental. Não havendo diferenças entre os grupos apenas nos fatores 2, 5, 8 e 9.

→ MARS

A validade discriminante da MARS foi demonstrada comparando os seus dois fatores entre as pessoas com TMG e compulsivos sexuais (Tabela 7); e entre as pessoas com TMG e os profissionais de saúde mental (Tabela 8).

Tabela 7 - Validade discriminante de acordo com o grau de adesão ao tratamento psicotrópico e a atitude em relação à medicação nos participantes, com TMG e compulsivos sexuais (N=152).

Variável	TMG (N=115)	Compulsivos Sexuais (N=37)	p -valor
MARS Fator 1 (Md, IIQ)	5 [5; 5]	5 [5; 5]	<0,3962
MARS Fator 2 (Md, IIQ)	3 [3; 3]	3 [3; 3]	<0,0779
MARS Escore total (Md, IIQ)	8 [8; 8]	8 [8; 8]	<0,3902

Fonte: IPq - HCFMJSP. Md = mediana. IIQ = Intervalo Interquartil. M = média. DP = desvio padrão.

MARS: Fator 1 - Responsabilidade e sensação do efeito medicamentoso; Fator 2- efeitos colaterais negativos e as atitudes em relação as medicações psicotrópicas.

No tocante à investigação da validade discriminante da MARS, observou-se na Tabela 7, entre TMG e compulsivos sexuais, que não houveram diferenças entre os grupos nos dois fatores e no total.

Tabela 8 - Validade discriminante de acordo com o grau de adesão ao tratamento psicotrópico e a atitude em relação à medicação nos participantes, com TMG e profissionais de saúde mental (N=164).

Variável	TMG (N=115)	Profissionais de saúde mental (N=49)	p -valor
MARS Fator 1 (Md, IIQ)	5 [5; 5]	5 [5; 5]	<0,5139
MARS Fator 2 (Md, IIQ)	3 [3; 3]	3 [3; 3]	<1,0000
MARS Escore total (Md, IIQ)	8 [8; 8]	8 [8; 8]	<0,5139

Fonte: IPq - HCFMJSP. Md = mediana. IIQ = Intervalo Interquartil. M = média. DP = desvio padrão.

MARS: Fator 1 - Responsabilidade e sensação do efeito medicamentoso; Fator 2- efeitos colaterais negativos e as atitudes em relação as medicações psicotrópicas.

No tocante à investigação da validade discriminante da MARS, observou-se na Tabela 8, entre TMG e profissionais de saúde mental, que não houveram diferenças

entre os grupos nos dois fatores e no total.

→ INVENTÁRIO DA VIDA DE RELACIONAMENTOS FAMILIARES, AFETIVOS E SEXUAIS

A validade discriminante do Inventário da Vida de Relacionamentos Familiares, Afetivos e Sexuais foi demonstrada comparando os seus 12 fatores entre as pessoas com TMG e compulsivos sexuais (Tabela 9); e entre as pessoas com TMG e os profissionais de saúde mental (Tabela 10).

Tabela 9 - Validade discriminante de acordo com as experiências da vida de relacionamentos familiares, afetivos e sexuais, com TMG e compulsivos sexuais (N=152).

Variável	TMG (N=115)	Compulsivos Sexuais (N=37)	p -valor
INV Fator 1 (Md, IIQ)	19 [6; 22]	21 [19; 22]	<0,0053
INV Fator 2 (Md, IIQ)	0 [0; 0]	7 [11; 0]	<0,0007
INV Fator 3 (Md, IIQ)	0 [0; 11]	0 [0; 11]	<0,8360
INV Fator 4 (Md, IIQ)	10 [0; 16]	14 [0; 18]	<0,1103
INV Fator 5 (Md, IIQ)	14 [9; 16]	13 [11; 16]	<0,9330
INV Fator 6 (Md, IIQ)	0 [0; 6]	6 [5; 8]	<0,0002
INV Fator 7 (Md, IIQ)	8 [5; 10]	6 [3; 9]	<0,1331
INV Fator 8 (Md, IIQ)	10 [5; 13]	10 [7; 12]	<0,7677
INV Fator 9 (Md, IIQ)	9 [8; 10]	9 [6; 10]	<0,2657
INV Fator 10 (Md, IIQ)	11 [7; 16]	11 [7; 14]	<0,6748
INV Fator 11 (Md, IIQ)	0 [0; 4]	4 [2; 5]	<0,0002
INV Fator 12 (Md, IIQ)	17 [14; 20]	15 [12; 18]	<0,0256
MISS-Q Escore total (Md, IIQ)	47 [40; 54]	48 [41; 56]	<0,6183

Fonte: IPq - HCFMUSP. Md = mediana. IIQ = Intervalo Interquartil. M = média. DP = desvio padrão.

INVENTÁRIO DA VIDA DE RELACIONAMENTOS FAMILIARES, AFETIVOS E SEXUAIS: Fator 1 - relacionamento amoroso passado e intimidade; Fator 2 - relacionamento amoroso presente; Fator 3 - relacionamento com o terceiro irmão; Fator 4 - relacionamento com o segundo irmão; Fator 5 - relacionamento com o primeiro irmão; Fator 6 - relacionamentos mal sucedidos; Fator 7 - relacionamento paterno passado; Fator 8 - relacionamento paterno e materno presente; Fator 9 - relacionamento materno passado; Fator 10 - encontros e atividades conjuntas com pessoa mais distantes; Fator 11 - funcionamento sexual e masturbação; Fator 12 - encontros e atividades conjuntas com pessoas mais próximas.

No tocante à investigação da validade discriminante do Inventário da Vida de Relacionamentos Familiares, Afetivos e Sexuais, observou-se na Tabela 9, entre TMG e compulsivos sexuais, as diferenças dos escores médios dos fatores 1, 2, 4, 5, 6, 7, 11 e 12 e total de acordo com os grupos de TMG e compulsivos sexuais. Não havendo diferenças entre os grupos nos fatores 3, 8, 9 e 10.

Tabela 10 - Validade discriminante de acordo com as experiências da vida de relacionamentos familiares, afetivos e sexuais, com TMG e profissionais de saúde mental (N =164).

Variável	TMG (N=115)	Profissionais de Saúde mental (N=49)	p-valor
INV Fator 1 (Md, IIQ)	19 [6; 22]	20 [18; 23]	<0,0041
INV Fator 2 (Md, IIQ)	0 [0; 0]	11 [8; 11]	<0,0000
INV Fator 3 (Md, IIQ)	0 [0; 11]	0 [0; 17]	<0,0925
INV Fator 4 (Md, IIQ)	10 [0; 16]	13 [0; 19]	<0,1849
INV Fator 5 (Md, IIQ)	9 [14; 16]	15 [12; 17]	<0,0538
INV Fator 6 (Md, IIQ)	0 [0; 6]	7 [5; 8]	<0,0000
INV Fator 7 (Md, IIQ)	8 [5; 10]	13 [10; 15]	<0,0778
INV Fator 8 (Md, IIQ)	10 [5; 13]	10 [7; 12]	<0,0002
INV Fator 9 (Md, IIQ)	9 [8; 10]	9 [8; 10]	<0,8554
INV Fator 10 (Md, IIQ)	11 [7; 16]	13 [10; 18]	<0,0110
INV Fator 11 (Md, IIQ)	0 [0; 4]	5 [3; 5]	<0,0000
INV Fator 12 (Md, IIQ)	17 [14; 20]	17 [19; 15]	<0,8750
MISS-Q Escore total (Md, IIQ)	47 [40; 54]	54 [49; 60]	<0,0000

Fonte: Ipq - HCFMUSP. Md = mediana. IIQ = Intervalo Interquartil. M = média. DP = desvio padrão.

INVENTÁRIO DA VIDA DE RELACIONAMENTOS FAMILIARES, AFETIVOS E SEXUAIS: Fator 1 - relacionamento amoroso passado e intimidade; Fator 2 - relacionamento amoroso presente; Fator 3 - relacionamento com o terceiro irmão; Fator 4 - relacionamento com o segundo irmão; Fator 5 - relacionamento com o primeiro irmão; Fator 6 - relacionamentos mal sucedidos; Fator 7 - relacionamento paterno passado; Fator 8 - relacionamento paterno e materno presente; Fator 9 - relacionamento materno passado; Fator 10 - encontros e atividades conjuntas com pessoa mais distantes; Fator 11 - funcionamento sexual e masturbação; Fator 12 - encontros e atividades conjuntas com pessoas mais próximas.

No tocante à investigação da validade discriminante do Inventário da Vida de Relacionamentos Familiares, Afetivos e Sexuais, observou-se na Tabela 10, entre TMG e profissionais de saúde mental, a diferença dos escores médios dos fatores 1, 2, 4, 5, 6, 7, 10 e 11 e total de acordo com os grupos de TMG e profissionais de saúde mental. Não havendo diferenças entre os grupos nos fatores 3, 8, 9 e 12.

Validade Convergente

A validade pode ser definida como a relação significativa entre duas ou mais medidas de um mesmo construto ou de construtos teoricamente relacionados, utilizando-se diferentes métodos ou instrumentos de avaliação⁽¹¹¹⁾.

→ MISS-Q

Para a validade convergente, os nove domínios do MISS-Q foram relacionados a Escala de Experiência Sexual do Arizona (ASEX), total; Inventário de Tarefas Rotineiras - Estendido (RTI-E), para participantes e terapeutas, total, com seus três domínios; o Inventário da Vida de Relacionamentos Familiares, Afetivos e Sexuais, total, com seus 12 domínios; os domínios 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 13 da Escala Breve do

Lidar (BriefCOPE); os domínios 2, 3 e 4 da Avaliação de Qualidade de Vida da OMS, WHOQOL - Bref; Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica - Versão Ancorada (BPRS-A), total, com seus quatro domínios; Escala de Estresse Percebido (PSS), total (Tabela 11).

Tabela 11 - Validade Convergente do MISS-Q com outros instrumentos (N= 201)

Escala	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
1. MISS-Q Fator 1	1								
2. MISS-Q Fator 2	-0,0129 0,8563	1							
3. MISS-Q Fator 3	0,5146 0,0000	0,1003 0,1567	1						
4. MISS-Q Fator 4	-0,1610 0,0224	0,3716 0,0000	-0,0923 0,1926	1					
5. MISS-Q Fator 5	0,0773 0,2754	-0,0334 0,6383	0,2010 0,0042	-0,0536 0,4497	1				
6. MISS-Q Fator 6	-0,1901 0,0069	0,2336 0,0008	-0,0070 0,9213	0,2772 0,0001	-0,0896 0,2058	1			
7. MISS-Q Fator 7	0,4200 0,0000	-0,0955 0,1775	0,4239 0,0000	-0,1675 0,0175	0,3611 0,0000	-0,1347 0,0566	1		
8. MISS-Q Fator 8	-0,0410 0,5633	0,1061 0,1369	-0,0838 0,2371	0,0302 0,6704	-0,1791 0,0109	-0,0223 0,7529	-0,2533 0,0003	1	
9. MISS-Q Fator 9	0,0147 0,8360	0,1707 0,0154	-0,0463 0,5143	-0,0996 0,1895	-0,0929 0,1895	-0,0343 0,6290	-0,1874 0,0077	0,0874 0,5865	1
10. ASEX	-0,0444 0,5311	0,2160 0,0021	0,0508 0,4737	0,2664 0,0001	-0,0110 0,8765	0,2410 0,0006	-0,0297 0,6752	0,0024 0,9734	-0,0729 0,3040
11. RTIEP1	0,3337 0,0000	-0,2380 0,0007	0,2722 0,0010	-0,3531 0,0000	0,0049 0,9449	-0,1700 0,0158	0,2935 0,0000	-0,0188 0,7913	0,0300 0,6727
12. RTIEP2	0,4971 0,0000	-0,2016 0,0041	0,3568 0,0000	-0,2921 0,0000	0,0534 0,4516	-0,1763 0,0123	0,3691 0,0000	-0,0021 0,9761	0,0543 0,4442
13. RTIEP3	0,3259 0,0000	-0,2926 0,0000	0,1924 0,0065	-0,2604 0,0002	0,0793 0,2633	-0,1921 0,0063	-0,3221 0,0000	0,0386 0,5865	-0,1065 0,1324
14. RTIET1	0,4040 0,0000	-0,1761 0,0124	0,3590 0,0000	-0,2992 0,0000	0,1127 0,1113	-0,1557 0,0273	0,3741 0,0000	-0,0915 0,1964	-0,0104 0,8838
15. RTIET2	0,3490 0,0000	-0,2094 0,0028	0,3105 0,0000	0,3124 0,0000	-0,0890 0,2089	-0,1233 0,0812	0,3557 0,0000	-0,0741 0,2955	0,0420 0,5634
16. RTIET3	0,3778 0,0000	-0,2142 0,0023	0,3003 0,0000	-0,3433 0,0000	0,1589 0,0242	-0,1729 0,0141	0,4095 0,0000	-0,0371 0,6009	-0,0328 0,6437
17. INV 1	0,1164 0,0999	-0,3007 0,0000	0,0584 0,4104	-0,0736 0,2991	-0,0355 0,6172	0,0215 0,7619	0,2116 0,0026	-0,1365 0,0534	-0,1165 0,0995
18. INV 2	0,2735 0,0001	-0,1585 0,0246	0,1978 0,0049	-0,2515 0,0003	0,0382 0,5906	-0,0900 0,2041	0,2243 0,0014	-0,0392 0,5810	-0,0050 0,9440
19. INV 3	0,0863 0,2231	0,0660 0,3523	0,1004 0,1561	0,0846 0,2322	-0,0150 0,8329	-0,0233 0,7424	-0,0068 0,9241	0,0362 0,6095	-0,1871 0,0078
20. INV 4	0,0096 0,8928	-0,0225 0,7516	0,0616 0,3853	-0,0488 0,4917	-0,0291 0,6816	-0,0361 0,5916	0,0509 0,4730	-0,0748 0,3080	0,1190 0,0925
21. INV 5	0,0311 0,6615	0,0536 0,4495	0,0379 0,5936	-0,0460 0,5170	-0,0712 0,3155	-0,0661 0,6492	-0,0323 0,5128	-0,0464 0,5279	0,1551 0,0279
22. INV 6	0,3084 0,0000	-0,2052 0,0035	0,2415 0,0006	-0,1869 0,0079	-0,0086 0,9032	-0,1298 0,0662	0,4072 0,0000	-0,1558 0,0272	-0,0256 0,7183
23. INV 7	0,1360 0,0543	0,0413 0,5608	-0,0780 0,2713	0,0263 0,7111	-0,0665 0,3486	-0,1738 0,0136	0,0278 0,6956	0,0714 0,3139	0,0620 0,3507
24. INV 8	0,2405 0,0006	0,0717 0,3115	0,0797 0,2605	-0,1556 0,0274	0,0233 0,7422	-0,2134 0,0023	0,1547 0,0283	-0,0511 0,4711	0,1189 0,0928
25. INV 9	-0,0135 0,8495	0,0591 0,4045	-0,0922 0,1932	-0,0858 0,2260	-0,0632 0,3724	-0,1845 0,0088	-0,0636 0,3699	0,1029 0,1461	0,0957 0,1766
26. INV 10	0,1115 0,1150	0,0528 0,4567	-0,0395 0,5774	-0,1145 0,1054	-0,0129 0,8555	-0,1732 0,0140	0,0068 0,9234	-0,0225 0,7515	0,0397 0,5734
27. INV 11	0,3121 0,0001	-0,2065 0,0033	0,1484 0,0355	-0,3780 0,0000	0,0194 0,7841	-0,1975 0,0049	0,3124 0,0000	-0,1418 0,0046	0,0488 0,5281
28. INV 12	-0,0904 0,2020	0,0149 0,8342	-0,0792 0,2636	0,0656 0,3545	-0,0035 0,9606	0,0431 0,5436	-0,1375 0,0516	0,0108 0,8788	0,0013 0,9858
29. Brief COPE 1	0,1980 0,0048	-0,2298 0,0010	0,0597 0,4002	-0,1950 0,0055	-0,0865 0,2222	-0,2427 0,0005	0,0323 0,6494	0,0331 0,6408	0,0219 0,7575
30. Brief COPE 2	0,0902 0,2030	-0,1626 0,0211	0,0387 0,5853	-0,0906 0,2010	-0,0557 0,4322	-0,2240 0,0014	0,0550 0,4381	0,0652 0,3580	-0,0275 0,6980
31. Brief COPE 3	0,0833 0,2395	-0,0784 0,2687	0,0127 0,8576	-0,1848 0,0086	-0,0304 0,6681	-0,2163 0,0020	-0,1239 0,0797	-0,0610 0,3894	-0,0330 0,6417
32. Brief COPE 4	0,0356 0,6160	-0,1377 0,0513	-0,0582 0,4115	-0,1519 0,0314	0,0624 0,3788	-0,2318 0,0009	-0,0692 0,3293	-0,0264 0,7094	0,0533 0,4527
33. Brief COPE 5	-0,0918 0,1947	-0,0726 0,3059	-0,1125 0,1117	0,0552 0,4364	-0,1562 0,0269	-0,0489 0,4904	-0,2108 0,0027	0,2035 0,0038	0,0039 0,9559
34. Brief COPE 6	0,1451 0,0029	-0,2089 0,0029	0,0353 0,6189	-0,1599 0,0234	0,0754 0,2876	-0,2178 0,0019	-0,0347 0,6253	-0,0542 0,4450	-0,0095 0,8935
35. Brief COPE 7	-0,0824 0,2450	-0,1099 0,1202	-0,1234 0,0809	-0,0184 0,7952	0,0300 0,6723	0,0574 0,4182	0,1525 0,0307	-0,2014 0,0041	-0,1067 0,1317
36. Brief COPE 13	0,2828 0,0000	-0,1629 0,0029	0,1265 0,0735	-0,1789 0,0110	0,1418 0,0477	-0,0472 0,5057	0,1934 0,0059	-0,1261 0,0744	-0,0351 0,6210
37. WHOQOL BREF 2	0,2055 0,0034	-0,1349 0,0562	0,0292 0,6812	-0,2127 0,0024	-0,0446 0,5294	-0,2709 0,0001	-0,0955 0,1772	0,1001 0,1575	0,0136 0,8481
38. WHOQOL BREF 3	0,2411 0,0006	-0,1230 0,0819	0,1427 0,0433	-0,1770 0,0160	-0,0471 0,5063	-0,1982 0,0048	-0,0644 0,3644	0,0230 0,7463	0,0359 0,6133
39. WHOQOL BREF 4	0,1847 0,0087	-0,0821 0,2465	0,0839 0,2361	-0,2513 0,0003	0,0410 0,5636	-0,2267 0,0012	-0,0510 0,4718	-0,0007 0,9927	-0,0185 0,7947
40. BPRS 1	-0,3730 0,0000	0,2459 0,0004	-0,3063 0,0000	0,3738 0,0000	-0,0538 0,4480	0,2031 0,0038	-0,3701 0,0000	0,0257 0,1717	0,0611 0,3857
41. BPRS 2	-0,2197 0,0017	0,1527 0,0304	-0,0259 0,7154	0,1720 0,0146	-0,0999 0,1582	0,0297 0,6757	-0,1537 0,0294	0,0129 0,8533	0,0929 0,1896
42. BPRS 3	-0,1836 0,0091	0,2364 0,0007	-0,1632 0,0206	0,1903 0,0068	-0,1371 0,0522	0,0933 0,1608	-0,2703 0,0001	0,0490 0,4893	0,1191 0,0923
43. BPRS 4	-0,2559 0,0002	0,1809 0,0102	-0,1710 0,0152	0,3391 0,0000	-0,1386 0,0498	0,1674 0,0175	-0,2112 0,0026	-0,0507 0,4752	0,0167 0,8134
44. PSST	-0,1042 0,1409	0,0860 0,9040	0,0126 0,8595	0,1136 0,3626	0,1358 0,0546	0,1211 0,0868	0,2081 0,0030	-0,1106 0,1179	0,0003 0,1179

Fonte: IPq - HCFMUSP

MISS-Q: Fator 1 - proibição de equipe e da família; Fator 2 - atratividade percebida e sentir falta; Fator 3 - locus de controle; Fator 4 - disposição da equipe para falar sobre sexualidade; Fator 5 - de valorização sexual de si mesmo; Fator 6 - competência percebida do papel sexual; Fator 7 - discriminação individual por parte dos outros; Fator 8 - ocultação da doença mental; Fator 9 - proteção contra terceiros; Escola de Experiência Sexual do Arizona (ASEX) total; Inventário de Tarefas Rotineiras - Estendido (RTIE) (RTIE 1 - atividades de vida diárias; RTIE 2 - escola de vida em comunidade; RTIE 3 - Escola de relacionamento), participante e terapeuta; Inventário da Vida de Relacionamentos Familiares, Afetivos e Sexuais (Fator 1 - relacionamento amoroso passado e íntimo; Fator 2 - relacionamento amoroso presente; Fator 3 - relacionamento com o terceiro irmão; Fator 4 - relacionamento com o segundo irmão; Fator 5 - relacionamento com o primeiro irmão; Fator 6 - relacionamentos mais distantes; Fator 7 - relacionamento paterno passado; Fator 8 - relacionamento paterno e materno presente); Fator 9 - relacionamento materno passado; Fator 10 - encontros e atividades conjuntas com pessoas mais distantes; Fator 11 - funcionamento sexual e masturbação; Fator 12 - encontros e atividades conjuntas com pessoas mais próximas); Brief COPE (Brief COPE 1 - Coping ativo; Brief COPE 2 - Planejamento; Brief COPE 3 - Suporte instrumental; Brief COPE 4 - Suporte emocional; Brief COPE 5 - religiosidade; Brief COPE 6 - reinteração; Brief COPE 7 - autocuidado; Brief COPE 13 uso de substâncias); Avaliação de Qualidade de Vida da OMS, WHOQOL - Bref (WHOQOL - Bref 2 - Psicológico; WHOQOL - Bref 3 - Relações sociais; WHOQOL - Bref 4 - Meio ambiente); Escola Breve de Avaliação Psiquiátrica Verso Ancorada - (BPRS-A) com seus 4 domínios (BPRS 1 - negativo/ desorganização; BPRS 2 - excitação; BPRS 3 - positivo; BPRS 4 - depressão); Escola de Estresse Percebido (PSS) total.

Quanto a validade convergente do MISS-Q com a Escala de Experiência Sexual do Arizona (ASEX), três fatores dos nove se correlacionaram, de maneira fraca: Fator 2 “atratividade percebida e sentir falta”; Fator 4 “disposição da equipe para falar sobre sexualidade”; e Fator 6 “competência percebida do papel sexual”. Os demais fatores do MISS-Q não mostraram correlação.

A escala de funcionalidade, o Inventário de Tarefas Rotineiras - Estendido (RTI-E), pela percepção dos participantes, apresentou correlações entre fracas a moderadas com o MISS-Q. O Fator 1 “proibições da equipe e da família” se correlacionou com todos os domínios da RTI-E, sendo fraca para “atividades de vida diária” e “escala de comunicação” e forte para “escala de vida em comunidade”. O Fator 2 “atratividade percebida e sentir falta” se correlacionou, também, com todos os domínios, de modo fraco, “atividades de vida diária”, “escala em vida comunitária” e “escala de comunicação”. O Fator 3 “lôcus de controle” se correlacionou de maneira fraca com os domínios, “atividades de vida diária” e “escala de vida em comunidade”. O Fator 4 “disposição da equipe para falar sobre sexualidade” apresentou correlação fraca em todos os domínios “atividades de vida diária”, “escala em vida comunitária” e “escala de comunicação”. O Fator 7 “discriminação individual”, também apresentou correlação fraca com todos os domínios “atividade de vida diária”, “escala de vida em comunidade” e “escala de comunicação”.

A mesma escala de funcionalidade, o Inventário de Tarefas Rotineiras - Estendido (RTI-E), pela percepção dos terapeutas, apresentou correlações entre fracas a moderada entre o Fator 1 “proibições da equipe e da família” com os domínios da RTI-E, sendo moderada para “atividades de vida diária” e fraca para “escala de vida em comunidade” e “escala de comunicação”. O Fator 2 “atratividade percebida e sentir falta” se correlacionou, de modo fraco, com a “escala em vida comunitária” e “escala de comunicação”. O Fator 3 “lôcus de controle” se correlacionou de maneira fraca com todos os três domínios, “atividades de vida diária”, “escala de vida em comunidade” e “escala de comunicação”. O Fator 4 “disposição da equipe para falar sobre sexualidade” se correlacionou com todos os três domínios da maneira fraca, “atividades de vida diária”, “escala em vida comunitária” e “escala de comunicação”. O Fator 7 “discriminação individual”, se correlacionou de maneira fraca com os domínios “atividade de vida diária” e “escala de vida em comunidade” e moderada com a “escala de comunicação”.

Quanto a validade convergente, entre o MISS-Q e o Inventário da Vida de Relacionamentos Familiares, Afetivos e Sexuais, se observou correlações entre fracas a moderadas entre seis dos nove fatores do MISS-Q. O Fator 1 “proibições da equipe

e da família” apresentou correlações fracas com quatro domínios do Inventário, “relacionamento amoroso presente”, “relacionamentos malsucedidos”, “relacionamento paterno e materno presente” e “funcionamento sexual e masturbação”. O Fator 2 “atratividade percebida e sentir falta” se correlacionou, de modo fraco, com os domínios “relacionamento amoroso passado e intimidade”, “relacionamento malsucedido” e “funcionamento sexual e masturbação”. O Fator 3 “lócus de controle” se correlacionou de maneira fraca com o domínio “relacionamentos malsucedido”. O Fator 4 “disposição da equipe para falar sobre sexualidade” se correlacionou de maneira fraca com “relacionamento amoroso presente” e “funcionamento sexual e masturbação”. O Fator 6 “competência percebida do papel sexual” se correlacionou de maneira fraca com “relacionamento paterno e materno presente”. O Fator 7 “discriminação individual”, se correlacionou de maneira fraca com os domínios “relacionamento amoroso passado e intimidade”, “relacionamento amoroso presente” e “funcionamento sexual e masturbação” e moderada com a “relacionamento malsucedido”.

Quanto a validade convergente, entre o MISS-Q e a Escala Breve do Lidar (BriefCOPE), se observou correlações fracas entre cinco dos nove fatores do MISS-Q. O Fator 1 “proibições da equipe e da família” com “uso de substâncias”. O Fator 2 “atratividade percebida e sentir falta” com “cooping ativo” e “reinterpretação positiva”. O Fator 6 “competência percebida do papel sexual” com “cooping ativo”, “planejamento”, “suporte instrumental”, “suporte emocional” e “reinterpretação positiva”. O Fator 7 “discriminação individual” com “religiosidade”. O Fator 8 “ocultação da doença mental” com “religiosidade” e “auto culpa”.

Quanto a validade convergente, entre o MISS-Q e o Questionário de Qualidade de Vida, WHOQOL - Bref, apresentou correlações fracas entre três dos nove fatores do MISS-Q. O Fator 1 “proibições da equipe e da família” com “psicológico” e “relações sociais”. O Fator 4 “disposição da equipe para falar de sexualidade” com “psicológico” e “meio ambiente”. O Fator 6 “competência percebida do papel sexual” com “psicológico” e “meio ambiente”.

Entre o MISS-Q e a Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica - Versão Ancorada (BPRS- A), total, a validade convergente apresentou correlações fracas. O Fator 1 “proibições da equipe e da família” se correlacionou com todos os domínios da BPRS-A, “negativos/desorganização”, “excitação” e “depressão”. O Fator 2 “atratividade percebida e sentir falta” se correlacionou, com os domínios, “negativo/desorganização” e “atratividade percebida e sentir falta”. O Fator 3 “lócus de controle” se correlacionou com “negativo/ desorganização”. O Fator 4 “disposição da equipe para falar sobre sexualidade” com os domínios “negativo/ desorganização” e “depressão”. O Fator 6

"competência percebida do papel sexual", com "negativo/ desorganização". O Fator 7 "discriminação individual", com os domínios "negativo/ desorganização", "depressão".

Em relação a Escala de Estresse Percebido (PSS) e o MISS-Q só apresentou correlação fraca com o Fator 7 "discriminação individual".

→ MARS

Para a validade convergente, a MARS foi relacionada com os Inventários das Tarefas Rotineiras - Estendido (RTI-E) - para participantes e terapeutas, total, com seus três domínios; aos domínios 1 e 2 de saúde da escala de Avaliação Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL - bref); e a Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica - Versão Ancorada, total, com seus quatro domínios (BPRS-A) (Tabela 12).

Tabela 12 – Validade Convergente da MARS com outros instrumentos (N= 201)

Escala	1.	2.
1. MARS Fator 1	1,0000	
2. MARS Fator 2	0,7053 0,0000	1,0000
3. RTIE-P Fator 1	0,0327	-0,0710
	0,6453	0,3163
4. RTIE-P Fator 2	0,0718	-0,0159
	0,3109	0,8231
5. RTIE-P Fator 3	0,0283	-0,0747
	0,6902	0,2916
6. RTIE-T Fator 1	0,0314	-0,0725
	0,6584	0,3066
7. RTIE-T Fator 2	0,0687	-0,0126
	0,3323	0,8592
8. RTIE-T Fator 3	0,0184	-0,0784
	0,7957	0,2686
10. BPRS Fator 1	-0,0434	0,0613
	0,5403	0,3875
11. BPRS Fator 2	0,0527	0,0372
	0,4574	0,6003
12. BPRS Fator 3	-0,0868	0,0392
	0,2207	0,5809
13. BPRS Fator 4	-0,0088	0,0674
	0,9011	0,3415
14. WHOQOL Fator 1	0,1320	0,1140
	0,0617	0,1072
15. WHOQOL Fator 2	0,1451	0,1023
	0,0399	0,1483

Fonte: IPq - HCFMUSP .

MARS: Fator 1 - Responsabilidade e sensação do efeito medicamentoso; Fator 2- efeitos colaterais negativos e as atitudes em relação as medicações psicotrópicas; Inventário de Tarefas Rotineiras - Estendido (RTI-E) (RTIE 1 - atividades de vida diária; RTIE 2 - escala de vida em comunidade; RTIE 3 - Escala de comunicação), participante e terapeuta; ao domínio de saúde 1 e 2 da escala de Avaliação Qualidade de Vida da OMS (Whoqol - bref); e Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica Versão Ancorada - (BPRS-A) com seus 4 domínios (BPRS 1 - negativo/ desorganização; BPRS 2 - excitação; BPRS 3 - positivo; BPRS 4 - depressão).

Quanto a validade convergente dos fatores da MARS, observou-se que ela não tem nenhuma correlação com os instrumentos selecionados. O Fator 1 da MARS apresenta correlação forte com o Fator 2 da mesma escala.

→ **INVENTÁRIO DA VIDA DE RELACIONAMENTOS FAMILIARES, AFETIVOS E SEXUAIS**

Para a validade convergente, o Inventário da Vida de Relacionamentos Familiares, Afetivos e Sexuais, foi relacionado com os Inventários das Tarefas Rotineiras - Estendido (RTI-E), para participantes e terapeutas, com seus três domínios; os domínios 1, 4, 5, 9, 13 e 14 da Escala Breve do Lidar (Brief COPE); Escala APGAR da Família, total; aos domínios 2, 3 e 4 da escala de Avaliação Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL - Bref); Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica - Versão Ancorada (BPRS-A), total, com seus quatro domínios; Escala de Estresse Percebido (PSS), total (Tabela 13).

Tabela 13 - Validade Convergente do Inventário da Vida de Relacionamentos Familiares, Afetivos e Sexuais com outros instrumentos (N= 201)

Escala	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.
1. INV Fator 1	1,0000											
2. INV Fator 2	0,3878 0,0000	1,0000										
3. INV Fator 3	-0,0640 0,3664	0,0075 0,9161	1,0000									
4. INV Fator 4	-0,0006 0,9930	0,0832 0,2403	0,5444 0,0000	1,0000								
5. INV Fator 5	-0,0648 0,3605	0,0127 0,8574	0,1016 0,1511	0,3622 0,0000	1,0000							
6. INV Fator 6	0,3345 0,0000	0,2690 0,0001	0,0280 0,6929	-0,0653 0,3573	-0,1417 0,0448	1,0000						
7. INV Fator 7	-0,0686 0,3335	-0,0303 0,6690	-0,0533 0,4519	0,0593 0,4029	0,1831 0,0093	0,1174 0,0971	1,0000					
8. INV Fator 8	-0,1579 0,0251	0,0850 0,2300	-0,0137 0,8470	0,0539 0,4469	0,1970 0,0051	0,0864 0,2226	0,3298 0,0000	1,0000				
9. INV Fator 9	-0,0145 0,8384	-0,0677 0,3395	-0,1001 0,1575	0,0433 0,5412	0,2679 0,0001	-0,0621 0,3814	0,3113 0,0000	0,2401 0,0006	1,0000			
10. INV Fator 10	0,0644 0,3637	0,1437 0,0418	0,1013 0,1523	0,1139 0,1074	0,1986 0,0047	0,0758 0,2850	0,1083 0,1261	0,2797 0,0001	0,0594 0,4020	1,0000		
11. INV Fator 11	0,1260 0,0746	0,1063 0,1030	-0,0297 0,6756	0,0165 0,8164	-0,0190 0,7894	0,2908 0,0000	0,0788 0,2663	0,0211 0,7657	0,0271 0,7021	-0,0438 0,5372	1,0000	
12. INV Fator 12	0,0092 0,8967	0,1697 0,0160	0,0593 0,4031	0,1143 0,1061	0,2611 0,0002	-0,0288 0,6844	0,2053 0,0035	0,1325 0,0608	0,1213 0,0862	0,3259 0,0000	-0,2037 0,0037	1,0000
13. RTIEP 1	0,2691 0,0001	0,3413 0,0000	0,0545 0,4419	0,0822 0,2458	0,0572 0,4198	0,4088 0,0000	0,1130 0,1102	0,1519 0,0313	0,0307 0,6649	-0,0085 0,9049	0,2737 0,0001	0,0150 0,8332
14. RTIEP 2	0,2493 0,0004	0,4134 0,0000	0,1175 0,0967	0,1200 0,0898	0,1286 0,0689	0,4540 0,0000	0,1377 0,0512	0,2044 0,0036	-0,0117 0,8694	0,0546 0,4416	0,2835 0,0000	-0,0059 0,9338
15. RTIEP 3	0,2270 0,0012	0,2588 0,0002	-0,1352 0,0556	-0,0418 0,5561	0,0158 0,8243	0,3792 0,0063	0,1922 0,0063	0,1922 0,0063	0,0982 0,1657	0,0318 0,6539	0,2536 0,0003	-0,0310 0,6620
16. RTIET 1	0,2425 0,0005	0,3913 0,0000	0,0575 0,4171	0,0602 0,3962	0,3688 0,0000	0,0645 0,3631	0,1988 0,0047	-0,0033 -0,9668	-0,0352 0,6198	-0,0352 0,6198	0,2382 0,0000	-0,0331 0,6406
17. RTIET 2	0,2242 0,0014	0,3538 0,0000	0,0579 0,4145	0,0907 0,2003	0,1261 0,0745	0,3803 0,0000	0,0876 0,2160	0,2088 0,0029	0,0043 0,9516	-0,0078 0,9121	0,2850 0,0000	-0,0424 0,5505
18. RTIET 3	0,2457 0,0004	0,3640 0,0000	-0,0353 0,6191	0,0175 0,8054	0,0828 0,2425	0,3953 0,0000	0,1312 0,0634	0,2679 0,0001	0,0300 0,6723	0,0687 0,3327	0,3033 0,0000	0,0121 0,8643
19. Brief COPE 1	0,1164 0,0999	0,1453 0,0396	0,0417 0,5569	0,0877 0,2157	0,0101 0,8871	0,2455 0,0004	0,0903 0,2024	0,0391 0,5814	-0,0407 0,5662	-0,0092 0,8966	0,1452 0,0398	-0,0647 0,3616
20. Brief COPE 4	0,0455 0,5209	0,0473 0,5046	0,1047 0,1393	0,0762 0,2826	0,1588 0,0243	-0,0468 0,5098	0,0261 0,7126	0,1160 0,1009	0,0629 0,3748	0,2152 0,0022	0,0205 0,7728	0,1582 0,0249
21. Brief COPE 5	0,1049 0,1384	0,0021 0,9761	0,1701 0,0158	0,2084 0,0030	0,0192 0,7868	-0,0702 0,3222	-0,0278 0,6947	-0,0297 0,6758	0,0354 0,6181	-0,0256 0,7185	-0,0479 0,4998	0,0082 0,9082
22. Brief COPE 9	0,1278 0,0706	0,2055 0,0034	0,0360 0,6120	0,0279 0,6938	-0,0407 0,5665	0,1892 0,0071	-0,1448 0,0403	0,0667 0,3468	-0,0784 0,2686	-0,0257 0,7175	0,1239 0,0796	0,0189 0,7896
23. Brief COPE 13	0,0770 0,2776	0,0914 0,1971	-0,0524 0,4602	-0,0401 0,5720	-0,0731 0,3024	0,1301 0,0657	0,0763 0,2818	0,1063 0,1331	0,0466 0,5114	0,0252 0,7222	0,2468 0,0004	-0,0751 0,2894
24. Brief COPE 14	0,1141 0,1069	0,1238 0,0799	-0,0384 0,5886	-0,0934 0,1870	-0,1039 0,1423	0,2092 0,0029	0,0008 0,9914	0,0507 0,4745	0,0924 0,1920	0,1072 0,1299	0,0969 0,1710	0,0603 0,3952
25. APGAR	0,0627 0,3767	0,1344 0,0271	0,0680 0,3373	0,0663 0,3496	0,1467 0,0377	-0,0717 0,3120	-0,0085 0,9042	0,2162 0,0021	0,0426 0,5486	0,2040 0,0037	0,0056 0,9367	0,1622 0,0214
26. WHOQOL 2	0,0636 0,3700	0,0151 0,8314	0,0665 0,3482	0,0766 0,2797	0,0992 0,1613	0,0831 0,2410	0,1469 0,0374	0,1751 0,0129	0,0955 0,1773	0,2391 0,0006	0,1595 0,0237	0,1023 0,1486
27. WHOQOL 3	0,1725 0,0143	0,2575 0,0002	0,0620 0,3816	0,1466 0,0379	0,2113 0,0026	0,0631 0,3735	-0,0381 0,5917	0,1316 0,0626	0,0246 0,7286	0,2682 0,0001	-0,0165 0,8166	0,1909 0,0066
28. WHOQOL 4	-0,0026 0,9707	0,0941 0,1840	-0,1289 0,0683	0,0164 0,8169	0,1844 0,0088	0,0606 0,3928	0,1449 0,0402	0,2331 0,0009	0,0970 0,1707	0,0860 0,2248	0,0753 0,2881	0,1314 0,0629
29. BPRS 1	-0,2411 0,0006	-0,3665 0,0000	-0,0208 0,7692	-0,0234 0,7416	-0,0769 0,2779	-0,4327 0,0000	-0,0899 0,2044	-0,2290 0,0011	-0,0240 0,7350	-0,1105 0,1185	-0,2534 0,0003	0,0700 0,3231
30. BPRS 2	-0,0666 0,3479	-0,2125 0,0025	0,0667 0,3469	-0,0149 0,8333	-0,0290 0,6825	-0,0527 0,4575	0,0086 0,9031	-0,1298 0,0663	0,0356 0,6160	-0,0691 0,3300	-0,1019 0,1502	-0,0363 0,6088
31. BPRS 3	-0,2210 0,0016	-0,3055 0,0000	-0,0725 0,3061	-0,0877 0,2160	-0,0345 0,6273	-0,2308 0,0010	0,0102 0,8854	-0,0899 0,2042	-0,0416 0,5578	-0,1027 0,1468	-0,1497 0,0339	-0,0161 0,8210
32. BPRS 4	0,0054 0,9392	-0,1470 0,0374	-0,0165 0,8158	-0,0151 0,8317	-0,1215 0,0859	-0,1857 0,0083	-0,0674 0,3415	-0,2058 0,0034	-0,0643 0,3649	0,0156 0,8260	-0,2155 0,0021	-0,0376 0,5963
35. PSS	0,0272 0,7017	0,0292 0,6809	0,0211 0,7554	-0,0803 0,2572	-0,2063 0,0033	0,0128 0,8568	-0,0953 0,1786	-0,1373 0,0520	-0,0358 0,6136	-0,1305 0,0649	-0,0552 0,4362	-0,1670 0,0178

Fonte: IPq - HCFMU SP.

INVENTÁRIO DA VIDA DE RELACIONAMENTO S FAMILIARE S, AFETIVO S E SEXUAIS: Fator 1 - relacionamento amoroso passado e intimidade; Fator 2 - relacionamento amoroso presente; Fator 3 - relacionamento com o terceiro irmão; Fator 4 - relacionamento com o segundo irmão; Fator 5 - relacionamento com o primeiro irmão; Fator 6 - relacionamentos mal sucedidos; Fator 7 - relacionamento paterno passado; Fator 8 - relacionamento paterno e materno presente; Fator 9 - relacionamento materno passado; Fator 10 - encontros e atividades conjuntas com pessoa mais distantes; Fator 11 - funcionamento sexual e masturbação; Fator 12 - encontros e atividades conjuntas com pessoas mais próximas; Inventário de Tarefas Rotineiras - Estendido (RTIE) (RTIE 1 - atividades de vida diária; RTIE 2 - escala de vida em comunidade; RTIE 3 - Escala de comunicação), participante e terapeuta; Brief COPE (Brief COPE 1 - Coping ativo; Brief COPE 4 - Suporte emocional; Brief COPE 5 - religiosidade; Brief COPE 9 - reinterpretação positiva; Brief COPE 13 uso de substância; Brief COPE 14 - humor); Escala APGAR da Família total; Avaliação Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL - Bref 2 - Psicológico; WHOQOL - Bref 3 - Relações sociais; WHOQOL - Bref 4 - Meio ambiente); Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica Versão Ancorada - (BPRS-A) com seus 4 domínios (BPRS 1 - negativo/ desorganização; BPRS 2 - excitação; BPRS 3 - positivo; BPRS 4 - depressão); e a Escala de Estresse Percebido (PSS) total

Quanto a validade convergente, entre o Inventário da Vida de Relacionamentos Familiares, Afetivos e Sexuais e a escala de funcionalidade, o Inventário de Tarefas Rotineiras - Estendido (RTI-E), pela percepção dos participantes, apresentou correlações entre fracas a moderadas. O Fator 1 “relacionamento amoroso passado e intimidade” correlacionou com todos os domínios da RTI-E, “atividades de vida diária”, “escala de vida em comunidade” e “escala de comunicação”, de maneira fraca. O Fator 2 “relacionamento amoroso presente” correlacionou, também, com todos os domínios, sendo franco para “atividades de vida diária” e “escala de comunicação” e moderado para “escala em vida comunitária”. O Fator 6 “relacionamentos malsucedidos” correlacionou também, com todos os domínios, sendo moderado entre “atividades de vida diária” e “escala de vida em comunidade” e fraco para “escala de comunicação”. O Fator 8 “relacionamento paterno e materno presente” apresentou correlação fraca para “escala de vida em comunidade”. O Fator 11 “funcionamento sexual e masturbação” correlação fraca com os três domínios “atividade de vida diária”, “escala de vida em comunidade” e “escala de comunicação”.

A mesma escala de funcionalidade, o Inventário de Tarefas Rotineiras - Estendido (RTI-E), pela percepção dos terapeutas, apresentou correlações fracas. O Fator 1 “relacionamento amoroso passado e intimidade” correlacionou com todos os domínios da RTI-E, “atividades de vida diária”, “escala de vida em comunidade” e “escala de comunicação”, de maneira fraca. O Fator 2 “relacionamento amoroso presente” correlacionou, também, com todos os domínios, de maneira fraca. O Fator 5 “relacionamento com o primeiro irmão” correlacionou de maneira fraca com as “atividades de vida diária”. O Fator 6 “relacionamentos malsucedidos” correlacionou de maneira fraca com a “escala de vida em comunidade” e a “escala de comunicação”. O Fator 8 “relacionamento paterno e materno presente” apresentou correlação fraca para “escala de vida em comunidade” e “escala de comunicação”. O Fator 11 “funcionamento sexual e masturbação” correlação fraca com todos os domínios.

Quanto a validade convergente, entre o Inventário da Vida de Relacionamentos Familiares, Afetivos e Sexuais e a Escala Breve do Lidar - BriefCOPE, apresentou correlações fracas entre os fatores: o Fator 2 “relacionamento amoroso presente” com o domínio 9 “expressão de sentimentos”; o Fator 4 “relacionamento com o segundo irmão” com o domínio 5 “religiosidade”; o Fator 6 “relacionamentos malsucedidos” com os domínios 1 “coping ativo” e 14 “humor”; o Fator 10 “encontro e atividades conjuntas com pessoas distantes” com o domínio 4 “suporte emocional; e o Fator 11 “funcionamento sexual e masturbação” com o domínio 13 “uso de substâncias”.

Quanto a validade convergente, entre o Inventário da Vida de Relacionamentos Familiares, Afetivos e Sexuais e a avaliação APGAR de família, em sua composição total, apresentou correlações fracas com os fatores: o Fator 8 “relacionamento paterno e materno presente” e o Fator 10 “encontro e atividades conjuntas com pessoas distantes”.

Entre o Inventário da Vida de Relacionamentos Familiares, Afetivos e Sexuais e o instrumento de qualidade de vida, WHOQOL - Bref, a validade convergente, apresentou correlações fracas entre o Fator 2 “relacionamento amoroso presente” com o domínio “relações pessoais”; o Fator 5 “relacionamento com o primeiro irmão” com o domínio “relações sociais”; o Fator 8 “relacionamento paterno e materno presente” com o domínio “meio ambiente”; o Fator 10 “encontro e atividades conjuntas com pessoas distantes” com os domínios “psicológico” e “relações sociais”; e o Fator 11 “funcionamento sexual e masturbação” com o domínio “meio ambiente”.

E a validade convergente, entre o Inventário da Vida de Relacionamentos Familiares, Afetivos e Sexuais com a Escala de Estresse Percebido, em sua totalidade, apresentou correlações fraca entre o Fator 5 “relacionamento com o primeiro irmão”.

8 DISCUSSÃO

Em relação ao primeiro objetivo da pesquisa, referente a análise qualitativa de quatro domínios que não mostraram propriedades psicométricas satisfatórias do Questionário do Estigma Sexual da Doença Mental (MISS-Q), a saber: "atratividade percebida"; "ocultação de doença mental"; "sentir falta" e "locus de controle", foi possível reformular e criar novas perguntas ao questionário, contando com a participação dos dois autores principais do instrumento e um colaborador do estudo feito no Brasil, e sendo aprovado pelos participantes, profissionais de saúde mental e pelas pessoas com TMG, através de entrevistas semiestruturadas, individuais e em grupo focal. Após três tentativas de adaptação, o MISS-Q passa a possuir 38 questões e não mais 33.

Quanto ao segundo objetivo do estudo, da validade de constructo, dos questionários MISS-Q e Inventário da Vida de Relacionamentos Familiares, Afetivos e Sexuais, foram avaliados quanto ao grau de entendimento, por profissionais de saúde mental (juízes), e pelas pessoas com TMG, obtendo depois de duas tentativas de adaptação para ambas, a aprovação superior a 80%. Os dois instrumentos, portanto, mostraram ser claros, inteligíveis e sem palavras difíceis.

No terceiro objetivo, sobre a investigação psicométrica foi possível analisar os três instrumentos:

→ MISS-Q

Das 38 variáveis avaliadas pela análise fatorial da nova versão do MISS-Q foram identificados nove fatores, assim, como na versão anterior, que também foram extraídos nove fatores⁽⁵⁷⁾. Nesta nova versão houveram algumas mudanças quanto a localização e composição dos domínios, dois dos domínios antigos formaram um único; dois domínios tiveram perguntas realocadas em outros dois domínios; e a formação de um novo domínio por duas perguntas realocadas de um outro. Todos os itens, portanto, foram contemplados na análise fatorial, carregando acima de 0,40.

Diferente da versão original⁽⁵⁷⁾, todos os 38 itens desta nova versão foram aprovados. A versão original inicialmente foi elaborada com 33 itens, porém 5 itens não foram aprovados, duas questões ("Você evita se aproximar de alguém com quem você está interessado em ter um relacionamento romântico ou sexual se você acha que ele/ela tem atitudes negativas sobre os usuários de serviços de saúde mental" e "Agora

pense em todas as pessoas com quem você teve ou queria ter um relacionamento romântico ou sexual”), por apresentarem carga fatorial inferior a mínima exigida para aprovação de 0.30 e cargas cruzadas maiores que .30, respectivamente; e dois dos domínios “sentir falta” e “lócus de controle”, também, foram excluídos do questionário por apresentarem propriedades psicométricas insuficientes, restando apenas sete fatores.

Na nova versão do MISS-Q, todos os itens excluídos da original foram contemplados, porém, revisados, alterados e aprovados pelos participantes. Além, de ter o acréscimo de cinco novas questões, para melhor detalhamento e explanação das questões que se apresentavam mais difíceis de compreensão.

A saber, os nove domínios do MISS-Q original, são: “disposição da equipe para falar sobre sexualidade”; “desvalorização sexual de si mesmo”; “proibições da equipe e da família”; “discriminação individual por parte dos outros”; “ocultação da doença mental”; “competência percebida do papel sexual”; “sentir falta”; “atratividade percebida”; e “lócus de controle”⁽⁵⁷⁾.

Nesta nova versão, o domínio “atratividade percebida”, teve uma das questões adaptadas, “Você se percebe atraindo o interesse de outras pessoas sobre você para possíveis relacionamentos românticos e/ ou sexuais?”, associada a um outro domínio, o “lócus de controle”. Os domínios “atratividade percebida” e “sentir falta” foram combinados a um único domínio agora chamado “atratividade percebida e sentir falta”, com um total de sete questões. E o domínio “lócus de controle”, adaptado e ampliado para cinco questões, teve duas delas dissociadas dele e contempladas em um novo domínio exclusivamente para estas duas, nomeado por nós de “proteção contra terceiros”, devido as suas características.

Portanto, os nove novos domínios são: “proibições da equipe e da família”; “atratividade percebida e sentir falta”; “lócus de controle”; “disposição da equipe para falar sobre sexualidade”; “desvalorização sexual de si mesmo”, “competência percebida do papel sexual”; “discriminação individual por parte dos outros”; “ocultação da doença mental”; e “proteção contra terceiros”.

Em relação a carga fatorial e a consistência interna dos itens, também a nova versão do MISS-Q apresentou melhores resultados do que a versão original. A carga fatorial entre as variáveis da nova versão do MISS-Q foi superior à da versão original, que era de 0,39 a 0,86 com os nove domínios iniciais e de 0,44 a 0,86 para os 7 domínios finais, e passou a ser de 0,5285 a 0,9164 para os 9 domínios na versão nova. O coeficiente de alfa de Cronbach do instrumento MISS-Q, pela soma dos nove

domínios, foi de 0,8795, sendo considerada boa a consistência interna entre os itens. Anteriormente, era aproximadamente, 0,7444, para a soma dos 7 domínios ⁽⁵⁷⁾.

Na análise discriminante, observou-se que no MISS-Q, nem todos os fatores individuais puderam discriminar as pessoas com TMG das pessoas compulsivas sexuais. O Fator 3 (“lócus de controle”) e o Fator 9 (“proteção contra terceiros”) mostraram-se iguais em ambos os grupos. Ambas as doenças mentais apresentam dificuldades quanto ao controle do comportamento sexual de risco e a necessidade de proteção contra terceiros, a pessoa com TMG pela ausência de crítica e a falta de oportunidades sexuais; e a pessoa compulsiva sexual pelo ato impulsivo e descontrolado da prática de atividades sexuais ^(57;112).

Em relação aos profissionais de saúde mental, que responderam sob o olhar da pessoa com TMG, o Fator 2, “atratividade percebida e sentir falta”, o Fator 5, “desvalorização sexual de si mesmo”, o Fator 8, “ocultação da doença mental” e o fator 9 “proteção contra terceiros”, não se distinguiram entre os grupos; ou seja, 4 domínios de 9 mostraram que a percepção do profissional está de acordo com a da pessoa com TMG, as demais não. Observou-se que o olhar destes profissionais não se associa totalmente ao da vivência real da pessoa com TMG no tocante a vida afetivo-sexual. Talvez isso ocorra pela falta de espaço para escuta e acolhimento e/ou da ausência ou insuficiência de programas de intervenção sobre a temática, a fim de se apropriar do real sofrimento da pessoa com TMG com relação ao estigma doença mental e os prejuízos à vida afetivo-sexual⁽¹¹³⁻¹¹⁹⁾. Quanto a análise discriminante total, os três grupos se divergiram.

Experiência Sexual do Arizona (ASEX), total, observa-se que quanto maior o nível de disfunção sexual, maior foi a dificuldade da pessoa de se perceber atraente e competente do seu papel sexual. O funcionamento sexual mostrou-se diretamente associado com a capacidade de se sentir atraente e capaz de ter um relacionamento afetivo e sexual. Da mesma forma, que quanto menor é o nível de funcionamento sexual da pessoa, maior é a sensação dela sobre a falta de um relacionamento amoroso e sexual; e menor é a percepção sobre a disposição da equipe para falar sobre sexualidade. Acredita-se que esta maior percepção sobre a falta de disponibilidade da equipe de profissionais para conversar sobre sexualidade se dá pela sua maior necessidade em conversar sobre as suas disfunções sexuais; e que grande parte dos profissionais de saúde mental não se sentem confortáveis para abordar o tema. Assim, gerando um silenciamento sobre a vida sexual das pessoas com TMG, com a adoção de um comportamento de afastamento dos profissionais de saúde mental, ora por uma atitude repressiva, outra ora defensiva⁽¹¹⁵⁻¹¹⁹⁾.

A satisfação sexual está diretamente associada com a satisfação com a imagem corporal e a autoestima, ou seja, se a pessoa apresenta qualquer disfunção sexual, ela poderá também, apresentar insatisfação com o seu corpo e baixa percepção da capacidade de se sentir atraente para o outro, e ter um relacionamento⁽¹²⁰⁻¹²²⁾. A atratividade está diretamente associada à função sexual, pessoas que se sentem mais atraentes apresentam uma vida sexual mais ativa⁽¹²³⁾.

A dificuldade de perceber a disponibilidade do outro para falar sobre sexualidade pode estar associada ao próprio tabu sobre o tema, acrescido do desconhecimento e/ou preconceito da dificuldade sexual^(57,114,124-130).

A validade convergente do MISS-Q com o Inventário de Tarefas Rotineiras - Estendido (RTI-E), pelos participantes, com seus três domínios, mostrou que quanto maior o grau de funcionalidade da pessoa, maior é a frequência com que membros da família e da equipe de profissionais de saúde mental o proíbem de suas experiências românticas e sexuais; e maior é a sua percepção quanto a disponibilidade da equipe para falar sobre sexualidade. Ações estas que remetem a acreditar que os profissionais de saúde mental e membros da família acreditam que quanto maior o nível de capacidade cognitiva - funcional da pessoa com TMG, maiores serão as suas oportunidades sexuais, e, com isso, maiores serão as demandas por orientações acerca da saúde sexual - destacando-se, portanto, uma maior associação entre a vida na comunidade, maior exposição as atividades produtivas e as relações sociais. Contrariando a literatura que descreve que quanto pior o nível funcional de uma pessoa, mais vulnerável a pessoa é, e maior a necessidade de orientação para a vida sexual^(57,114,124-130).

Quanto maior o nível de funcionalidade de uma pessoa, maior é a sua percepção de atração para outro; e maior é o sentimento sobre a falta de relacionamentos amorosos e sexuais. Acredita-se que quanto maior a funcionalidade de uma pessoa, ou seja, quanto melhor a sua capacidade cognitiva-funcional, maior é a sua crítica sobre os interesses dos outros sobre você para possíveis relacionamentos amorosos e sexuais; e maior é a sua compreensão sobre o estigma contra a pessoa com transtorno mental e as suas dificuldades de se relacionar socialmente, e, conseqüentemente, maior a sua internalização do estigma⁽⁷⁻¹²⁾.

A capacidade de maior controle sobre o comportamento sexual apresentou correlação com melhores desempenhos nos domínios das atividades de vida diária e vida em comunidade, constituídas, respectivamente, pelas atividades mais básicas de autocuidado e higiene, e as de maior complexidade, cuidados da casa, obtenção e preparo de alimentos, fazer compras, mobilidade na comunidade e outras. Ou seja,

quanto mais funcional a pessoa é no seu dia-a-dia, maior é sua capacidade de controlar o seu comportamento sexual e evitar comportamentos de riscos.

A correlação do RTI-E, pela análise dos terapeutas, aconteceu com os mesmos cinco fatores que foi apontado nos participantes com TMG. As diferenças foram poucas entre os grupos, como: no Fator 2 “atratividade percebida”, não houve correlação dele com as “atividades de vida diária” pelos terapeutas; Fator 3 “lócus de controle”, apresentou correlação com a “escala de comunicação” para os terapeutas. O Fator 1 “proibições da equipe e da família” teve correlação moderada para “atividades de vida diária” para os terapeutas, enquanto a “escala de vida em comunidade” teve para os participantes, as demais correlações fracas entre os grupos. Para os terapeutas a correlação do Fator 7 “discriminação individual” com a “escala de comunicação” foi moderada. No geral, as mesmas observações apontadas pelos participantes foram validadas pelo olhar dos terapeutas. Houve somente o acréscimo da correlação do domínio “escala de comunicação”, para o Fator 3 “lócus de controle” - correlação total com todos os domínios da escala de funcionalidade RTI-E.

Percebeu-se na correlação do MISS-Q com o Inventário da Vida de Relacionamentos Familiares, Afetivos e Sexuais, com seus 12 domínios, maiores proibições da equipe e da família para possíveis relacionamentos afetivos e sexuais, em pessoas que estão em um relacionamento amoroso presente, que tem algum histórico de relacionamento malsucedido ao longo da vida, maiores funcionamentos sexuais e maior frequência de masturbação e melhores relacionamentos com os pais atualmente.

Observou-se uma maior percepção de atratividade entre as pessoas com histórico de relacionamento amoroso no passado e de intimidade; experiências de relacionamentos malsucedidos; e melhor funcionamento sexual e maior frequência de masturbação. Ou seja, o fato de ter tido experiências passadas, bem ou mal sucedidas, fazem com que tenham mais percepção sobre a sua capacidade de atratividade, assim, como do fato de um melhor funcionamento sexual. A disposição da equipe para falar sobre sexualidade apareceu maior entre os participantes com relacionamentos amorosos no presente e sem prejuízos no funcionamento sexual e presença frequente de masturbação. O fato de viver um relacionamento amoroso atual pode facilitar a comunicação com a equipe de saúde mental sobre o tema da sexualidade, diante do próprio desejo de relatar suas atividades diversas com o parceiro ou parceira e sexuais. A discriminação individual, do próprio eu, foi mais frequente em participantes que viveram em algum momento da vida um relacionamento amoroso, bem ou malsucedido, que apresentam contato com a própria intimidade e não apresenta

nenhum prejuízo no funcionamento sexual e atualmente se masturba frequentemente. O estigma da doença mental impacta a “identidade experimentada”, o sentimento próprio diante da situação e da sua própria continuidade e caráter, como resultado das vivências sociais. dos papéis e das suas relações sociais ^(57,131-133).

A correlação do MISS-Q com os domínios 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 13 da Escala Breve do Lidar (BriefCOPE), mostrou que as proibições da equipe e da família foram presentes em indivíduos com histórico de uso de substâncias (álcool e drogas). O uso de substância causa preocupações na rede de cuidado, que pode gerar restrições severas como da preocupação sobre os relacionamentos amoroso e sexuais e os comportamentos de riscos. Quanto maior a percepção da sua capacidade de atratividade, maior é o seu comportamento para lidar com as dificuldades e conseguir reinterpretar positivamente os problemas. Quanto melhor o comportamento para lidar com os problemas, melhor a capacidade de planejamento, maior o suporte instrumental e estrutural e maior a reinterpretação positiva dos problemas, e maior é a competência do seu papel sexual. Tanto a atratividade quanto a competência do papel sexual, estão associadas diretamente com a capacidade para lidar com os problemas e saber reinterpretar positivamente as dificuldades, ou seja, quanto maior a capacidade para lidar com as dificuldades do dia-a-dia, melhor será a sua percepção da própria aparência e do seu papel sexual. As pessoas mais religiosas apresentaram menores dados de discriminação sobre si do que as não religiosas, o que se questiona quanto a relação entre a crença e a sensação de baixa valia; e também, apresentaram maiores índices de ocultação da doença mental. Em relação a ocultação da doença mental, as pessoas que se sentem menos culpadas pelos problemas que vivenciam tendem a ocultar menos a doença.

Em relação aos domínios: psicológicos, relações sociais e meio ambiente, da Avaliação de Qualidade de Vida da OMS, WHOQOL - Bref, com o MISS-Q, observou-se que quanto melhor é a percepção do estado psicológico maiores são as “proibições da equipe e da família”, “disposição da equipe para falar sobre sexualidade” e da “competência percebida do papel sexual”. Níveis melhores do humor tendem a favorecer a competência sobre o papel sexual e a perceber a melhor disponibilidade da equipe para falar sobre sexualidade. Além, também, de receber mais proibições da equipe e da família. O melhor estado psicológico, pode ser algo facilitador aos relacionamentos, diante do melhor nível de humor e emoções, o que preocupa e gera proibições da equipe e da família, diante do que se pode fazer. O comportamento social vem acompanhando desse pensamento, que quanto melhor e maior são as oportunidades de relacionamentos sociais, maiores são as preocupações e proibições

da equipe e da família. Um melhor contexto ambiental (bairro, casa, transporte, acesso a rede de saúde e outros), tende a favorecer melhores diálogos com a equipe, tornando-as mais acessíveis; e de se perceber mais competente sexualmente. A influência do ambiente na autoestima e na volição, pode favorecer o indivíduo a se tornar mais ativo sexualmente e mais comunicativo de suas aflições.

Entre a Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica Versão Ancorada (BPRS-A), com seus 4 domínios, e o MISS-Q, observou-se que quanto piores são os sintomas negativos/desorganização, menores são as proibições da equipe e da família em relação à vida sexual e menor é a percepção deles da disposição da equipe para falar sobre sexualidade; pior é a dificuldade de se perceber atraente e competente do seu papel sexual. Da mesma forma, que quanto piores são estes sintomas, maior é a sensação dela sobre a falta de um relacionamento amoroso e sexual; menores controles do comportamento sexual; e menor a internalização sobre o estigma contra a pessoa com TMG. Quanto piores os comportamentos de excitação, menores são as proibições da equipe e da família. Em relação aos sintomas positivos, quanto piores os sintomas, menor é a percepção de atratividade e menor a internalização do estigma contra a pessoa com doença mental. Quanto maior o nível de depressão, menores são as proibições da equipe e da família para possíveis relacionamentos amorosos e sexuais; menor é a percepção sobre a disponibilidade da equipe para falar sobre sexualidade e menor é a internalização sobre o estigma contra a pessoa com doença mental. Observou-se que quanto piores são os sintomas psicótico e de humor, menor é a percepção da família e da equipe sobre a capacidade da pessoa em ter um relacionamento amoroso e sexual, o que pode gerar falta de informação sobre saúde sexual e causar graves riscos à vida. Assim, como a percepção de atração, competência e internalização do estigma contra a pessoa com doença mental que são piores, quanto piores são os sintomas da doença.

A correção entre a Escala de Estresse Percebido (PSS) total e o MISS-Q, identificou que quanto maior é o nível de estresse da pessoa, maior é a discriminação individual.

→ **MARS**

Das 10 variáveis avaliadas pela análise fatorial da versão traduzida e adaptada para o português da MARS foram identificados apenas dois fatores, diferente dos dois estudos originais que identificaram três domínios. Todos os itens da MARS foram contemplados na análise fatorial por apresentarem valores acima de 0,40.

A validação de constructo da escala original foi realizada por dois estudos: o primeiro por análise fatorial exploratória usando a análise de componentes principais com rotação Varimax, que identificou três dimensões, respondendo por 59% da variância total⁽⁶⁴⁾; e o segundo, também usando a análise de componentes principais com rotação Varimax, confirmando as três dimensões, respondendo por 50,5% da variância total⁽¹³⁴⁾. A divergência entre os totais da variância entre os dois estudos, está, possivelmente, associado aos diferentes tipos de amostras, conforme explicado pelos autores.

As três dimensões evidenciadas em ambos os estudos originais, são: “comportamento de adesão à medicação”; “atitude dos sujeitos em relação à ingestão da medicação”; e “efeitos colaterais negativos e as atitudes em relação as medicações psicotrópicas”.

Das mudanças feitas para a versão traduzida e adaptada para o Brasil, o questionário que antes era auto aplicativo passa a ser por entrevista; e em relação ao tempo da resposta da avaliação, os itens no artigo original eram avaliados no passado (na semana passada) e passam a ser no presente; e os itens passam a ser apresentados em forma de pergunta (entrevista), e não mais declarativo (auto aplicativo), diante do baixo nível médio de escolaridade do país.

Dos artigos originais, as questões 1, 2, 3 e 4 correspondem ao Fator 1 - “comportamento de adesão à medicação”; e as questões 5, 6, 7 e 8 ao Fator 2 - “atitude dos sujeitos em relação à ingestão da medicação”; e as questões 9 e 10 ao Fator 3 - “efeitos colaterais negativos e as atitudes em relação as medicações psicotrópicas”.

Para a versão brasileira da MARS, foram revelados apenas dois fatores: Fator 1 – “Responsabilidade e sensação do efeito medicamentoso”, composto pelas questões 1, 2, 6, 7, 8, 9 e 10. Este foi responsável pela variância de 70%. O Fator 2 - “Percepção sobre a necessidade de uso contínuo da medicação”, composto pelas questões 3, 4 e 5. Este foi responsável pela variância de 30%.

Acreditasse que essa diferença ocorreu devido ao fato da versão traduzida e adaptada da MARS para o Brasil ter sofrido algumas alterações para uma melhor acessibilidade da população.

A confiabilidade da versão MARS brasileira, foi muito boa, de 0,9634; sendo, ainda melhor que da versão original em inglês que apresentou boas propriedades psicométricas, com alfa de Cronbach de 0,77 e confiabilidade de consistência interna de $\alpha = 0,75$.

Na MARS, na análise discriminante, não houve diferença entre os três grupos, nem na individual e nem total. Questiona-se sobre esta igualdade entre os grupos,

sabendo que as pessoas com TMG apresentam maiores dificuldades para administrar o uso da medicação e utilizá-las corretamente de maneira contínua e segura. Acredita-se que o instrumento não tenha conseguido discriminar a atitude dos participantes com TMG em relação à medicação. O instrumento pode apresentar limitações quanto à sua sensibilidade, diante das restritivas opções de respostas, “sim” ou “não” do questionário; por não considerar o tempo de necessidade de uso da medicação (contínuo ou não contínuo) e a indicação para uso da medicação, desconsiderando a causa e/ou diagnóstico da doença.

A MARS, não apresentou correlação com nenhum outro instrumento. Apenas a correlação entre os fatores da mesma escala, como moderada. Não existe na literatura um outro instrumento que investigue a adesão a medicação, com características próximas a MARS.

Faz-se necessário revisar o instrumento, adequar o conteúdo e atualizar e melhorar a busca na literatura por outros instrumentos que possam vir a correlacionar melhor com os propósitos do MARS.

→ **INVENTÁRIO DA VIDA DE RELACIONAMENTOS FAMILIARES, AFETIVOS E SEXUAIS**

No Inventário da Vida de Relacionamentos Familiares, Afetivos e Sexuais, foram identificados 12 domínios. Todos os itens foram contemplados na análise fatorial por apresentarem por carregarem valores maior que 0,40. Por ser original não podemos comparar com dados anteriores.

E os fatores foram nomeados por nós, conforme suas características, como: Fator 1 - “relacionamento amoroso passado e intimidade”; Fator 2 - “relacionamento amoroso presente”; Fator 3 - “relacionamento com o terceiro irmão”; Fator 4 - “relacionamento com o segundo irmão”; Fator 5 - “relacionamento com o primeiro irmão”; Fator 6 - “relacionamentos mal sucedidos”; Fator 7 - “relacionamento paterno passado”; Fator 8 - “relacionamento “paterno e materno presente”; Fator 9 - “relacionamento materno passado”; Fator 10 - “encontros e atividades conjuntas com pessoa mais distantes”; Fator 11 - “funcionamento sexual e masturbação”; Fator 12 - “encontros e atividades conjuntas com pessoas mais próximas”

O Inventário da Vida de Relacionamentos Familiares, Afetivos e Sexuais, apresentou carga fatorial entre 0,4288 a 0,9629 e o coeficiente de alfa de Cronbach foi de 0,7884, sendo considerada entre boa a razoável.

Na análise discriminante, observou-se que nem todos os fatores individuais do Inventário da Vida de Relacionamentos Familiares, Afetivos e Sexuais, puderam discriminar as pessoas com TMG das pessoas compulsivas sexuais. O Fator 3 (“relacionamento com o terceiro irmão”), Fator 8 (“relacionamento “paterno e materno presente”), Fator 9 (“relacionamento materno passado”) e Fator 10 (“encontros e atividades conjuntas com pessoa mais distantes”) mostraram-se iguais em ambos os grupos. Ambos os grupos não tinham o terceiro irmão; possuíam na atualidade pouco contato com os pais; no passado boa relação materna; e apresentavam encontros e atividades conjuntas com pessoas mais distantes em semelhantes proporções. Os dois grupos de pessoas em sua história trazem prejuízos à vida e graves rompimentos sociais, principalmente os familiares, que se justificam pelas próprias dificuldades nos relacionamentos atuais e não no passado; ou seja, às dificuldades associadas, após o surgimento dos primeiros sinais e sintomas da doença. Com as dificuldades cognitivas e funcionais associadas à doença e/ou a repercussão do estigma contra a doença mental na vida destas pessoas, as relações sociais ficam mais difíceis e muitas vezes quase inexistentes⁽¹³⁵⁾.

No tocante à investigação da validade discriminante do Inventário da Vida de Relacionamentos Familiares, Afetivos e Sexuais, entre TMG e profissionais de saúde mental não houveram diferenças entre os grupos nos fatores 3, 8, 9 e 12. Os fatores 3, 8 e 9 se mostraram iguais entre os três grupos de pessoas, que se referem não terem um terceiro irmão, a terem tido relação com os pais no passado e atualmente com a mãe. O Fator 12 mostrou que as pessoas com TMG e profissionais de saúde mental apresentam encontros frequentes e atividades conjuntas com pessoas mais próximas em proporções semelhantes.

É interessante notar a frequente atividades sociais das pessoas com TMG com pessoas distante e próximas; isso pode se dar aos frequentes encontros com os profissionais de saúde mental que os acompanham nos serviços de saúde mental, aos seus colegas de tratamento e as suas mães. Não necessariamente apresentando uma boa qualidade nestes relacionamentos sociais.

Em relação a validade convergente, as correlações entre o Inventário da Vida de Relacionamentos Familiares, Afetivos e Sexuais com o Inventário de Tarefas Rotineiras - Estendido (RTI-E), mostraram-se entre fraca a moderada pela percepção dos participantes e fraca pelos terapeutas. Observou-se, que ambas as percepções se mostraram iguais, em relação à funcionalidade. Quanto maior o nível de funcionalidade de uma pessoa, nas três áreas da vida avaliadas (atividades de vida diária; vida em comunidade e comunicação), maiores são as chances de as pessoas já terem tido

experiências no passado de relacionamentos amorosos e intimidade; e, do mesmo jeito, maiores são as chances de atualmente viverem um relacionamento amoroso^(136,137). Quanto maior o nível de funcionalidade, também maiores são as experiências de relacionamentos malsucedidos, até pela sua maior exposição social; e quanto maior a capacidade funcional ou menor os sinais e sintomas das doenças, maior é o funcionamento sexual e a frequência de masturbação⁽¹³⁶⁻¹³⁹⁾. Em relação ao relacionamento paterno e materno presente, fez associação apenas à vida em comunidade. Observa-se que quanto maior a capacidade funcional atual, ou seja, quanto mais preservado o desempenho funcional em suas atividades em vida comunitária hoje, melhor é sua relação com seus pais na atualidade⁽¹³⁷⁾. De diferente, a avaliação dos terapeutas, observaram que as pessoas que executam melhores as atividades de vida diária, apresentam também melhores relações com os irmãos.

A correlação do MISS-Q com os domínios 1, 4, 5, 9, 13 e 14 da Escala Breve do Lidar (BriefCOPE), foram fracas. Identificou-se que as pessoas que apresentam relacionamentos amorosos presentes, também apresentam maior facilidade de expressão dos seus sentimentos. As pessoas que apresentam histórico de vivências de relacionamentos malsucedidos, apresentaram, também melhores níveis de coping ativo e de humor. Observou-se que quanto melhor o nível de humor e de capacidade para lidar com situações estressantes, maiores são as experiências vividas de relacionamentos malsucedidos, o que pode se dar devido ao fato de se arriscarem mais a situações que possam lhe causar frustrações, pela própria capacidade de lidarem melhor com estresse e a tenderem a um melhor estado de humor para lidar com situações difíceis e estressantes^(136,137). Pessoas com maiores encontros e atividades conjuntas com pessoas distantes tende a ter maior suporte emocional, o que deve ser favorecido pela ampliação das possibilidades de contato sociais. As pessoas que fazem uso de algum tipo de droga ou consumo de álcool exagerado, apresentaram melhores funcionamentos sexuais e maiores frequências de masturbação, dados comuns encontrados na literatura sobre o uso destas substâncias como recurso para facilitar a desenvoltura social e conseguir ter mais oportunidades sexuais⁽¹⁴⁰⁻¹⁴¹⁾. Pessoas com melhores relacionamentos com o segundo irmão tendem a serem pessoas mais religiosas, o que deve ser favorecido diante das crenças religiosas.

A escala APGAR da família, em sua totalidade, apresentou correlação fraca, com o Inventário da Vida de Relacionamento Familiares, Afetivos e Sexuais. Ela reafirma que a satisfação familiar está diretamente associada a qualidade da relação com os pais no presente⁽¹³⁸⁾. Assim, como com as pessoas mais distantes.

Em relação a correlação com os domínios 2, 3 e 4 da escala de Avaliação Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL - Bref), identificou-se que as pessoas que apresentam hoje relacionamentos amorosos, apresentam também, melhores desenvolvimentos nas relações sociais. Da mesma forma, que aquelas que apresentam melhores interações sociais, tendem a ter mais oportunidades por relacionamentos e melhores habilidades para interagir com outras pessoas, e, assim, melhores relacionamentos com o primeiro irmão e mais oportunidades de encontros e atividades conjuntas com pessoas distantes. Os melhores níveis de condições psicológicas, também favorecem mais aos encontros e as atividades conjuntas com pessoas distantes. Em relação ao meio ambiente, quanto melhor é a sua capacidade de se relacionar com o meio ambiente, melhor são as suas relações com seus pais no presente e melhor é o seu funcionamento sexual e a frequência de masturbação, ou seja, quanto melhores são as suas capacidades cognitivas e funcionais, melhores são os seus relacionamentos^(136,137).

Em relação a Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica - Versão Ancorada (BPRS-A), houve correlação entre fraca a moderada, entre os dois instrumentos. As pessoas com presença de sintomas negativos/desorganização, tiveram menos relacionamentos no passado, menos contato com a intimidade, e não apresentam nenhum relacionamento no presente; assim, como menos relacionamentos malsucedidos, até pela própria ausência ou pouca quantidade de experiências; piores relações com os pais no presente e pior funcionamento sexual e menor frequência de masturbação. Pessoas com presença de comportamentos excitativos apresentam menos relacionamento amoroso no presente. Pessoas que apresentam sintomas positivos, tendem a ter menos relacionamentos amorosos no passado e presente e menos intimidade, e menos relacionamentos malsucedidos. As pessoas com sintomas depressivos tendem a ter piores relacionamentos com seus pais no presente e menor funcionamento sexual e frequência de masturbação. Assim, como é para a incapacidade, que quanto maiores são as dificuldades cognitivas e funcionais maiores são as dificuldades de relacionamentos afetivos e sexuais; são para os sinais e sintomas da doença mental, que quanto piores forem as manifestações, maiores são as dificuldades nos relacionamentos sociais e nas vivências amorosas e sexuais^(138,139).

Em relação a Escala de Estresse Percebido (PSS), total, observou-se que a pessoa que apresenta maior grau de estresse, apresenta maiores dificuldade de relação com o primeiro grau

9 CONCLUSÕES

No presente estudo observacional, metodológico, de validação, com pessoas com TMG, compulsivas sexuais e profissionais de saúde mental, confirmou-se:

- A nova versão do MISS-Q, contemplou todos os itens sugeridos da versão original, com propriedades psicométricas suficientes; e se torna o instrumento mais completo, e, ainda, pioneiro na avaliação do estigma sexual da doença mental. Ele contribuirá para o fornecimento de dados sobre o comportamento sexual das pessoas com TMG, e auxiliará os profissionais de saúde mental na intervenção por programas de atenção à saúde sexual.
- A MARS ainda será necessária uma revisão e adaptação, quanto ao modo de aplicabilidade às pessoas TMG, a fim de alcançar uma melhor sensibilidade as particularidades desta população.
- O Inventário da Vida de Relacionamentos Familiares, Afetivos e Sexuais, é pioneiro na avaliação da percepção da pessoa com TMG sobre a qualidade dos seus relacionamentos e a frequência, tanto no presente quanto no passado. Apresentou boas propriedades psicométricas e está pronta para uso.

10 REFERÊNCIAS

1. Ruggeri, M, Morven L, Thornicroft G, Bisoffi G, Michele Tansella. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness., *The British Journal of Psychiatry*, 2000; 177: 149-55.
2. APA, American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 4th ed. Porto Alegre: Artmed; 1995.
3. Maragno L, Moises G, Reinaldo JG, Hillegonda MDN, Chester LGC. Prevalence of common mental disorders in a population covered by the Family Health Program (QUALIS) in São Paulo, Brazil, *Cadernos de Saúde Pública*, 2006; 22: 1639-48.
4. Murray CJL, Theo Vos RL, Mohsen N, Abraham DF, Catherine M, Majid E, Kenji S, Joshua AS, Safa A. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The lancet*, 2013; 380: 2197-223.
5. Whiteford HA, Louisa D, Jürgen R, Amanda JB, Alize JF, Holly EE, Fiona JC, Rosana EN, Abraham DF, Nicole J. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010., *The lancet*, 2013; 382: 1575-86.
6. Andrade, LH, Yuan-Pang W, Solange A, Camila MS, Clóvis AS, Erica RS, Raphael N, James CA, Wagner FG, Ronald CK. Transtornos mentais em megacidades: achados da pesquisa de saúde mental da megacidade de São Paulo, Brasil, *PLoS ONE*, 2012; 7: e31879.
7. Meade CS, Kathleen JS. Correlatos psiquiátricos e psicossociais do comportamento de risco sexual entre adultos com doença mental grave. *Community Mental Health Journal*, 2007; 43: 153-69.
8. Nunes JP. Aliança terapêutica: adaptação da Escala de Aliança Psicoterapêutica da Califórnia (versão do paciente) numa amostra do centro de atendimento a toxicodependentes de Coimbra. 2007.
9. Zemishlany Z, Abraham W. O impacto da doença mental sobre a disfunção sexual, 2008.
10. McCabe, SE. Correlatos do uso não médico de ansiolíticos benzodiazepínicos prescritos: resultados de uma pesquisa nacional de estudantes universitários dos EUA, *Drug Alcohol Depend*, 2005; 79: 53-62.

11. Olfson M, Thomas U, William HC, Eskinder T. Disfunção sexual masculina e qualidade de vida na esquizofrenia. *The Journal of clinical psychiatry*, 2005; 66: 331-38.
12. Araujo AB, Durante R, Feldman HÁ, Goldstein I, McKinlay JB. The relationship between depressive symptoms and male erectile dysfunction: cross-sectional results from the Massachusetts Male Aging Study, *Psychosom Med*, 60: 458-65, 1998.
13. Vieira J, Scanavino, M. Proposta de intervenção psicoeducativa sobre dificuldades em relacionamentos românticos, comportamento sexual de risco e disfunções sexuais em pacientes com centro de reabilitação de doenças mentais graves e dia hospitalar (crhd) ipq-hcfmusp. revista de medicina sexual, 2015; 75.
14. Vieira J, Silva G, Carmo I, Neto M, Amaral M, Sant R, Scanavino, M. Dados preliminares sobre a eficácia da intervenção psicoeducativa na saúde sexual e nas dificuldades sexuais em indivíduos com transtorno psicótico ou de humor. revista de medicina sexual, 2015; 40.
15. Elkington K, McKinnon SK, Mann CG, Collins PY, Leu, CS, Wainberg, ML. Perceived mental illness stigma and HIV risk behaviors among adult psychiatric outpatients in Rio de Janeiro, Brazil, *Community Mental Health Journal*, 2010, 46: 56-64.
16. Nunes M, et al. Projeto de pesquisa: Articulando experiências, produzindo sujeitos e incluindo cidadãos: Um estudo sobre as novas formas de cuidado em saúde mental na bahia e Sergipe. *Projeto de pesquisa do núcleo interdisciplinar de saúde mental*. NISAN - ISC – UFBA, 2009.
17. Zemishlany Z., Weizman, A. O Impacto da Doença Mental na Disfunção Sexual. Balon R (ed): Disfunção Sexual. A Conexão Cérebro-Corpo. *Adv Psychosom Med. Basileia*, Karger, 2008, vol 29, pp 89-106.
18. Meade CS, Sikkema KJ. Psychiatric an psychosocial correlates of sexual risk behavior among adults with severe mental illness. *Community Mental Health Journal*, v. 43, n. 2, p. 153-69, 2007.
19. Assalian RF, Raymond T, Donna CP. Sexualidade e qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 2000, 4: 29-33.
20. Baggaley M. Disfunção sexual na esquizofrenia: foco em evidências recentes, *Psicofarmacologia humana*. 2008; 23: 201.
21. Moreira J, Duarte ECHN, Abdo DBS, Wroclawski E, Fittipaldi JAS. Epidemiologia da disfunção erétil no Brasil: resultados da pesquisa nacional do "Projeto Avaliar", *Rev Bras Med*, 2004; 61: 613-25.

22. Rosenberg, KP, Kathryn LB, James K, Gross C. A survey of sexual side effects among severe mentally ill patients taking psychotropic drugs: impact on compliance. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 2003; 29: 289-96.
23. Silva TFC, Giovanni ML, Louise DV, Cavalcanti, MT. Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes do espectro esquizofrênico: uma revisão sistemática da literatura. *J bras Psiquiatr*, 2012; 61: 242-51
24. Piette J, Heisler M, Ganoczy D, McCarthy J, Valeinstein M. Differential medication adherence among patients with schizophrenia and comorbid diabetes and hypertension. *Psychiatr Serv*. 2007; 58:207-12.
25. Santin A, Ceresér K, Rosa A. Adesão ao tratamento no transtorno bipolar. *Rev. Psiq. Clín*. 2005; 32; supl 1; 105-109.
26. Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, Scott J, Carpenter D, Ross R, Docherty JP. The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental disease, *J Clin Psychiatry*, 2009, 70: 1-46.
27. Moacyr AR, Marcolin MA, Elkis E. Avaliação dos fatores que interferem na adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes brasileiros com esquizofrenia', *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2005, 27: 178-84.
28. KreyenBuhl J, Dixon LB, McCarthy JF, Soliman S, Ignacio RV, Valenstein M. A adesão aos medicamentos para diabetes tipo 2 difere entre indivíduos com vs sem esquizofrenia?, *Boletim de esquizofrenia*, 2010; 36: 428-35.
29. Miller R, Ream G, McCormack J, Bruce HG, Sevy, S, Delbert R. A prospective study of cannabis use as a risk factor for non-adherence and treatment abandonment in first-episode schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 2009; 113: 138-44.
30. Turkington A, Mulholland CC, Rushe TM, Rick A, McCaul R, Barrett SL, Barr RS, Cooper SJ. Impact of persistent substance misuse on 1-year outcome in first-episode psychosis, *The British Journal of Psychiatry*, 2009; 195: 242-48.
31. Rabinovitch M, Bechard-Evans L, Schmitz N, Joober R, Malla A. Early predictors of nonadherence to antipsychotic therapy in first-episode psychosis', *Canadian Journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 2009; 54: 28-35.
32. Staring, ABP, CL Mulder, HJ Duivenvoorden, Lieuwe De Haan e Mark Van der Gaag. 'Menos sintomas vs. mais efeitos colaterais na esquizofrenia? Caminhos opostos entre a adesão à medicação antipsicótica e a qualidade de vida', *Schizophrenia Research*, 2009; 113: 27-33.
33. Maheshwari S, Gupta S, Sharan P. Medication non-compliance and substance abuse in schizophrenia. *Nurs J India*. 2009; 100:201 - 3.
34. Simon, AE, Manuela P, Hess L, Valterio C. Antipsychotic use in patients with schizophrenia treated in private psychiatry. *Swiss medical weekly*, 2005; 135: 109-15.

35. Rittmannsberger H, Pachinger T, Keppelmüller P, Wancata J. Adesão medicamentosa entre pacientes psicóticos antes da admissão em tratamento hospitalar. *Serviços Psiquiátricos*, 2004; 55: 174-79.
36. Weiss, KA, Smith TE, Hull JW, Piper AC, Huppert JD. Preditores de risco de não adesão em pacientes ambulatoriais com esquizofrenia e outros transtornos psicóticos. *Boletim de Esquizofrenia*, 2002; 28: 341.
37. Coluci MZ, Alexandre NM, Milani D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2015; 20(3), 925-936.
38. Alexandre NMC, Coluci, MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011; v. 16, n. 7, p. 3061-3068.
39. Hutchinson A, Bentzen N, Konig-Zanhn C. Cross cultural health outcome assessment: a user's guide. The Netherlands: ERGHO; 1996.
40. Pillattl LA, Pedroso B, Gutierrez, GL. Propriedades psicométricas de instrumentos de avaliação: um debate necessário. *R.B.E.C.T.*, 2010; v. 3, n. 1, p.81-91, jan-abr.
41. Cassepp-Borges V, Balbinotti, MAA, Teodoro MLM. Tradução e validação de conteúdo: Uma proposta para a adaptação de instrumentos. In Pasquali L, *Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas* (pp. 506-520). Porto Alegre: Artmed, 2010.
42. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 2000; 25(24), 3186-3191.
43. Hambleton, RK. Issues, designs, and technical guidelines for adapting tests into multiple languages and cultures. In Hambleton RK, Merenda PF, Spielberger CD (Eds.), *Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment* (pp. 3-38). Mahwah NJ, Erlbaum L, 2005.
44. Sireci SG, Yang Y, Harter J, Ehrlich EJ. Evaluating guidelines for test adaptations: A methodological analysis of translation quality. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 2006; 37(5), 557-5672.
45. Hambleton RK Issues, designs, and technical guidelines for adapting tests into multiple languages and cultures. In Hambleton, RK, Merenda PF, Spielberger CD (Eds.), *Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment* (pp. 3-38). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, 2005.
46. Minayo MCZ (org.). Pesquisa Social. *Teoria, método e criatividade*. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.
47. Caregnato RCA; Mutti R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Reflexão. Texto contexto - enferm.* 2006, 15 (4).

48. Matos ASM, Rodrigues, EC. Análise Fatorial. *Coleção Metodologias de Pesquisa*, Enap, Brasília, 2019.
49. Hair JF, et al. *Análise multivariada de dados*. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 593, 2005.
50. Terwee CB, Bot SD, Boer MR, van der Windt, Knol DL, Dekker J, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol*. Jan; 2007; 60(1):34-42.
51. Polit DF, Beck CT. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 7 ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
52. Streiner DL. Starting at the beginning: an introduction to coefficient alpha and internal consistency. *J Pers Assess*. Feb;80(1):99-103, 2003.
53. Martins GA. *Sobre confiabilidade e validade*. RBGN. 2006; jan-abr; 8(20): 1-12.
54. Hair Junior JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tathan RL. *Análise multivariada de dados*. 6 ed. Porto Alegre: Bookman; 2009.
55. Fayers PM, Machin D. *Quality of life: the assessment, analysis, and interpretation of patient-reported outcomes*. 2 ed. Estados Unidos: Wiley; 2007.
56. Bagozzi RP, Phillips LW. Representing and testing organizational theories: a holistic construal, *Administrative Science Quarterly*, 1992; vol. 27, p. 459-489.
57. Wainberg M, Pala NA, Cournos F, McKinnon K. Validação do Questionário de Estigma Sexual na Doença Mental (MISS-Q) em uma amostra de adultos brasileiros em atendimento psiquiátrico. *J. bras. psiquiatr*. 2017, 66 (3) • Jul-Sep.
58. Link BG, Phelan JC. Conceituando o estigma. *Annu Rev Social*. 2001; 27(1): 363-85.
59. Collins PY, Elkington KS, von Unger H, Sweetland A, Wright ER, Zybert PA. Relação do estigma com o risco de HIV entre mulheres com doença mental. *Am J Ortopsiatria*. 2008;78(4):498-506.
60. Elkington KS, Hackler D, McKinnon K, Borges C, Wright ER, Wainberg ML. Estigma de doença mental percebida entre jovens em tratamento ambulatorial psiquiátrico. *J Adolescente Res*. 2012.
61. Elkington KS, Hackler D, Walsh TA, Latack JA, McKinnon K, Borges C, Wainberg ML. Estigma percebido da doença mental, relacionamentos íntimos e comportamento sexual de risco em jovens com doença mental. *Jornal da pesquisa do adolescente*. 2013; 28 (3):378–404.
62. Horne R. Non-adherence to medication: Causes and implications for care. In P. Gard (Ed.), *A behavioral approach to pharmacy practice* (pp. 111-130). Oxford, UK: Blackwell, 2001.

63. Moreira IC, Bandeira M, Pollo TC, Oliveira MS. Adaptação transcultural ao Brasil da Escala de Avaliação de Adesão a Medicamentos para pacientes psiquiátricos', *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 2004; 63: 273-80.
64. Thompson K, Kulkarni J, Sergejew AA. Confiabilidade e validade de uma nova Escala de Avaliação de Adesão à Medicação (MARS) para as psicoses. *Schizophrenia Research*, 2000; 42: 241-47.
65. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10* Décima revisão. Trad. do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 3 ed. São Paulo: EDUSP; 1996.
66. Dorgival C. 'Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas.' in, *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas* (Editora Artes Medicas Sul), 1993.
67. Goodman A. 'O que há em um nome? Terminologia para designar uma síndrome de comportamento sexual impulsionado', *Vício Sexual e Compulsividade: The Journal of Treatment and Prevention*, 2001; 8: 191-213.
68. Association, American Psychiatric. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: texto revisado (DSM-IV-TR)* (Artmed), 2002.
69. Cohen, S., T. Kamarck e R. Mermelstein. Uma medida global do estresse percebido. *Revista de saúde e comportamento social*, 1983, 385-396.
70. Clark P, Lavielle L, Martínez H. Learning from pain scales: patient perspective', *The Journal of rheumatology*, 2003. 30: 1584-88.
71. First MB, Williams JB, Karg RS, Spitzer RL, Osório FL, et al. *Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do DSM-5: SCID-5-CV Versão Clínica*. Artmed, 2017.
72. Del-Ben CM, Vilela JAA, Crippa JAS, Hallak JEC, Labate CM, Zuardi AW. Reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Clinical Version translated into Portuguese', *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2001; 23: 156-59.
73. McGahuey, C. A., A. J. Gelenberg, C. A. Laukes, F. A. Moreno, P. L. Delgado, K. M. McKnight e R. Manber. The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): Confiabilidade e validade, *Journal of Sex & Marital Therapy*, 2000; 26: 25-40.
74. Byerly, M. J., P. A. Nakonezny, R. Fisher, B. Magouirk e A. J. Rush. An empirical evaluation of the Arizona sexual experience scale and a simple one-item screening test for assessing antipsychotic-related sexual dysfunction in ambulatoriais with schizophrenia and schizoaffective disorder, *Schizophrenia Research*, 2006; 81: 311-16.

75. Mathias C, Macedo G, Sena EP, Giglio AD. Uso da Escala de Experiência Sexual do Arizona (ASEX) na avaliação de disfunção sexual em pacientes ocológico brasileiros. *J. bras. Psiquiatr*, 2005; 54; 216-20.
76. Mello PCH, Matos NT, Rocca CA, Serafim AP, Katz N, Alves TCTF. Tradução, adaptação transcultural e validação do inventário de tarefas rotineiras – estendido (RTI-E) em idosos com doença de Alzheimer. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2021; 24 (5).
77. Rosenberg M. Rosenberg self-esteem scale (RSE), *Terapia de aceitação e compromisso*. Pacote de medidas, 1965; 61.
78. Avanci JQ, Simone GA, Santos NC, Oliveira RVC. Adaptação transcultural de escala de auto-estima para adolescentes', *Psicologia: Reflexão e crítica*, 2007; 20: 397-405.
79. Hutz CS, Zanon C. Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de autoestima de Rosenberg: Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de autoestima de Roserberg, *Avaliação psicológica*, 2011; 10: 41-49.
80. Sbicigo JB, Bandeira DR, Dell'Aglio DD. Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR): validade fatorial e consistência interna, *Psico USF*, 2010; 15: 395-403.
81. Maçola L, Vale JN, Carmona EV. Avaliação da autoestima de gestantes com uso da Escala de Autoestima de Rosenberg', *Rev Esc Enferm. [internet] ,* 2010; 570-7.
82. Hutz, CS. Adaptação brasileira da escala de auto-estima de Rosenberg', *Adaptação brasileira da escala de auto-estima de Rosenberg*, 2010.
83. Giacomoni CH. Bem-estar subjetivo infantil: conceito de felicidade e construção de instrumentos para avaliação', Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002.
84. Roberts SB, Kendler KS. Neuroticismo e autoestima como índices de vulnerabilidade à depressão maior em mulheres', *Medicina psicológica*, 29: 1101-09, 1999.
85. Carver CS. Você quer medir o enfrentamento, mas o seu protocolo é muito longo: considere o breve enfrentamento. *Revista Internacional de Medicina Comportamental*, 1997; 4(1): 92-100.
86. Maroco J, Campos JB, Bonafé FS, Vinagre MG, Pais-Ribeiro J. Adaptação transcultural Brasil-Portugal da escala brief cope para estudantes do ensino superior', *Psicologia, saúde & doenças*, 2014; 15: 300-13.
87. Brasileiro SV. *Adaptação transcultural e propriedades psicométricas do COPE breve em uma amostra brasileira*, 2012.
88. Ribeiro JLP, Rodrigues AP. Questões acerca do coping: *A propósito do estudo de adaptação do Brief Cope*, 2004.
89. Ribeiro JL, Morais R. Adaptação portuguesa da escala breve de coping resiliente, *Psicologia, saúde & doenças*, 2010, 11: 5-13.

90. Smilkstein G. The Family APGAR: A proposal for family function test and its use by physicians, *The Journal of family practice*, 1978.
91. Agostinho M, Rebelo L. Família: do conceito aos meios de avaliação', *Rev Port Clin Geral*, 1988, 32: 6-18.
92. Santos, CMNM. *Ansiedade, depressão e stresse no familiar cuidador do doente mental*, 2014.
93. Torres GV, Reis LA, Reis LA, Fernandes MH, Alves GS, Sampaio LS, Mascarenhas CHM. Funcionalidade familiar de idosos dependentes residentes em domicílios', *Avaliação psicológica*, 2009; 8: 415-23.
94. Fleck M, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão portuguesa do instrumento abreviado de qualidade de vida WHOQOL-bref', *Revista de Saúde Pública*, 34: 178-83, 2000.
95. Schroeter D. *Validação e reprodutibilidade de dois questionários específicos para avaliar qualidade de vida de pacientes com câncer de ovário*, Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Epidemiologia, 2011.
96. Elkis H, Henna JN, Alves TM, Eizeman IB, Campos de Oliveira JR, Melo MF. Análise fatorial da versão em português do BPRS ancorado (BPRS-A) em pacientes com esquizofrenia refratária', *Rev Psiqu Clín*, 1998; 25: 334-36.
97. Romano F, Elkis H. Tradução e adaptação de um instrumento de avaliação psicopatológica das psicoses: a Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica-versão Ancorada (BPRS-A)', *J. bras. psiquiatr*, 1996; 45: 43-9.
98. Crippa, JAS, Hallar JEC, Vilela JAA, Loureiro SR, Zuardi AW. A escala breve de avaliação psiquiátrica (Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS): uma revisão', *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 1999, 8: 355-61.
99. Gorham DR, Overall JE. Dimensions of change in psychiatric symptomatology. *Dis. nerv. System*, 1961, 22, 576–580. PubMed
100. Woerner MG, Manuzza S & Kane JM. Anchoring the BPRS: an aid to improved reliability. *Psych*, 1988.
101. Gorenstein C, Andrade LHSG, Zuardi AW. *Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia*. São Paulo; Lemos; 2000. 438p.
102. Andrade, Alexandre. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos', *Rev Saúde Pública*, 2007; 41: 606-15.
103. Pasquali, Luiz. Parâmetros psicométricos dos testes psicológicos, *Técnicas de Exame Psicológico–TEP*, 1, 2001.
104. Cronbach LJ. *Coefficient alpha and the internal structure of tests*. *Psychometrika*, 1951; 16, 297-334.

105. Barbero, MI. *Psicometria (teoria, forma e problemas resolvidos)*. Madri: Sanz e Torres, 2010.
106. Martínez MA, Hernández MJ, Hernández MV. *Psicometria* Madri: Aliança, 2014.
107. Santisteban C. *Princípios da psicometria Madri: síntese*, 2009.
108. Pestana MH, Gageiro, JN. *Análise de Dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS*, 5ª edição revista e corrigida, 2008.
109. Bagozzi RP, Yi Y, Phillips LW. Assessing Construct Validity in Organizational Research. *Administrative Science Quarterly*, v. 36, n. 3, p. 421-458, Sep. 1991.
110. Sánchez M, Sarabia F J. Validez y fiabilidad de escalas. In Sarabia FJ. (Coordenador) *Metodologia para la investigación em marketing y direccion de empresas*, Madrid, Editorial Pirámide, 1999.
111. Pasquali L. *Psicometria: Teoria dos testes na psicologia e na educação*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Ed.Vozes, 2003.
112. Scanavino MD, Ventuneac A, Abdo CH, Tavares H, Amaral ML, Messina B, Reis SC, Martins JP, Parsons JT. Sexual compulsivity, anxiety, depression, and sexual risk behavior among treatment-seeking men in São Paulo, Brazil. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2018 Jun 11;40:424-31.
113. Miranda FAN. *Doente Mental: sexualidade negada?* [Dissertação (Mestrado)] - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1996.
114. Rein DB, Anderson LA, Irwin KLD. Mental health disorders and sexually transmitted diseases in a privately insured population. *Am J Manag Care*, v. 10, n. 12, p. 917-924, 2004.
115. Taipale V. *Mental health and quality of mental health care*. *Med Law*, v. 20, n. 4, p. 531-542, 2001.
116. Rydon, SE. The attitudes, knowledge and skills needed in mental health nurses: the perspective of users of mental health services. *Int J Ment Health Nurs*, v. 14, n. 2, p. 78-87, 2005.
117. Grella, CE. et al. Influence of gender, sexual orientation, and need on treatment utilization for substance use and mental disorders: findings from the California Quality of Life Survey. *BMC Psychiatry*, v. 9, n. 52, p. 123-129, 2009.
118. Quinn C, Browne G. Sexuality of people living with a mental illness: a collaborative challenge for mental health nurses. *Int J Ment Health Nurs*, v. 18, n. 3, p.195-203, 2009.
119. Souza MCMR. Representações de profissionais da saúde mental sobre sexualidade de pessoas com transtornos mentais. Universidade Federal de Minas Gerais do curso de Doutorado em Enfermagem, Belo Horizonte, 2014.

120. Costa R, Machado S, Cordás T. Imagem corporal e comportamento sexual de mulheres obesas com e sem transtorno de compulsão alimentar periódica. *Revista de Psicologia Clínica*, 2010; 37 (1), 27-31.
121. Lin HC, Lin YC. The study of body image, self-esteem and sexual satisfaction of college students in southern Taiwan. *Universal Journal of Educational Research*, 2018; 6(4), 647- 652.
122. Ghezselflo M, Younes SJ, Amani R. Comparison of body image and self esteem among married individuals with sexual dissatisfaction and normal married individuals in tehran. *Procedia- Social and Behavioral Sciences*, 2013; 84, 538-541.
123. Thomas HN, Hamm M, Borrero S, Hess R, Thurston RC. Body image, attractiveness, and sexual satisfaction among midlife women: a qualitative study. *Journal of Women's Health*, 2018; 0(0), 1-7.
124. Oliveira SB. Loucos por sexo: um estudo sobre as vulnerabilidades dos usuários dos serviços de saúde mental. Dissertação. Rio de Janeiro (RJ): *Instituto de Psiquiatria da UFRJ*; 1998.
125. Guimarães MDC, et al. Projeto Pessoas: metodologia dos componentes quantitativo e qualitativo. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Prevenção e atenção às IST/AIDS na saúde mental no Brasil: análises, desafios e perspectivas. Brasília, 2008. cap. 4, p.33-50.
126. Guimarães MDC, Campos LN, Melo APS, Carmo RA, Machado CJ, Acúrcio FA. Prevalence of HIV, syphilis, hepatitis B and C among adults with mental illness: a multicenter study in Brazil. *Rev. Bras. Psiquiatr.* São Paulo, 2009; v.31, n.1, p.43-47.
127. Pence BW. The impact of mental health and traumatic life experiences on antiretroviral treatment outcomes for people living with HIV/AIDS. *J Antimicrob Chemother*, 2009; v. 63, n. 4, p. 636-640.
128. Barbosa JGA, Freitas MIF. Roteiros sexuais e saúde sexual: narrativas de homens com transtornos. *Revista de Enfermagem do centro-oeste Mineiro*, 2011; v.1, n.3, p.355-67.
129. Barbosa JAG, Giami A, Guimarães MDC, Freitas MIF. Gender and sexuality of persons with mental disorders in Brazil. *Revista Médica de Minas Gerais*, 2013; v. 23, p. 455-461.
130. Paiva V. A psicologia redescobrirá a sexualidade? *Psicologia em Estudo*, 2018; 31(14), 641-651.
131. Nascimento LA, Leão A. *Estigma social e estigma internalizado: a voz das pessoas com transtorno mental e os enfrentamentos necessários*. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, 2019; v.26, n.1, jan.-mar. p.103-121.

132. Soares RG, et al. Validação da versão brasileira da escala Ismi adaptada para dependentes de substâncias. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 2015; v.31, n.2, p.229-238, 2015.
133. São João RMV. Estigma na doença mental: estudo observacional e piloto em Portugal. *Revista da UIIPS – Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 2017; Vol. 5, N.º 2, pp. 171-185.
134. Fialko L, Garety PA, Kuipers E, Dunn G, Bebbington PE, Fowler D, Freeman D. A large-scale validation study of the Medication Adherence Rating Scale (MARS). *Schizophr Res*. 2008; 100:53–59.
135. Matos NT, Alves ALA. Treino funcional para ocupações e organização da rotina. Manole, 2021.
136. Menezes PR. Prognóstico da esquizofrenia. *Rev Bras Psiquiatria* 2000; 22(2):18-20.
137. Giacom B, Galera S. Ajustamento familiar após o surgimento da esquizofrenia. *Rev. bras. enferm.* 2013; 66(3):321-26.
138. Salvador-Carrulla L, Rodríguez-Blásquez C, Salas D, Magallanes T. Sexualidad y enfermedad mental crónica. In J. R. Amor (Ed.) *Sexualidad y personas con discapacidad psíquica* (pp.361-378). Madrid: FEAPS, 2000.
139. Santos TCF. Sexualidade e esquizofrenia. [mestrado] *Psicologia da Saúde. Faculdade de psicologia e ciências da educação, Universidade do Porto*, 2010 .
140. Melo, APS. Uso de drogas ilícitas entre portadores de transtorno mental no Brasil: um estudo multicêntrico nacional. [mestrado]. *Programa de PósGraduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas*, 2015.
141. Philips P, Johnson S. How does drug and alcohol misuse develop among people with psychotic illness? A literature review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2001; 36(6):269-76.

QUESTIONÁRIO DO ESTIGMA SEXUAL DA DOENÇA MENTAL - MISS-Q

NOME DO ENTREVISTADOR: _____

QUESTIONÁRIO DO ESTIGMA SEXUAL DA DOENÇA MENTAL (MISS - Q)

Esta avaliação tem como objetivos compreender como os "estigmas" sobre a pessoa com transtorno mental afetam a sua vida romântica e/ ou sexual e como podem influenciar nas oportunidades e frequências de envolvimento afetivos e a contribuírem com os comportamentos de riscos.

Nesta seção, vou pedir a você para me dizer, como você percebe que a EQUIPE DE SAÚDE, do seu local de tratamento de saúde mental, aborda as questões sobre TRANSTORNO MENTAL e SEXUALIDADE, com os (as) usuários (as) deste serviço.

Por favor, me responda, as perguntas abaixo, de acordo, com as seguintes alternativas: nunca; raramente; às vezes; e frequentemente.

1. Os profissionais de saúde mental do seu local de tratamento deixam os (as) usuários (as) a vontade para conversarem sobre sexo/ sexualidade?

0. nunca
 1. raramente
 2. às vezes
 3. frequentemente

2. Os profissionais de saúde mental do seu local de tratamento conversam com os (as) usuários (as) sobre como a medicação psiquiátrica pode interferir no funcionamento sexual?

0. nunca
 1. raramente
 2. às vezes
 3. frequentemente

3. Os profissionais de saúde mental do seu local de tratamento DÃO APOIO quando os (as) usuários (as) mostram interesse em ter um relacionamento romântico e/ ou sexual?

0. nunca
 1. raramente
 2. às vezes
 3. frequentemente

4. Os profissionais de saúde mental desse seu local de tratamento NÃO DÃO APOIO quando os (as) usuários (as) conversam sobre questões sexuais?

0. nunca
 1. raramente
 2. às vezes
 3. frequentemente

Nesta parte, vou pedir para você me dizer o que você acha que A MAIORIA DAS PESSOAS PENSA SOBRE TRANSTORNO MENTAL E SEXUALIDADE.

Por favor, me responda, de acordo com as seguintes alternativas: nunca; raramente; às vezes; e frequentemente.

5. Muitas pessoas não mostram interesse em ter um relacionamento romântico e/ ou sexual com uma pessoa que tem um transtorno mental?

0. nunca
 1. raramente
 2. às vezes
 3. frequentemente

6. Muitas pessoas acham que uma pessoa com transtorno mental não consegue ser um bom parceiro ou boa parceira para alguém que não tem a doença?

0. nunca
 1. raramente
 2. às vezes
 3. frequentemente

7. Muitas pessoas quando descobrem que alguém é usuário (a) de serviço de saúde mental não acham essa pessoa desejável sexualmente?

0. nunca
 1. raramente
 2. às vezes
 3. frequentemente

8. Muitas pessoas acham que os (as) usuários (as) de serviços de saúde mental não devem ter relacionamentos românticos e nem sexuais?

0. nunca
 1. raramente
 2. às vezes
 3. frequentemente

Nesta seção, vou perguntar a você O QUE VOCÊ PENSA SOBRE TRANSTORNO MENTAL e SEXUALIDADE. Eu quero saber as suas percepções sobre o outro em relação aos interesses pessoais sobre você e se você percebe diferenças nas formas e oportunidades de se relacionar com outras pessoas quando se tem ou não um transtorno mental. Por favor, me responda, de acordo com as seguintes alternativas: nunca; raramente; às vezes; e frequentemente.

09. Você se percebe atraindo o interesse de outras pessoas sobre você para possíveis relacionamentos românticos e/ ou sexuais?

0. nunca
 1. raramente
 2. às vezes
 3. frequentemente

10. Em relação a sua vida romântica e/ ou sexual, quero saber se é você quem escolhe seus parceiros ou suas parceiras?

0. nunca
 1. raramente
 2. às vezes
 3. frequentemente

11. Ainda sobre a sua vida romântica e/ ou sexual, quero saber se é você quem decide o quer fazer ou não durante um relacionamento?

0. nunca
 1. raramente
 2. às vezes
 3. frequentemente

12. Sobre contar ou não contar a outras pessoas próximas que você tem um transtorno mental: Você acha que ter um transtorno mental é motivo para manter segredo?

0. nunca
 1. raramente
 2. às vezes
 3. frequentemente

13. Sua resposta à questão anterior, sobre manter segredo que você tem um transtorno mental, também se aplica às pessoas mais distantes ou desconhecidas?

0. nunca
 1. raramente
 2. às vezes
 3. frequentemente

14. Você acredita que ter um transtorno mental prejudique as suas oportunidades românticas e/ ou sexuais com outras pessoas?

0. nunca
 1. raramente
 2. às vezes
 3. frequentemente

15. Você acredita que há diferenças nas oportunidades de relacionamentos românticos e/ ou sexuais entre pessoas com e sem transtornos mentais?

0. nunca
 1. raramente
 2. às vezes
 3. frequentemente

16. Por vezes, ao se sentirem sozinhas ou sem muitas oportunidades sexuais, as pessoas com transtornos mentais, acabam se tornando mais frágeis e menos criteriosas nos seus relacionamentos românticos e/ ou sexuais. Diante deste hipótese, quero saber se isso já aconteceu com você?

0. nunca
 1. raramente
 2. às vezes
 3. frequentemente

17. Você já se submeteu ou se sujeitou às vontades de outras pessoas para ser aceito (a) na vida sexual e ter uma vida sexual mais frequente?

0. nunca
 1. raramente
 2. às vezes
 3. frequentemente

18. Em relação aos seus cuidados de saúde e do corpo durante as suas experiências românticas e/ ou sexuais, quero saber, se você presta atenção quanto ao uso ou não de preservativos?

0. nunca
 1. raramente
 2. às vezes
 3. frequentemente

19. Em relação, agora, aos seus cuidados de saúde e das suas emoções, quero saber, se você se importa em ter satisfação ou prazer durante as suas experiências românticas e/ ou sexuais?

0. nunca
 1. raramente
 2. às vezes
 3. frequentemente

20. Você se percebe tendo recompensas ou ganhos emocionais durante as suas relações românticas e/ ou sexuais?

0. nunca
 1. raramente
 2. às vezes
 3. frequentemente

21. Visando à sua saúde de um modo geral (emocional, física e mental), você se percebe durante as suas experiências românticas e/ ou sexuais, lidando de maneira segura?

0. nunca
 1. raramente
 2. às vezes
 3. frequentemente

22. Você evita se aproximar de alguém por quem está interessado (a) em ter um relacionamento romântico e/ ou sexual, se você acha que ele/ ela tem preconceitos contra usuários (as) de serviços de saúde mental?

0. nunca
 1. raramente
 2. às vezes
 3. frequentemente

23. Você consegue se proteger diante de pessoas que queiram fazer algum mal a você por saberem que você tem algum transtorno mental?

0. nunca
 1. raramente
 2. às vezes
 3. frequentemente

Agora vou pedir que você pense na sua FAMÍLIA e na EQUIPE DE PROFISSIONAIS do seu local de tratamento de saúde mental.

Por favor, me responda, as seguintes perguntas da melhor maneira que você puder, de acordo com as alternativas: nunca; raramente; às vezes; e frequentemente.

24. Com que frequência alguém da SUA FAMÍLIA já falou para você, que por você ser um (a) usuário (a) de serviço de saúde mental, você não deve fazer sexo?

0. nunca
 1. raramente
 2. às vezes
 3. frequentemente

25. E com que frequência algum PROFISSIONAL DE SAÚDE MENTAL já disse isso a você?

0. nunca
 1. raramente
 2. às vezes
 3. frequentemente

26. Com que frequência alguém da SUA FAMÍLIA já falou para você, que por você ser um (a) usuário (a) de serviço de saúde mental, você não deve ter relacionamento romântico e/ ou sexual com outros (as) usuários (as) e/ ou pessoas com transtornos mentais?

0. nunca
 1. raramente
 2. às vezes
 3. frequentemente

27. E com que frequência algum PROFISSIONAL DE SAÚDE MENTAL já disse isso a você?

0. nunca
 1. raramente
 2. às vezes
 3. frequentemente

28. Com que frequência alguém da SUA FAMÍLIA já falou para você, que por você ser um (a) usuário (a) de serviço de saúde mental, você não deve ter relacionamento romântico e/ ou sexual com pessoas que não tem têm um transtorno mental?

0. nunca
 1. raramente
 2. às vezes
 3. frequentemente

29. E com que frequência algum PROFISSIONAL DE SAÚDE MENTAL já disse isso a você?

0. nunca
 1. raramente
 2. às vezes
 3. frequentemente

Nesta parte, quero entender as SUAS EXPERIÊNCIAS PESSOAIS sobre determinadas coisas na sua vida. Por favor, me responda as seguintes perguntas da melhor maneira que você puder, de acordo com as alternativas: nunca; raramente; às vezes; e frequentemente.

30. Com que frequência alguém já falou mal ou zoou de você porque você é usuário (a) de serviço mental?

0. nunca
 1. raramente
 2. às vezes
 3. frequentemente

31. Com que frequência alguém já chamou você de maluco (a), pirado (a) ou doido (a), como ofensa?

0. nunca
 1. raramente
 2. às vezes
 3. frequentemente

32. Com que frequência alguém já ignorou você ou não levou a sério o que você tinha para falar porque você tem um transtorno mental?

0. nunca
 1. raramente
 2. às vezes
 3. frequentemente

33. Com que frequência você já foi tratado (a) de maneira diferente pelos outros depois que eles/ elas souberam que você tem um transtorno mental?

0. nunca
 1. raramente
 2. às vezes
 3. frequentemente

34. Com que frequência você já passou por situações em que as pessoas tentaram tirar vantagens de você porque eles/ elas sabem que você tem um transtorno mental?

0. nunca
 1. raramente
 2. às vezes
 3. frequentemente

Nas próximas perguntas, quero que você me diga, o QUÃO BOM ou o quanto você SE DÁ BEM nessas questões de relacionamento, conforme cada situação. Por favor, me responda, de acordo com as alternativas: ruim; mais ou menos/ ou razoável; bom; e ótimo.

35. O quão bom é ter um relacionamento romântico e/ ou sexual com alguém por quem você se sente atraído (a) ou interessado (a) em conhecer melhor?

0. ruim
 1. mais ou menos/ ou razoável
 2. bom
 3. ótimo

36. O quão bom é ser atraente para a pessoa com quem você está se relacionando?

0. ruim
 1. mais ou menos/ ou razoável
 2. bom
 3. ótimo

37. O quão bom você é para conseguir negociar com o seu parceiro ou a sua parceira a realização de suas necessidades sexuais?

- 0. ruim
- 1. mais ou menos/ ou razoável
- 2. bom
- 3. ótimo

38. O quão bom você é para conseguir ajudar o seu parceiro ou a sua parceira a realizar as necessidades sexuais dele (a)?

- 0. ruim
- 1. mais ou menos/ ou razoável
- 2. bom
- 3. ótimo

INVENTÁRIO DA VIDA DE RELACIONAMENTOS FAMILIARES, AFETIVOS E SEXUAIS

NOME DO ENTREVISTADOR: _____

INVENTÁRIO DA VIDA DE RELACIONAMENTOS FAMILIARES, AFETIVOS E SEXUAIS

1. Quem é a pessoa com quem mais conversa atualmente?
- a. pai;
 - b. mãe;
 - c. irmão;
 - d. outros familiares;
 - e. parceiro;
 - f. amigos;
 - g. colegas do CRHD/IPq;
 - h. profissionais de saúde do CRHD/IPq;
 - i. outros profissionais do CRHD/IPq
 - j. outros _____

3. Frequência de encontros com esta primeira pessoa, com quem você mais conversa:
- 0. nunca
 - 1. quase nunca
 - 2. pouco
 - 3. nem muito e nem pouco
 - 4. muito
 - 5. quase sempre
 - 6. sempre

4. Atividades conjuntas com esta primeira pessoa, com quem você mais conversa:
- 0. nunca
 - 1. quase nunca
 - 2. pouco
 - 3. nem muito e nem pouco
 - 4. muito
 - 5. quase sempre
 - 6. sempre

1. Quem é a segunda pessoa com quem mais conversa atualmente?
- a. pai;
 - b. mãe;
 - c. irmão;
 - d. outros familiares;
 - e. parceiro;
 - f. amigos;
 - g. colegas do CRHD/IPq;
 - h. profissionais de saúde do CRHD/IPq;
 - i. outros profissionais do CRHD/IPq
 - j. outros _____

5. Frequência de encontros com esta segunda pessoa, com quem você mais conversa:
- 0. nunca
 - 1. quase nunca
 - 2. pouco
 - 3. nem muito e nem pouco
 - 4. muito
 - 5. quase sempre
 - 6. sempre

6. Atividades conjuntas com esta segunda pessoa, com quem você mais conversa:

- 0. nunca
- 1. quase nunca
- 2. pouco
- 3. nem muito e nem pouco
- 4. muito
- 5. quase sempre
- 6. sempre

1. Quem é a terceira pessoa com quem mais conversa atualmente?

- a. pai;
- b. mãe;
- c. irmão;
- d. outros familiares;
- e. parceiro;
- f. amigos;
- g. colegas do CRHD/IPq;
- h. profissionais de saúde do CRHD/IPq;
- i. outros profissionais do CRHD/IPq
- j. outros _____

7. Frequência de encontros com esta terceira pessoa, com quem você mais conversa:

- 0. nunca
- 1. quase nunca
- 2. pouco
- 3. nem muito e nem pouco
- 4. muito
- 5. quase sempre
- 6. sempre

8. Atividades conjuntas com esta terceira pessoa, com quem você mais conversa:

- 0. nunca
- 1. quase nunca
- 2. pouco
- 3. nem muito e nem pouco
- 4. muito
- 5. quase sempre
- 6. sempre

Como era o seu relacionamento com o seu pai e a sua mãe, na **INFÂNCIA**, conforme escala:

Na sua **INFÂNCIA**, como era a sua relação com o seu pai:

- 0. nada
- 1. quase nada
- 2. pouco
- 3. nem muito e nem pouco
- 4. muito

9. Como você define o grau de proximidade com o seu pai, na **INFÂNCIA**:

- 0. muito negativo
- 1. negativo
- 2. nem negativo e nem positivo
- 3. positivo
- 4. muito positivo

10. Como você define a qualidade do seu relacionamento com o seu pai, na **INFÂNCIA**:

- 0. muito negativo
- 1. negativo
- 2. nem negativo e nem positivo
- 3. positivo
- 4. muito positivo

Na sua **INFÂNCIA**, como era a sua relação a sua mãe:

- 0. nada
- 1. quase nada
- 2. pouco
- 3. nem muito e nem pouco
- 4. muito

11. Como você define o grau de proximidade com a sua mãe, na **INFÂNCIA**:

- 0. muito negativo
- 1. negativo
- 2. nem negativo e nem positivo
- 3. positivo
- 4. muito positivo

12. Como você define a qualidade do seu relacionamento com a sua mãe, na **INFÂNCIA**:

- 0. muito negativo
- 1. negativo
- 2. nem negativo e nem positivo
- 3. positivo
- 4. muito positivo

13. Como você se sentia em relação ao seu pai, na INFÂNCIA? (pode ser assinalada mais de uma alternativa).

- a. amado
- b. cuidado
- c. acolhido
- d. confortável
- e. indiferente
- f. pressionado
- g. desconfortável
- h. abandonado
- i. odiado
- j. amedrontado
- k. ausente

14. Como você se sentia com relação a sua mãe, na INFÂNCIA (pode ser assinalada mais de uma alternativa).

- a. amado
- b. cuidado
- c. acolhido
- d. confortável
- e. indiferente
- f. pressionado
- g. desconfortável
- h. abandonado
- i. odiado
- j. amedrontado
- k. ausente

Ainda sobre os seus pais, como é a sua relação com o seu pai e a sua mãe, ATUALMENTE:

Nos dias de hoje, como é a sua relação com o seu pai:

- 0. nada
- 1. quase nada
- 2. pouco
- 3. nem muito e nem pouco
- 4. muito

15. Como você define o grau de proximidade com o seu pai, na ATUALIDADE:

16. Como você define a qualidade do seu relacionamento com o seu pai, na ATUALIDADE:

- 0. muito negativo
- 1. negativo
- 2. nem negativo e nem positivo
- 3. positivo
- 4. muito positivo

Nos dias de hoje, como é a sua relação com a sua mãe:

- 0. nada
- 1. quase nada
- 2. pouco
- 3. nem muito e nem pouco
- 4. muito

17. Como você define o grau de proximidade com a sua mãe, na ATUALIDADE:

18. Como você define a qualidade do seu relacionamento com a sua mãe, na ATUALIDADE:

- 0. muito negativo
- 1. negativo
- 2. nem negativo e nem positivo
- 3. positivo
- 4. muito positivo

Você tem irmãos e irmãs? Se sim, como era a sua relação com eles, na INFÂNCIA, conforme escala:

*Caso não tenha irmãos/ irmãs, por favor, seguir para a questão 31.

Na sua INFÂNCIA, como era a sua relação com o seu/ a sua irmão/ irmã, conforme idade (do mais velho para o mais novo) (1ª) _____,

- 0. nada
- 1. quase nada
- 2. pouco
- 3. nem muito e nem pouco
- 4. muito

19. Como você define o grau de proximidade com a sua/ o seu irmã/ irmão, na INFÂNCIA:

20. Como você define a qualidade do seu relacionamento com o seu/ a sua irmão/ irmã (1ª), na INFÂNCIA:

- 0. muito negativo
- 1. negativo
- 2. nem negativo e nem positivo
- 3. positivo
- 4. muito positivo

Na sua INFÂNCIA, como era a sua relação com o seu/ a sua irmão/ irmã (2ª) _____,

- 0. nada
- 1. quase nada
- 2. pouco
- 3. nem muito e nem pouco
- 4. muito

21. Como você define o grau de proximidade com a sua/ o seu irmã/ irmão, na INFÂNCIA:

22. Como você define a qualidade do seu relacionamento com o seu/ a sua irmão/ irmã (2ª), na INFÂNCIA:

- 0. muito negativo
- 1. negativo
- 2. nem negativo e nem positivo
- 3. positivo
- 4. muito positivo

Na sua INFÂNCIA, como era a sua relação com o seu/ a sua irmão/ irmã (3ª) _____,

- 0. nada
- 1. quase nada
- 2. pouco
- 3. nem muito e nem pouco
- 4. muito

23. Como você define o grau de proximidade com a sua/ o seu irmão ou irmã, na INFÂNCIA:

24. Como você define a qualidade do seu relacionamento com o seu/ a sua irmão/ irmã (3ª), na INFÂNCIA:

- 0. muito negativo
- 1. negativo
- 2. nem negativo e nem positivo
- 3. positivo
- 4. muito positivo

Ainda sobre os seus/ as suas irmãos/ ou irmãs, como é a sua relação com eles, ATUALMENTE:

Nos dias de hoje, como é a sua relação com o seu/ a sua irmão/ irmã, conforme idade (do mais velho para o mais novo) (1ª) _____,

- 0. nada
- 1. quase nada
- 2. pouco
- 3. nem muito e nem pouco
- 4. muito

25. Como você define o grau de proximidade com o seu/ a sua irmão ou irmã, na ATUALIDADE:

26. Como você define a qualidade do seu relacionamento com o seu/ a sua irmão/ irmã, na ATUALIDADE (1ª):

- 0. muito negativo
- 1. negativo
- 2. nem negativo e nem positivo
- 3. positivo
- 4. muito positivo

-
- Nos dias de hoje, como é a sua relação com o seu/ a sua irmão/ irmã (2ª) _____
27. Como você define o grau de proximidade com o seu/ a sua irmão ou irmã, na ATUALIDADE:
- 0. nada
 - 1. quase nada
 - 2. pouco
 - 3. nem muito e nem pouco
 - 4. muito
-
28. Como você define a qualidade do seu relacionamento com o seu/ a sua irmão/ irmã, na ATUALIDADE (2ª):
- 0. muito negativo
 - 1. negativo
 - 2. nem negativo e nem positivo
 - 3. positivo
 - 4. muito positivo
-
- Nos dias de hoje, como é a sua relação com o seu/ a sua irmão/ irmã (3ª) _____
29. Como você define o grau de proximidade com o seu/ a sua irmão ou irmã, na ATUALIDADE:
- 0. nada
 - 1. quase nada
 - 2. pouco
 - 3. nem muito e nem pouco
 - 4. muito
-
30. Como você define a qualidade do seu relacionamento com o seu/ a sua irmão/ irmã, na ATUALIDADE (3ª):
- 0. muito negativo
 - 1. negativo
 - 2. nem negativo e nem positivo
 - 3. positivo
 - 4. muito positivo
-
31. Você já teve alguma experiência ou relacionamento afetivo? Já namorou?
- 0. sim
 - 1. não
-
32. Se já namorou, quanto tempo durou?
- 0. até 1 mês
 - 1. 1 a 3 meses
 - 2. 3 a 8 meses
 - 3. 8 a 12 meses
 - 4. mais de 12 meses
-
33. Com que frequência se encontravam?
- 0. até 3 vezes na semana
 - 1. mais de 3 vezes na semana
-
34. Quais os ambientes frequentados?
- 0. casa dos pais
 - 1. praças/ parques
 - 2. cinema
 - 3. ambiente protegido (ficavam sozinhos em quatro paredes)
-
35. Qual o grau de intimidade?
- 0. beijos
 - 1. abraços
 - 2. toques em partes íntimas do corpo
 - 3. relação sexual
-
36. Você já teve alguma experiência ou relacionamento afetivo (namoro, casamento) mal sucedido?
- 0. sim
 - 1. não
-
37. Se sim (para a questão anterior),
- 0. ele (a) não me quis
 - 1. ele (a) me largou depois de ___ meses de relacionamento
 - 2. eu o (a) larguei depois de ___ meses de relacionamento

-
38. Se sim, ficaram traumas?
- 0. nunca esqueci
 - 1. nunca me recuperei
 - 2. é página virada/ não faz mais sentido
 - 3. não consegui me relacionar de novo
 - 4. consegui encontrar novo (a) (s) parceiro (a) (s)
-
39. Você tem parceiro (a) atualmente?
- 0. sim
 - 1. não
-
40. Se sim (tem um parceiro ou uma parceira), com que frequência se encontram?
- 0. até três vezes na semana
 - 1. mais de três vezes na semana
-
41. Quais os ambientes frequentados?
- 0. casa dos pais
 - 1. praças/ parques
 - 2. cinema
 - 3. ambiente protegido (ficavam sozinhos em quatro paredes)
-
42. Qual o grau de intimidade?
- 0. beijos
 - 1. abraços
 - 2. toques em partes do corpo cobertas
 - 3. relação sexual
-
43. Você já teve experiência sexual?
- 0. sim
 - 1. não
-
44. Se sim (já teve experiência sexual), com quantos anos você teve a sua primeira vez? _____ anos
-
45. Com quem foi (sua primeira experiência sexual)?
- 0. com profissional do sexo
 - 1. com amigo (a)
 - 2. com namorado (a)
 - 3. com outros _____
-
46. Como foi a sua primeira vez (experiência sexual)?
- 0. ocorreu tudo bem
 - 1. não consegui
 - 2. não consegui me excitar (ereção/ lubrificação)
 - 3. não consegui alcançar o orgasmo
 - 4. não consegui controlar a ejaculação
-
47. Você já apresentou alguma dificuldade sexual? (leia a próxima questão caso necesite de auxílio para respondê-la)
- 0. sim
 - 1. não
-
48. Se sim (teve dificuldades sexuais), qual?
- 0. não obtive ou não mantive ereção
 - 1. dificuldade em controlar a ejaculação (para mais ou menos).
 - 2. falta de desejo sexual
 - 3. dificuldade em se excitar (entrar no clima, esquentar, obter lubrificação, ou ficar com o pênis ereto)
 - 4. dificuldade em alcançar o orgasmo. Demora para ejacular.
-
49. Você se masturba?
- 0. sim
 - 1. não

50. Se sim (se masturba), com que frequência?

- 0. mais que 1 vez ao dia
- 1. 1 vez ao dia
- 2. três vezes na semana
- 3. uma ou duas vezes no mês

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE ADESÃO À MEDICAÇÃO - MARS

NOME DO ENTREVISTADOR: _____

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE ADESÃO À MEDICAÇÃO

Eu vou fazer algumas perguntas sobre como você toma seus remédios psiquiátricos e o que você pensa sobre eles.

Por favor, responda sinceramente cada pergunta.

- | | |
|---|--|
| 1. Você, às vezes, se esquece de tomar seus remédios? | <input type="radio"/> 0. sim
<input type="radio"/> 1. não |
| 2. Às vezes, você se descuida de tomar seus remédios? | <input type="radio"/> 0. sim
<input type="radio"/> 1. não |
| 3. Quando você se sente melhor, você, às vezes, para de tomar seus remédios? | <input type="radio"/> 0. sim
<input type="radio"/> 1. não |
| 4. Às vezes, se você sente pior quando toma seus remédios, você para de tomá-los? | <input type="radio"/> 0. sim
<input type="radio"/> 1. não |
| 5. Você toma seus remédios só quando está passando mal? | <input type="radio"/> 0. sim
<input type="radio"/> 1. não |
| 6. Você acha estranho a pessoa ser controlada por remédios? | <input type="radio"/> 0. sim
<input type="radio"/> 1. não |
| 7. Seus pensamentos ficam mais claros quando você está tomando remédios? | <input type="radio"/> 0. sim
<input type="radio"/> 1. não |
| 8. Você acha que, tomando seus remédios, você evita ficar doente? | <input type="radio"/> 0. sim
<input type="radio"/> 1. não |
| 9. Você se sente esquisito(a) quando está tomando seus remédios? | <input type="radio"/> 0. sim
<input type="radio"/> 1. não |
| 10. Os remédios fazem você se sentir cansado(a) ou lento(a)? | <input type="radio"/> 0. sim
<input type="radio"/> 1. não |