



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

ISABEL SOFIA DAS NEVES DOMINGUES

ESQUIZOFRENIA

ABORDAGEM FAMILIAR

ARTIGO DE REVISÃO NARRATIVA

ÁREA CIENTÍFICA DE PSIQUIATRIA

Trabalho realizado sob a orientação de:

Professor Doutor Nuno Madeira

Doutor Tiago Santos

Abril/2023

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Esquizofrenia – Abordagem Familiar

ISABEL SOFIA DAS NEVES DOMINGUES¹

PROFESSOR DOUTOR NUNO GONÇALO GOMES FERNANDES MADEIRA^{1,2,3}

DOUTOR TIAGO AZEVEDO SALVADOR DOS SANTOS³

¹ Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

² Instituto de Psicologia Médica

³ Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal

Morada Institucional:

Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Polo III

Azinhaga de Santa Comba, Celas

3000-548, Coimbra

Contactos email:

sofianevesdomingues@hotmail.com

nunogmadeira@gmail.com

tiagoazevsantos@gmail.com

Coimbra, Abril 2023

ABREVIATURAS

CC - Comentários críticos

CSP- Cuidados de Saúde Primários

DDM – Diagnóstico de doença mental

EE - Emoção expressa

EUA- Estados Unidos da América

IF – Intervenções familiares

IGM – Intervenções de grupo multifamiliares

NICE - *National Institute for Health and Care Excellence*

PE - Psicoeducação

PEF - Psicoeducação familiar

PEP - Primeiro episódio psicótico

PPNT - Período de psicose não tratada

QV- Qualidade de vida

SCF- Sobrecarga familiar

SEE - Sobreenvolvimento emocional

SP- Superproteção familiar

WHO - *World Health Organization*

ÍNDICE

ABREVIATURAS	3
RESUMO	5
ABSTRACT	6
INTRODUÇÃO.....	7
MATERIAIS E MÉTODOS	10
SURGIMENTO DA DOENÇA MENTAL E ALTERAÇÃO DO SEIO FAMILIAR.....	11
Perceção de mudança	12
Diagnóstico de esquizofrenia e início de intervenção terapêutica.....	12
Processo de seguir em frente.....	15
ESQUIZOFRENIA, EFEITO NAS FAMÍLIAS.....	17
Experiência positiva da esquizofrenia.....	18
Desenvolvimento de traços de personalidade positivos	19
Mobilidade social.....	20
Comportamentos mal adaptativos pelas famílias	21
Isolamento social	23
Sobrecarga familiar (SCF).....	23
Emoção Expressa (EE).....	26
Comentários Críticos (CC)	27
INTERVENÇÃO FAMILIAR.....	29
INTERVENÇÕES FAMILIARES- RECAÍDA E INTERNAMENTOS.....	36
ESQUIZOFRENIA NA FAMÍLIA E CONTEXTOS CULTURAIS.....	37
INTERVENÇÕES FAMILIARES EM PORTUGAL.....	39
CONCLUSÃO	40
AGRADECIMENTOS.....	43
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44

RESUMO

A esquizofrenia é uma doença mental grave que se traduz em alterações do pensamento e comportamento, gerando impacto no funcionamento do indivíduo. Estas alterações destabilizam o agregado familiar no qual o doente está inserido, daí a necessidade de estudos não só no modo como a doença afeta o doente, mas também toda a família.

Os objetivos deste artigo prendem-se com a análise do seio familiar perante a nova realidade e a adaptação ao diagnóstico de esquizofrenia e o modo como a abordagem familiar através de intervenções específicas, em associação com a medicação antipsicótica, consegue modelar o curso da doença.

Serão aprofundados os efeitos na família do diagnóstico de doença mental de esquizofrenia. Serão abordados os comportamentos mal-adaptativos dos cuidadores, os níveis emocionais elevados presentes na atmosfera familiar e a sobrecarga, assim como a influência positiva da doença nos cuidadores.

As taxas de recaídas de doentes com esquizofrenia apenas com medicação reconhecem a necessidade de auxílio com outras ferramentas, nomeadamente através da intervenção familiar. A psicoeducação com um papel ativo no tratamento da doença pretende auxiliar e orientar a família ao longo de todo o percurso com vista a melhorias do funcionamento do indivíduo na família e sociedade. Saberemos indicar os modelos com melhores *outcomes* e quais os parâmetros de maior relevo para melhor prognóstico da esquizofrenia.

Nesse sentido é necessário sensibilidade e reconhecimento de que cada família é única e que cada contexto cultural interfere na perceção de doença e conseqüente na relação com ela ao longo do trajeto de tratamento. Daí a relevância da necessidade de uma aplicação de abordagens estruturadas e adaptadas.

PALAVRAS-CHAVE: Esquizofrenia, Psicose, Abordagem Familiar, Psicoeducação Familiar, Intervenção Familiar

ABSTRACT

Schizophrenia is a serious mental illness that translates into changes in patient's thoughts and behavior. This impacts on the functioning of the individual and with that the entire household in which the patient is inserted. More studies are needed to know how the disease affects, not only the patient, but also the whole family.

In this article we aim to analyze the family and how they face the new reality, how they adapt to the new diagnosis as well as the best family's approach in an association program of antipsychotic medication with family interventions.

We will analyze the effects of the diagnosis of schizophrenia on the family. Those effects include maladaptive behaviors, high emotional levels and family burden. The positive influence of the disease on caregivers will be described, as well.

Relapse rates of schizophrenia patients, with medication only, recognize the need for further approaches, including family intervention. Psychoeducation, with an active role in the treatment of the disease, aims to assist and guide the family throughout the course of the illness and to improve the functioning of the individual in the family and in the society. It will be indicated the best models outcomes and which are the most important parameters for a better prognosis of schizophrenia.

The sensitivity and recognition that each family is unique and that the cultural context interferes in the perception of schizophrenia is important. That imposes the need for professional mental health to adapt structured approaches to cultures and families.

KEYWORDS: *Schizophrenia, Psychosis, Family Approach, Family Psychoeducation; Family Intervention*

INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é considerada uma doença mental grave, afetando todas as classes sociais, sendo mais frequente no sexo masculino (1). É caracterizada por perturbações a nível da função cerebral que afetam significativamente a linguagem e capacidade de comunicação, pensamento, percepção do mundo, interações envolventes ao indivíduo, afeto e vontade (2). Afeta mais de 21 milhões de pessoas no mundo, contribuindo para diminuição da capacidade escolar e/ou subsistência, com perda da produtividade em geral, exigindo forte investimento pelo sistema de saúde (3,4).

A evolução é frequentemente insidiosa e tem origem maioritariamente no final da adolescência, com sintomas positivos e negativos e acompanhada de défices neurológicos e cognitivos, sendo que muitos doentes se encontram ainda incluídos no agregado familiar aquando da procura de ajuda clínica (3, 5). Os anos subseqüentes ao primeiro episódio psicótico (PEP) são considerados “o período crítico”, envolvendo grande deterioração clínica e sendo de extrema relevância uma abordagem pronta e um plano terapêutico adequado oferecendo esta altura a janela terapêutica ótima de intervenção que se traduzirá a longo prazo no prognóstico e evolução da doença (5).

Embora os antipsicóticos demonstrem redução dos sintomas positivos relativamente aos sintomas negativos, não é descrita na literatura melhoria significativa aquando do tratamento medicamentoso apenas, assim como escassas melhorias a nível das interações sociais, que ficam muito fragilizadas após aparecimento dos sintomas psiquiátricos (3).

É uma doença com particular relevância ao nível de saúde pública, com elevados custos para os familiares e sociedade pelo grau de incapacidade muitas vezes gerado, não só para quem sofre de esquizofrenia como também dos seus cuidadores (6). A esquizofrenia apresenta períodos de surto e remissão com forte impacto na dinâmica familiar, apresentando uma linha temporal longa, sendo um dos grandes problemas de saúde na sociedade moderna atual (4).

Estudos longitudinais demonstram que as emoções negativas geradas nos familiares representam por si só um fator de prognóstico da evolução do ente doente (6). Outros apontam que apenas 5% dos doentes irão ter apenas um surto na vida, sendo que a maioria dos surtos ocorrem durante os primeiros anos após o diagnóstico de doença mental (DDM) (4).

A abordagem familiar é essencial no complexo processo terapêutico, concomitantemente com o tratamento farmacológico para assegurar o sucesso de todas as medidas, reduzir os sintomas psicóticos e evitar uma recaída já que, para além de completarem a farmacologia instituída, as medidas psicossociais desempenham um importante papel no nível funcional, qualidade de vida (QV) e adesão ao tratamento (3). Estima-se que a taxa de doentes que conseguem ter uma vida normal apesar da doença seja de apenas os 20% a 30% (1). Depois do episódio de crise, estima-se que $\frac{1}{4}$ recupere e não volte a sofrer novamente com a doença, outro $\frac{1}{4}$ sofra constantemente com a doença e $\frac{1}{2}$ sofra com a doença de forma recorrente, mas com longos episódios de recuperação dos sintomas positivos (7). Quanto mais cedo instituídas estas medidas, melhor o prognóstico do curso natural e melhores os indicadores de bem-estar de familiares e doentes (8).

Segundo Norman, o apoio familiar contribui, de facto, para diminuição das recaídas e hospitalizações (5). Para além disso, a família apresenta-se na linha da frente na deteção de uma crise psicótica, o que permite ação terapêutica pronta em conformidade e alteração do curso natural da doença e quando observados elevados níveis de hostilidade e criticismo familiar são detetados reduzidos mecanismos de *coping* adaptativos e maior encargo familiar (5).

Quanto à adesão da terapêutica farmacológica, alguns estudos demonstraram um parecer positivo quando implementada psicoeducação enquanto outros revelaram-se inconclusivos (8). De facto, na esquizofrenia, a deterioração funcional e social e os longos períodos sintomáticos e de recuperação conseguem impactar no bem-mental da família que irá sofrer naturalmente de sobrecarga, surgindo necessidade de estudo do modo como esta afeta a prestação de cuidados e conseqüentemente o prognóstico da doença (9).

Os objetivos desta revisão visam demonstrar o impacto que a esquizofrenia tem nas famílias e na vida familiar, assim como o papel da família na progressão da esquizofrenia e quais os melhores métodos de abordagem. Saberemos identificar dentro dos modelos terapêuticos quais os mais eficazes e quais os parâmetros de maior relevo (8).

MATERIAIS E MÉTODOS

Para a escrita deste artigo de revisão foram cuidadosamente selecionados artigos obtidos da PubMed numa pesquisa iniciada em novembro 2022. Estes artigos precedem à data de 2006 tendo sido acrescentados consoante os interesses deste projeto. Foram selecionados artigos de revisão de narrativa em português, inglês e francês numa pesquisa realizada até abril de 2023. Foram utilizados artigos de revisão sistemática e artigos originais que respondessem às questões colocadas inicialmente neste projeto, sendo estas a forma como a estrutura familiar consegue impactar na progressão da doença, e numa linha inversa, de que forma a doença consegue impactar na dinâmica familiar, e os recursos que poderão ser utilizados para bem-estar do doente e familiares.

Na equação da pesquisa foi utilizada a linguagem controlada (MeSh), e como palavras-chave foram solicitadas as seguintes: *Schizophrenia*, *Psychosis*, *Family Approach*, *Family Psychoeducation*; *Family Intervention*.

Para este artigo de revisão narrativa contabilizamos um total de 21 referências selecionadas nos artigos descritos.

Além dos artigos de pesquisa PubMed mencionados, foram também consultadas monografias disponíveis em Portugal sobre o assunto.

SURGIMENTO DA DOENÇA MENTAL E ALTERAÇÃO DO SEIO FAMILIAR

Numa primeira fase deste projeto, o objeto de análise será o seio familiar: a sensação de mudança interpretada pelos elementos e a forma de adaptação à nova realidade coletiva.

A esquizofrenia é uma doença crónica em que há rutura com a realidade que gera sintomas positivos e negativos (10).

O impacto que a esquizofrenia gera na estrutura familiar tem sido comparado ao trauma experienciado por vítimas de catástrofes, pelo stress emocional, drama, desequilíbrio e desorganização gerados que, conseqüentemente alteram a trajetória de vida de cada um dos elementos (4,5). Depois da disrupção familiar, é uma questão de sobrevivência coletiva a reestruturação que propicie de novo o equilíbrio comum e individual (4,10).

Um estudo publicado na revista brasileira de enfermagem REBEN, nomeado de “Ajustamento familiar após surgimento da esquizofrenia”, utilizou para entrevista famílias de indivíduos adoecidos dos 26 aos 63 anos e de várias classes sociais, divide a linha temporal da doença em 3 momentos (4). Serão esses os momentos utilizados neste artigo para estruturar as fases vivenciadas pelo sujeito e pela sua família durante o curso do transtorno mental.

Na abordagem desta linha de investigação, o interacionismo simbólico torna-se fundamento de investigações onde se engloba a família num conceito de grupo social que interage entre si de acordo com os significados por si atribuídos às experiências e situações (4).

Nesse sentido, quando surge a doença mental, a família atribui e vivencia o período de adoecimento, DDM e ajustamento à doença, consoante crenças e significados por ela atribuídos à experiência coletiva.

Perceção de mudança

A primeira fase de todo o processo que envolve a doença mental de esquizofrenia advém de uma grande carga emocional para a família com desorganização familiar e afeição para cada um dos elementos (4). Com início muitas vezes gradual, detetam-se as primeiras alterações de humor, comportamentos e pensamentos e muitos familiares podem compactuar inicialmente com estas perturbações de pensamento sem se aperceberem de uma alteração vigorosa (2, 4). No entanto, a progressão da sintomatologia leva a impacto na vida funcional do jovem com perda de habilidades, socialização afetada, isolamento, existência de comportamentos agressivos, pensamentos persecutórios e abandono escolar ou profissional (3,4).

Podemos exemplificar o desamparo e sensação de vulnerabilidade através de relatos de familiares que nesse momento de crise levam as famílias a recorrer dos serviços de ajuda médico-psiquiátrica: “A gente achava que era da idade, que ia sumir, era normal e um só pesadelo que íamos passar”(4, pg. 323). É o momento da chegada do DDM de esquizofrenia.

Diagnóstico de esquizofrenia e início de intervenção terapêutica

A exaustão por toda a nova dinâmica de caos, de cansaço, de stress, de tristeza pelos momentos vividos devido aos sintomas positivos do doente, a incerteza e incapacidade de lidar com o familiar, levam à tomada de decisão de ida ao hospital e no auge de todo o envolvimento emocional o DDM é realizado (11, 12).

Muitas vezes descrito como uma sentença, esta acarreta intrinsecamente sobrecarga emocional e carga para todos os familiares envolvidos com desgaste emocional significativo para todos os elementos e com sentimentos de culpa presentes (4).

A esquizofrenia pode conduzir a uma inadequada capacidade de adaptação com decréscimo da função social, de comunicação e do cuidado pessoal (10). Este período após o diagnóstico, é caracterizado por idas frequentes aos serviços de saúde que acabam muitas vezes em internamentos no serviço de psiquiatria, maioritariamente involuntários (4).

A existência de conexão emocional entre paciente e família é o componente principal de motivação ao cuidado por parte da família apesar de todo o desgaste gerado nesta fase: “I’m putting up with it all. I still love him. Would it work if people got divorced the instant their partner fell sick?” (10, pg. 215).

A família tenta aumentar a adesão à terapêutica do doente através dos seus próprios mecanismos, encorajando as tomas diárias de medicação ou quando este se recusa, muitos cuidadores alegam dissolver a mesma na comida ou na bebida dissimuladamente (10).

Desta forma, os familiares cuidadores assumem uma grande responsabilidade ao longo de todo o tratamento do doente com elevadas adversidades e com inúmeros desafios pela frente (13). A família tenta colmatar as lacunas surgidas satisfazendo as necessidades psicológicas, alimentares, de vestuário, higiene e saúde física do doente com intuito de oferecer o maior conforto possível e, durante as visitas ao médico psiquiatra em clínicas ou hospitais, as famílias tentam com que o tempo de espera não seja elevado (10).

Não obstante a carga emocional acima descrita, a esquizofrenia é acompanhada de encargos económicos relevantes, como se pode observar pelo caso da França, num estudo datado a 2018, a esquizofrenia representava 2% dos custos médicos totais (4). Portanto, a doença da esquizofrenia pode impor desafios psicológicos, físicos, sociais e económicos (10,12, 13).

Uma abordagem familiar é medicamente e economicamente relevante no sentido de uma melhoria da QV do ente doente e dos seus familiares, ajudando na gestão emocional e fornecendo ferramentas para lidar com a doença, reduzindo, desta forma, o risco de recaída, que é objetivo prioritário (6).

Acredita-se que a família, a maior base de apoio ao doente, pode influenciar o desenvolvimento da esquizofrenia e com o tratamento contínuo, treino familiar e reabilitação consegue-se torná-la controlável (10).

O alcance dos *outcomes* depende do estado físico, psicológico, emocional, do apoio social e familiar do doente, assim como das experiências e reações do doente e familiares à própria doença (10). Os fatores sociais e clínicos afetam diretamente a família que, por sua vez, afetam a evolução da doença, não só pelo facto dos cuidadores serem os principais agentes de controlo à adesão aos antipsicóticos, como também já que é sabido que o controlo de doenças crónicas está fortemente dependente do papel das famílias no cuidado e tratamento para otimizar os efeitos terapêuticos. (3, 7,10).

Outra noção importante está relacionada com o fornecimento de *insight* e informação aos doentes acerca da sua doença e o motivo de internamento, se for o caso, como relatado a seguir por um familiar experienciando este dilema: “*I tell him, ‘you hit my mom, so we had to put you here, we brought you’*” (10, pg. 213). A contribuição deste elemento terá influência na redução das suspeitas do doente para com a família (10).

Segundo descrições, todo o envolvimento da doença engloba sobrecarga nos entes cuidadores o que poderá fazer surgir ou agravar, por sua vez, patologia psiquiátrica nos mesmos ou outras condições orgânicas (9, 4,10).

Assim, na procura do equilíbrio, as famílias vão dando rumo à sua trajetória com desvios e reajustamentos com esperança da melhoria dos familiares doentes e, ao mesmo tempo, com o receio de um novo episódio agudo,

movimentam-se rumo a um novo capítulo, seguindo em frente após os primeiros cinco anos de adoecimento com as novas adaptações na dinâmica conjunta (4).

Processo de seguir em frente

Com a aceitação da medicação e os devidos ajustes à mesma, o doente começa a apresentar sinais de melhoria comportamental de todo o quadro sintomático, começando rumo a uma nova etapa: a estabilização da doença(4).

O regresso à normalidade é objetivo primordial e muito ansiado pelos familiares (4). Manter a individualidade do doente é, também, papel integrante dos objetivos da família apesar das diversas dificuldades encontradas durante o caminho adverso que se segue (10). Com sentimentos de esperança, a família está disposta, apesar de todas as dificuldades e inúmeras adversidades que decorrem ao longo de todo o processo, a ajudar o doente querido a recuperar os seus anteriores papéis na sociedade (assim como a própria família), retornando gradualmente à comunidade, tenta empoderar o doente dando-lhe *insight* e fornece-lhe o melhor conforto (10). Há estimulação constante para os entes jovens retomarem a independência prévia à doença por parte dos familiares, com o regresso às aulas/ trabalho, participação em eventos sociais e familiares, restabelecimento de relações de amizade e conexões sociais, assim como manter-se sozinho em casa (10). Toda a dinâmica começa a ser restabelecida: “Queremos que ela saia, tenho a esperança que ela se sinta cada vez mais forte, por que volte a ser normal. Essa é a esperança que sempre temos, pedimos sempre a Deus, e nós vamos alcançar porque eu tenho fé.”, testemunho retirado de artigo realizado em 2013 (4, pg. 324).

Apesar de uma melhoria franca no estado geral do doente, a instabilidade no humor e a confusão do pensamento poderão continuar presentes (4). Subsequentemente o medo, angústia e receio do futuro permanecem nos familiares: “A gente tem medo que ela tenha uma recaída e não consiga

voltar ao que ela é hoje;” , “tem que continuar o tratamento, não pode parar de tomar o remédio, então eu dou o remédio na mão dele antes de dormir [...]” (4, pg. 324).

Vários estudos têm demonstrado que reduzir a sobrecarga, aumentar a qualidade do cuidado e integrar o indivíduo na comunidade requer foco em fatores relacionados com doente e família como os recursos, o contexto, habilidades e aptidões dos elementos (10).

Os mecanismos para lidar com a doença do familiar são variados e nem sempre os mais adequados, daí a importância de um apoio mais direcionado às famílias com ferramentas para lidar com a esquizofrenia e melhorar o diálogo(8,10). Muitas famílias acabam por obedecer aos desejos do paciente para evitar discussões, alguns familiares, quando não os cuidadores principais, acabam por se afastar do paciente, e em casos de surto e episódio agudo, por outro lado, há muitas vezes envolvimento alheio ao agregado familiar e até recurso a autoridade policial (10). Há um desejo profundo de que o doente regresse à normalidade e a responsabilidade de cuidar do paciente e dos seus assuntos tem como consequência o ultrapassar de um limite desejável de apoio onde observamos a proteção excessiva (4, 10).

Os encargos familiares e a sobrecarga familiar (SCF) são de longo prazo e sem fim à vista, com um paradoxo de ora esperança num futuro melhor e recuperação do doente e ora receio de fatalidade inevitável inerente à doença com deterioração do estado mental do familiar doente (4,10). Os esforços dos familiares convergem na prevenção de comportamentos de alto risco, evitando longos períodos do doente sozinho em casa, evicção de situações de elevada carga emocional a nível social ao mesmo tempo que estimulam as interações sociais e proteção financeira (10, 11, 12).

Resiliência é alcançada pelos familiares que vivem com o doente, surgindo este *outcome* quando, face às situações de stress a que estão sujeitos, estes

desenvolvem comportamentos adaptativos positivos e seguem suas vidas com aceitação extraindo um significado positivo das suas experiências com senso de compromisso, apoio e com boa comunicação (10).

Há uma dualidade no percurso que é um continuum com paradoxo constante: medo *versus* esperança, em que há uma tentativa constante de restabelecimento do equilíbrio familiar com vigilância permanente (4).

ESQUIZOFRENIA, EFEITO NAS FAMÍLIAS

A família é a cuidadora primária das pessoas que sofrem de doença mental e são o apoio emocional, físico (ajuda na manutenção de higiene pessoal, em satisfazer as necessidades alimentares e toma da terapêutica medicamentosa e até cuidados no leito) e providenciam suporte financeiro (11). A *World Health Organization (WHO)* compreende no plano de ação abrangente para a saúde mental o reforço da participação dos cuidadores na conceção e prestação de cuidados integrados (14).

O desconhecimento da origem da doença foi revelado como frustrante segundo cuidadores (11). Sabemos que a experiência vivida com a esquizofrenia se assemelha a um luto nomeadamente pela perda da entidade individual prévia do indivíduo, há estigma associado e isolamento social com consequentes sentimentos de culpa, vergonha e tristeza com impacto na sua saúde física e mental na família (12). Com isto, há diminuição da expectativa de vida, diminuição dos recursos sociais, diminuição das expectativas profissionais e pessoais do período pré-mórbido, incerteza, imprevisibilidade e dificuldade na compreensão da doença durante todo o curso da mesma que pode ser traumático para os envolvidos (9). Para além destes, as famílias vivem momentos de confusão, desmoralização, conflito e autorresponsabilização que poderá ser reforçado por alguns clínicos (15). A família cuidadora desorganiza-se e sofre muitas mudanças, sendo descrita alienação dos irmãos do doente, desentendimentos, ansiedade, rejeição, exacerbação ou início de patologias médicas nos familiares, conflitos matrimoniais entre outros (10, 15).

No entanto, sabemos que a esquizofrenia, como qualquer outra doença geradora de grande impacto, pode contribuir para alterações subsequentes na vida e um modo de encarar a mesma mais positiva e com mais resiliência (12). Destacam-se o afeto, que com mais frequência é referido em todos os estudos da matéria, solidariedade familiar, admiração, afirmação, compaixão, aquisição de competências, autoestima e crescimento pessoal (9, 12). As experiências vividas podem ser contextualizadas como um continuar de prestação cíclica de cuidados onde podemos centralizar os aspetos positivos dentro dos negativos (9).

Experiência positiva da esquizofrenia

O papel de cuidador reserva alterações na vida dos seus elementos e os desafios de viver e cuidar de doente com esquizofrenia podem incluir uma série de eventos traumáticos experienciados e, logicamente, um ciclo de cuidados com sentimentos paradoxais (4,12). Como consequência aos aspetos negativos vividos durante este percurso como a insegurança, estigma e diminuição dos recursos, surge nos indivíduos aspetos positivos valiosos como solidariedade familiar e crescimento pessoal (12).

O amadurecimento das relações, é importante em qualquer comunidade familiar, com particular importância no caso de famílias com ente adoecido, sendo composto por uma avaliação favorável de 3 elementos: mecanismos internos como conhecimento, aprendizagem de novas competências, autoconfiança e crescimento pessoal, amadurecimento paralelo de relações interpessoais como solidariedade familiar, afeto e compaixão e, por fim, avaliação favorável de comportamento mútuo como afirmação, admiração e apreciação (9).

As alterações positivas da vida dos familiares são várias e podemos dividir didaticamente em 4 grupos: desenvolvimento de traços de personalidade positivos, fortalecimento dos laços familiares, desenvolvimento de uma nova visão sobre a vida e mobilidade social (9). Como consequência à redução da sobrecarga nos cuidadores e uma evolução mais favorável de todo o percurso é impactada a performance familiar positivamente, com melhoria a nível da recuperação do doente, a dinâmica entre os elementos consegue atingir mais equilíbrio, há alargamento da rede de apoio e procura

de trabalho no exterior (tanto para familiares como doente), controlando-se mais facilmente os efeitos adversos da doença (9,10).

A centralização das experiências positivas dentro do ciclo de cuidados pode ser analogamente comparada a alguns ensinamentos religiosos, especialmente o budismo pela arte sacra que ilustra o caminho para alcançar o estado de iluminação, chamado nirvana no círculo interminável de agonias da vida (9). É esta a estrutura da mandala que nas famílias budistas na Tailândia representam os ciclos de cuidado e a experiência positiva com relações interpessoais envolvendo a compaixão (9). (Fig. 1)

Segundo um estudo conduzido por *Chen & Greenberg* (2004), 70% dos familiares tornaram-se mais sensíveis quanto às pessoas com deficiência e 50% sentiu-se mais empoderado/a (12). A consciencialização das forças internas e o desenvolvimento de novos significados nas vidas dos cuidadores informais são ganhos que estão positivamente relacionados com as relações de apoio ligadas aos familiares (9).

É importante definir as alterações positivas e não só os elementos negativos da esquizofrenia no sentido de promover o aumento de sentimentos de satisfação, gratidão e prazer ao longo da doença (9).

Desenvolvimento de traços de personalidade positivos

Traços de personalidade positivos é um hipotético benefício que a doença gera nos familiares, assim como a facilidade em expressar as emoções com o aperfeiçoamento das capacidades de comunicação, aquisição de resiliência, fortalecimento e afirmação que permitem encarar as adversidades da vida com outra preparação, tranquilidade, paciência e habilidade empática elevada (9, 12). Acrescenta-se que a compaixão sentida pelo seu ente permite-lhes ter esta emoção para com outros indivíduos já que há alteração da postura para uma mais empática, tolerante e livre de julgamentos de que muitas vezes eles próprios foram vítimas, havendo maior cuidado, alerta e atenção para as necessidades alheias (12). A paciência e *endurance* também sofrem metamorfose no sentido do crescimento (12).

Fortalecimento de laços familiares

O cuidar do doente promove a participação ativa em todo o processo e aumenta a dependência, coesão, solidariedade, afeto e amor entre os familiares (12). O apoio empático entre cuidadores pelo sofrimento por eles vivenciado permite-lhes fortalecer de uma forma aprofundada os laços entre eles (9, 12). Foi, por exemplo, descrito que o pai de um jovem com esquizofrenia sofreu um enfarte agudo do miocárdio quando o seu filho foi hospitalizado em psiquiatria (12).

Desenvolvimento de uma nova visão sobre a vida

Um dos elementos que aumenta na vida dos cuidadores é a autoconfiança, e isso deve-se à sensação de já terem passado por muitas adversidades que lhes confere segurança em novos problemas como constatamos pelos seguintes relatos de familiares: *“Those hard days made me strong and impassive.”*; *“As strong as iron in the face of these problems.”*; *“When I encounter a problem, I consider it nothing compared to those hard days“* (12, pg. 4).

O trauma experienciado pelos familiares é elevado e como resultado da doença há o surgimento de *insigth* perante a vida que não existia previamente, mudando-se hábitos (exercício físico como terapia pessoal), certos aspetos da vida, outrora esquecidos, acabam por ganhar mais relevo, retomam-se boas velhas rotinas e há mais aprofundamento e gestão de suas vidas (4,5, 12). Segundo testemunhos: *“Since my brother became ill, I feared developing the disease. I was obsessed with it for a while, so I went to a psychiatrist and now I am under control. Because I know if I get sick, there is no one to take care of my brother; so, I considered my health”* (12, pg. 7). A preservação de saúde mental é, de facto, um valor muito presente na vida dos familiares: *“Now, I try to make the events easy, I think they are not worth being upset, I should not grieve for them and ruin my life, I can handle them”* (12, pg. 8).

Mobilidade social

O empoderamento económico, social e profissional dos familiares permitem mobilidade social através da aprendizagem e do aperfeiçoamento de novas competências e conhecimentos já que o sofrimento provocado pela doença gera nos familiares uma sensação de compensação do dano e conseqüentemente alterações de hábitos e de vida (12). As capacidades pessoais aumentam e observa-se o aumento do dinamismo económico e inclusão em serviços sociais dos familiares: "When my husband fell ill, I said: 'I cannot just sit around and do nothing. I have two children and I have to build my life.' So, I started to change" (12, pg.8).

Segundo alguns estudos, crianças com um dos pais com esquizofrenia, pelo facto de não terem as necessidades completamente satisfeitas, acabam por desenvolver novas habilidades ao assumirem papéis que não eram os seus e muitos apresentam elevados níveis de motivação para os estudos escolares/académicos e para contribuição na sociedade. Para além disso, muitos revelam uma maior maturidade que os colegas da mesma idade e maior desenvolvimento intelectual (12).

De facto, a cronicidade e debilitação inerentes à doença e seus défices, geram nos familiares um sentido de independência e autossustento passando estes indivíduos a trabalhar para gerir financeiramente as suas vidas, proporcionando as comodidades e bem-estar necessários ao agregado familiar (3,12). Aspiram a recuperação do status anterior à doença ou mesmo uma melhor posição social e profissional (12).

Este crescimento surge não como objetivo, mas como resposta adaptativa, sendo parte da experiência humana da transcendência como pessoa num ser humano melhor para lidar com as adversidades da vida (12).

Apesar de grande parte dos aspetos da esquizofrenia terem efeitos negativos na vida dos familiares, a verdade é que é possível encontrar aspetos positivos que promovam mais QV.

Comportamentos mal-adaptativos pelas famílias

A adaptação à esquizofrenia é um processo contínuo e de caráter pesado para toda a família e para o doente, além disso, o estigma social sentido pelos familiares e doente reforçam a sensação de inutilidade, improdutividade e de sobrecarga (11).

Para além disso, alguns membros podem manifestar formas subclínicas da doença levando a uma inadequada capacidade de lidar com a situação familiar (15).

Se por um lado são executados esforços no sentido de proporcionar o melhor conforto e tranquilidade para o doente, por outro lado a dificuldade de adaptação dos familiares e o sofrimento causado pela doença, geram uma inadequação dos cuidados prestados incluindo vários comportamentos que podem mesmo cursar com exacerbação da doença (10).

Famílias com limitada informação, recursos e suporte poderão tentar esconder o familiar doente como mecanismo de defesa devido ao estigma e embaraço social inerente a DDM de esquizofrenia, e isso leva cada vez mais ao isolamento do doente (9, 10). Deste modo, o estimular as relações, é muito importante após o período crítico, sendo fator agravante na deterioração do estado de doença mental quando tal não acontece (10). Por vezes, é por não querer sujeitar o paciente a esse tipo de embaraço outras, eles próprios querem-se poupar de tal (10).

Podemos elencar vários comportamentos mal adaptativos: violência, agressão, privação de independência, negligência de cuidados e conflitos interrelacionais (9, 10). Quando nos referimos ao viés de comportamento com recurso a violência e conflitos falamos numa projeção comportamental com génese na falta de conhecimento e gestão errónea perante a doença (10). A pressão sentida pelos cuidados constantes para com o ente doente leva a SCF, exaustão, e frustração o que pode gerar estes comportamentos mal adaptativos: violência verbal e física, discussões, indelicadeza no discurso, rejeição, corte de comunicação e até obscenidade (4, 9, 10, 11). Para além disso, comportamentos mais deletérios nem sempre são ativos, como exemplo, a negligência dos cuidados assim que se observa melhoria comportamental do doente ou quando os restantes membros da família abdicam da responsabilidade do cuidado para o cuidador primário (10).

Segundo descrito em estudos, conviver com doenças crónicas engloba um sistema complexo e multidimensional indutor de sentimentos paradoxais e contraditórios nos familiares (10).

Apesar do papel positivo da família, em resposta às experiências adversas e sofrimento que advém da doença, assim como falta de apoio externo, podem surgir cuidados ao doente insatisfatórios e dificuldades adaptativas à doença. (4,5,10, 12).

Isolamento social

As redes sociais vão diminuindo com o número de episódios psicóticos, que com elevada frequência se encontram já reduzidas aquando do PEP (15). Cuidadores com uma boa base de rede social reconheceram a importância do apoio de familiares, amigos e vizinhos através, não só de bens materiais e financeiros, como também a nível emocional com encorajamento, gestos de boa vontade nomeadamente em transportes e até cuidados ao doente (11).

De facto, o desenvolvimento de laços fortes entre profissionais e cuidadores, assim como relações sociais com envolvimento ativo dos mesmos, permite afastar sentimentos de exclusão e melhorar o acesso a informações sobre o processo de prestação de cuidados ao ente querido (14, 15). É de destacar o papel do cuidador informal não só na prestação contínua de cuidados como na prevenção do suicídio no doente psiquiátrico sendo necessário assegurar o planeamento de segurança através do cuidador, com base sólida e fortalecida dos profissionais de saúde, assim como acesso a comunidades online de suporte de pares com partilha de experiências, contornando ao isolamento social (14).

Sobrecarga familiar (SCF)

O dia a dia moderno é muito exigente, com cada vez mais papéis a desempenhar por cada indivíduo, com aumento das responsabilidades de cuidado e responsabilidades económicas, com consequente elevada sobrecarga sofrida pelos cuidadores (10).

As famílias cuidadoras providenciam suporte nas mais variadas áreas de vida do doente como a nível emocional, financeiro e psicológico (12). A dependência constante do doente deve-se por um lado à sintomatologia que gera défices e disfunção psicossocial e ocupacional e à dificuldade de empregabilidade do mesmo. (16)

O *distress* experienciado pelos cuidadores é real e em muitos períodos pode colmatar em crises de fragilidade mental recorrentes, já que os períodos de cuidado são muito prolongados, com anos e anos de serviço ao ente adoecido (9,14). Nesta luta, muitos familiares referem os serviços de saúde como insuficientes quanto à atenção relativa ao papel de cuidador informal, tanto no primeiro contacto com a emergência como mais tarde na transição para cuidados comunitários (14).

Segundo Fereidooni, com um maior conhecimento acerca da doença, as famílias apresentam menos emoções negativas e uma maior aceitação da doença (10). No entanto, estudos revelam que a SCF pode impactar no conhecimento e neutralizá-lo, razão pela qual alguns membros apresentam cuidados inadequados ao familiar doente e, até mesmo rejeição, apesar de elevado grau educacional e boa posição económica (10).

Níveis elevados de *distress*, dificuldades financeiras, e acesso limitado a recursos sociais são constantemente reportados em cuidadores, quer de doentes com esquizofrenia quer com doença bipolar (10,14). Para além disso, estudos qualitativos também revelam que os acessos a cuidados de saúde que apoiem as famílias especialmente durante o período agudo são reduzidos, como observamos com dados do caso de Inglaterra, em que apenas 21% das famílias que experienciaram PEP receberam intervenções psicológicas, que são recomendadas pelo *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)* do Reino Unido (14).

Quando falamos de sobrecarga familiar falamos no modo como o papel de cuidador interfere na vida social, nas atividades de lazer, trabalho, situação financeira, saúde física e mental do mesmo (17).

Na sociedade, apesar de cada vez mais observarmos mudanças da dinâmica das famílias, estas são geralmente nucleares, principalmente das camadas populares, sendo o homem a exercer o papel de chefe de família e provedor (17). Nesse sentido, a mulher moderna desempenha diversos papéis, no entanto, o papel de cuidadora é o

maior evidenciado historicamente e quando o familiar adoecer, a mulher assume, o papel de cuidadora principal na maioria das vezes, o que é comprovado por estudos que apontam a elevada prevalência de mulheres, especialmente mães, como as principais responsáveis pelo cuidado dos doentes pelos seus comportamentos de superproteção família (SP) e autossacrifício (17). Já os pais, segundo um estudo realizado em Coimbra, revelam-se maioritariamente no seio familiar como pais autoritários e/ou ausentes, ao contrário das mães superprotetoras (17). Isto denota que, em caso de esquizofrenia dos filhos, a sobrecarga materna acaba por ser elevada, e, sabendo que a sobrecarga dos familiares pode levar a recaída do doente pelo ciclo criado, a divisão igualitária de tarefas domésticas do cuidado dos filhos pode ser uma estratégia importante. (18,17). Outra medida é a assistência à saúde que inclua formas de identificar e aliviar cuidadores e promover a aquisição de habilidades que estimulem a autonomia e reabilitação dos doentes (17). Quando observadas famílias de casos mais severos, constatou-se elementos como preocupação, isolamento social e SCF (15).

Atualmente considera-se a SCF em duas áreas: sobrecarga objetiva e subjetiva (8). A sobrecarga objetiva reflete aspetos da prestação de cuidados como a gestão financeira, obstáculos na organização da rotina; já a sobrecarga subjetiva reflete a forma percecionada pelos familiares quanto à interação com a doença em si e o impacto psicológico negativo que tem (8, 9). Segundo a sociologia e psicologia social, a Teoria dos Papéis considera das principais causas de sobrecarga mental as expectativas não atendidas dos cuidadores de uma pessoa doente (9). Segundo esta teoria, espera-se que cada indivíduo desempenhe o seu papel no seio familiar, no entanto, a esquizofrenia muitas vezes dificulta a satisfação dessas expectativas com impactos negativos para os elementos (9).

Para além dos inúmeros desafios que os cuidadores podem ultrapassar, destaca-se o comportamento suicida que contribui para o aumento elevado de *distress* entre cuidadores de doentes com esquizofrenia (14). Este e outros efeitos negativos na esquizofrenia conseguem impactar de forma significativa a família e doente, pelo que promover apoio, treinamento familiar e assegurar as necessidades de todos os membros pode ser um meio de assegurar um melhor cuidado ao membro com esquizofrenia (10).

As dificuldades consequentes da doença podem perturbar toda a dinâmica familiar, no entanto, se a família do doente se mantiver unida e dividir responsabilidades o cuidador principal seguirá mais forte e com menos SCF (12).

As sobrecargas físicas e mentais, assim como os conflitos familiares, podem ser reduzidas, também, através de intervenções familiares e suporte social (17).

Emoção Expressa (EE)

O papel da família no tratamento da esquizofrenia tem sido descrito como de muito relevo principalmente por duas razões: primeiro, alguns fatores no comportamento dos familiares como hostilidade, criticismo e envolvimento emocional excessivo, conhecido como emoção expressa (EE), prediz o PEP e a recaída do doente (18).

EE apresenta-se como medida de resposta emocional de um familiar relativa a outro com determinado problema de saúde, traduzindo-se por comentários críticos (CC) negativos, hostilidade e sobreenvolvimento emocional (SEE) com SP e autossacrifício (8).

Cada vez mais dados revelam que a escolaridade do familiar é fator protetor para elevados níveis de EE e SEE, já que conseguem ter maior capacidade para lidar com as disfunções da doença, com maior grau de gestão emocional pelo acesso a informação e conseqüente melhor comunicação com o doente (16, 17). Para além disso, a escolaridade do doente revelou-se fator protetor para EE assim como o vínculo estabelecido com o doente, nomeadamente através de grau de parentesco (17). A EE varia de nível consoante a cultura em que estão inseridas as famílias e também os valores partilhados e dinâmicas familiares mesmo inseridos numa mesma comunidade (8). E, segundo algumas análises, varia consoante o sexo; familiares do sexo feminino apresentam 4.81 vezes mais probabilidade de apresentar nível elevado de EE do que familiares do sexo masculino (17).

Apesar de escassa produção científica relativa ao ambiente familiar durante o primeiro episódio psicótico, alguns estudos relevaram dados interessantes: quando falamos de PEP, um fator protetor parece ser o SEE (17). Esta relação parece estar relacionada com o facto de ainda não terem sido desenvolvidos sentimentos de SP e autossacrifício pertencentes ao plano do SEE e que contribuem negativamente na esquizofrenia (17).

Elevados níveis de EE parecem estar associados a elevados níveis de sobrecarga subjetiva assim como maior risco preditivo de exacerbação da doença ou recaída dos sintomas psicóticos, o contrário observa-se em famílias que tendem a ter menos emoção expressiva (7, 15, 17). De facto, estudos revelam que EE reage à deterioração cognitiva do doente assim como à incapacidade e alterações comportamentais (15). Paralelamente, no início da doença, há também uma maior tendência para reação emocional intensa e criticismo (15). Elevados níveis de EE prediz uma taxa de recaída de 2 a 3 vezes maior que doentes provenientes de famílias com baixa EE, o que fundamenta as IF na prática clínica (8).

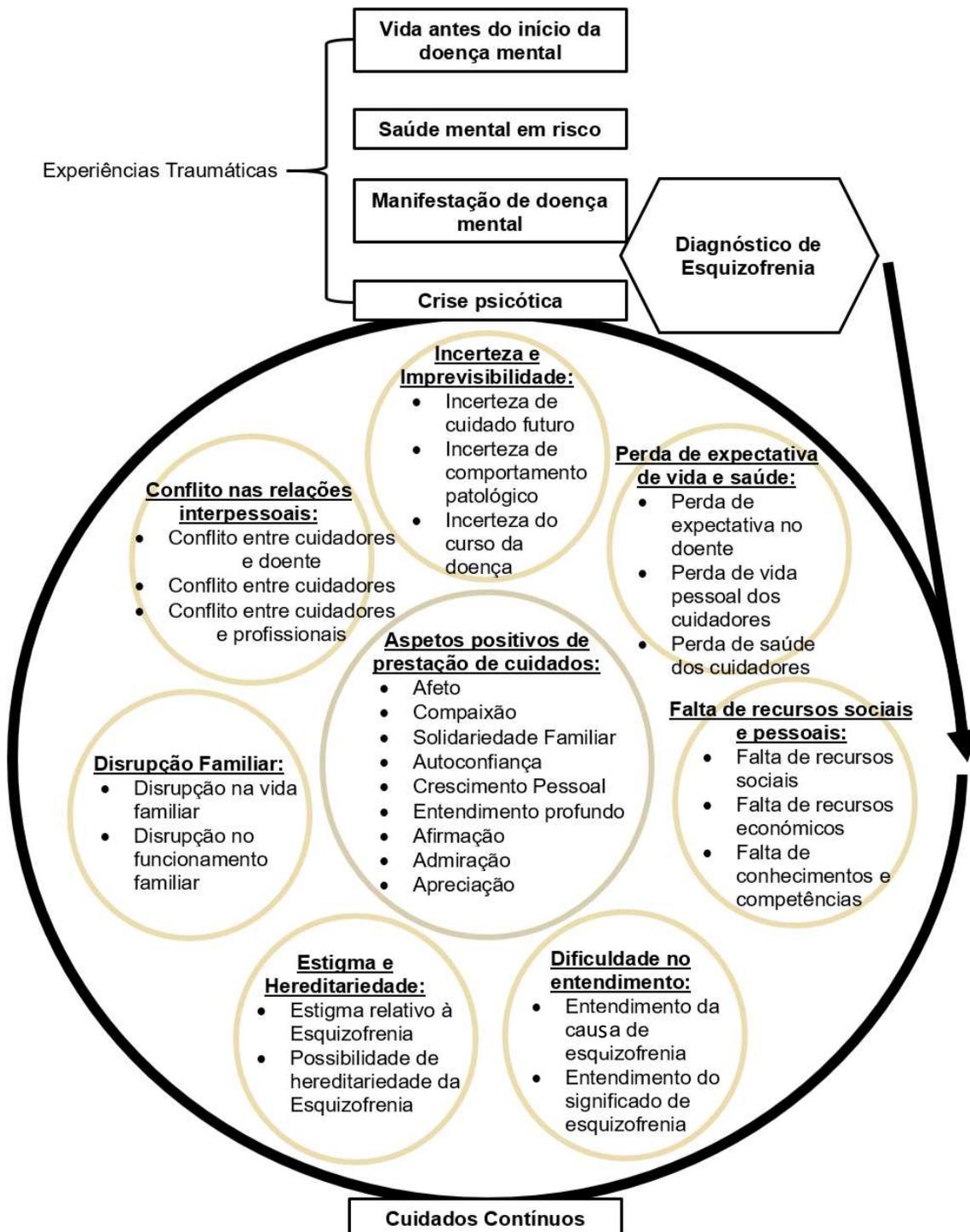
Estudos também demonstram que os próprios familiares do doente apresentam, também eles, algum grau de disfunção cognitiva do mesmo tipo do doente com esquizofrenia, embora em menor intensidade (15). Isto denota a dificuldade que existirá no tratamento destes doentes e, portanto, a extrema importância do contacto social e suporte do doente e das famílias, prevenindo o aumento da deterioração, principalmente nos primeiros anos após PEP do doente, promovendo melhoria comportamental (3, 15).

De facto, 90% das famílias com elevada EE tinham número reduzido de membros e socialmente isoladas (15). Uma boa rede de apoio e suporte social proporcionam melhores mecanismos de *coping* para eventos de vida adversos e são a chave para uma boa QV; no caso particular da esquizofrenia é preditor de adesão ao tratamento e *compliance* à terapêutica medicamentosa, predizendo melhor QV dos doentes e familiares subsequentemente melhorando o risco de recaída e sobrecarga subjetiva dos cuidadores (15).

Comentários Críticos (CC)

Doentes com diagnóstico de esquizofrenia têm 4,19 vezes maior probabilidade de sofrer de CC no seio familiar do que que pacientes que não possuem este diagnóstico (17). Para além disso, estudos revelam que os CC aumentam proporcionalmente ao “tempo de exposição ao doente” pelo que são tão importantes as medidas para contrariar a exclusão de doentes e familiares (17).

Estudos revelam que 14% das famílias em menos de 1 ano de adoecimento e 50% depois de 5 anos apresentam taxas de CC e hostilidade elevada (15). E, doentes com esquizofrenia cujas famílias expressem elevado nível de criticismo, hostilidade ou sobreenvolvimento apresentam maior número de recaídas do que em famílias com menos EE, daí a necessidade de redução da carga emocional familiar (7).



1. Figura 1- Centralização dos aspetos positivos após Esquizofrenia. Adaptado de: Shiraishi, N., Reilly, J. Positive and negative impacts of schizophrenia on family caregivers: a systematic review and qualitative meta-summary. Social psychiatry and psychiatric epidemiology. 2019; 54: 277-290.

INTERVENÇÃO FAMILIAR

A esquizofrenia, doença do cérebro de base biológica, que afeta variadas áreas da vida do indivíduo, apresenta como elemento fundamental ao tratamento a componente farmacológica, que, não sendo suficiente por si só, completa-se com uma base familiar de apoio com impacto potencial muito significativo na recuperação funcional e clínica dos doentes (2,19). Melhores *outcomes* são conseguidos com abordagens que integrem a colaboração entre os profissionais de saúde, famílias e doentes (19).

A atmosfera familiar é considerada um fator primordial no curso da doença da esquizofrenia. Inicialmente considerava-se a família como causa principal da patologia, mas, de facto, esse pressuposto pejorativo da família - (*“the approach was that the family was pathogenic and responsible for driving the person mad”*) - foi ganhando contornos diferentes a partir de meados dos anos 70, e os elementos familiares foram sendo reconhecidos com a necessidade de suporte, nomeadamente para prevenção da exacerbação psicótica, e muitos modelos de IF foram surgindo (8, 20). A designação clássica de terapia familiar foi sendo abandonada (8).

Estudos apontam que os profissionais de saúde mental como psiquiatras, médicos e enfermeiros, devem possuir a habilidade de capacitar os familiares do doente com esquizofrenia a responder melhor aos desafios que a doença naturalmente impõe, assim como ajudar a aumentar o senso de realização e crescimento pessoal (17, 12). Apreciar a vida e perceber o significado do amor e afeto através de intervenções que devem ter como alvo a utilização de recursos internos e habilidades familiares, como as características de cada elemento, as relações entre si, a cultura, a religião, espiritualidade, integração social e económica daquela família, com o objetivo de mudanças positivas que facilitem a convivência com o doente (18, 12).

Segundo a Teoria Biossocial, a maioria das psicoses e perturbações do humor resultam da interação contínua de alterações biológicas cerebrais no indivíduo com o ambiente psicossocial e fatores ambientais envolventes (15). Estes fatores englobam muitas vezes eventos externos com elevados níveis de *stress*, como por exemplo a transição de papéis sociais, separações da família de origem, EE, CC no seio familiar, eventos traumáticos, ansiedade crónica, extrema estimulação sensorial, estigma, entre outros,

que promovem um processo espiral de deterioração que culminam em psicose (15, 18). Há ativação do eixo hipotálamo-hipófise devido às alterações neuroquímicas que leva a consequente libertação de noradrenalina, dopamina e sistema neural glutamatérgico (15). Segundo este modelo sintomas subtis, alterações de comportamento e deterioração funcional no doente induzem nos familiares e amigos ansiedade, raiva, confusão e até mesmo rejeição, o que leva consequentemente a pior sintomatologia ao induzir alterações psicológicas e reações neuroquímicas (15). Nesta progressão há deterioração não só da pessoa vulnerável, mas também em todo o núcleo familiar com impactos negativos nomeadamente pelas expectativas não correspondidas dos familiares (9, 15). Estudos reforçam esta teoria, em que um ambiente gerador de stress, nomeadamente EE elevada familiar, pode despoletar a doença e predizer PEP, ao observar-se que filhos adotados com fator biológico para esquizofrenia, o risco de a desenvolver era maior em famílias com problemas de negatividade, conflito e com dificuldade em estabelecer regras - 37% versus 6% em ambiente mais tranquilo (15, 18). Não só padrões relacionais e de comunicação negativos funcionam como *triggers* para a doença, como famílias saudáveis em termos de interação comum, desempenham um papel protetor para indivíduos geneticamente predispostos (15).

Segundo Reed, a disfunção clínica e psicossocial significativa como consequência da psicose ocorre nos primeiros 5 anos após o início da esquizofrenia (18). O período de psicose não tratada (PPNT) mais longo está associada a maior risco de declínio do desempenho na escola ou no trabalho, isolamento social, depressão, suicídio, comportamentos agressivos, abuso de substância com álcool e/ou drogas (18). Os declínios decorrentes da doença são muitas vezes irreversíveis se detetados e tratados em estádios tardios daí a importância de uma intervenção precoce (5, 18, 15, 19).

A intervenção é fundamental para prevenção de incapacidade a longo prazo e para melhores *outcomes* clínicos e funcionais, garantindo a função e prevenção incapacidade não é suficiente apenas com medicação (18). Sabemos que o tratamento farmacológico apesar de apresentar benefício para o doente com doença de esquizofrenia, principalmente quando falamos dos novos anti-psicóticos, é insuficiente quando utilizada isoladamente (3, 18). De facto, mesmo quando garantido o cumprimento da prescrição terapêutica, é descrita uma porção de 30 a 40% dos casos com resistências à terapêutica farmacológica, nomeadamente sintomas positivos, alucinatório-paranóides, mas sobretudo a sintomatologia negativa da esquizofrenia (19). Em adição,

temos que assegurar a adesão à terapêutica para melhores resultados clínicos surgindo a necessidade de abordagens que garantam a efetividade clínica e que potenciem os resultados da terapêutica implementada, sendo atualmente consensual a integração de intervenções para a esquizofrenia que incluam tratamentos biológicos e estratégias psicossociais com foco no doente e na família nele incluída através de tratamento psicofarmacológico (8, 19).

A abordagem e as melhorias podem ter um efeito positivo a longo prazo, de facto, nesta fase dos primeiros anos da doença, a família apresenta uma maior abertura à participação, vontade de mudança de atitude e interação relacional com o doente (15). Para além disso, também beneficiam de IF doentes com recorrentes hospitalizações e recorrência e famílias que apresentem desconhecimento para com a doença, sentimentos de desamparo, tensão familiar, ou até mesmo hostilidade para com o ente de quem cuidam (15, 7). A abordagem familiar ao contextualizar as experiências passadas e atuais num novo enquadramento permite o alívio do sofrimento dos elementos da família e potenciar a reabilitação do doente apoiando-os nos seus esforços para potenciar a reabilitação do mesmo (8, 19).

É necessária uma definição conceptual quando nos referimos às abordagens familiares no sentido de evitar confusões terminológicas de expressões como intervenção familiar, terapia familiar, grupos multifamiliares entre outros, que dificultam a comunicação científica e sua divulgação (19).

De acordo com McFarlane, podemos agrupar as abordagens familiares de acordo com o formato que pode ser unifamiliar, multifamiliar, apenas para familiares ou mistos e de acordo com a estrutura que pode ser integrada com ou sem o doente, na duração e intensidade de tratamento assim como contexto, hospitalar ou domiciliário (8, 19). Quando falamos em terapias familiares abordamos terapêuticas mais clássicas e sistémicas com indicação para casos específicos (19).

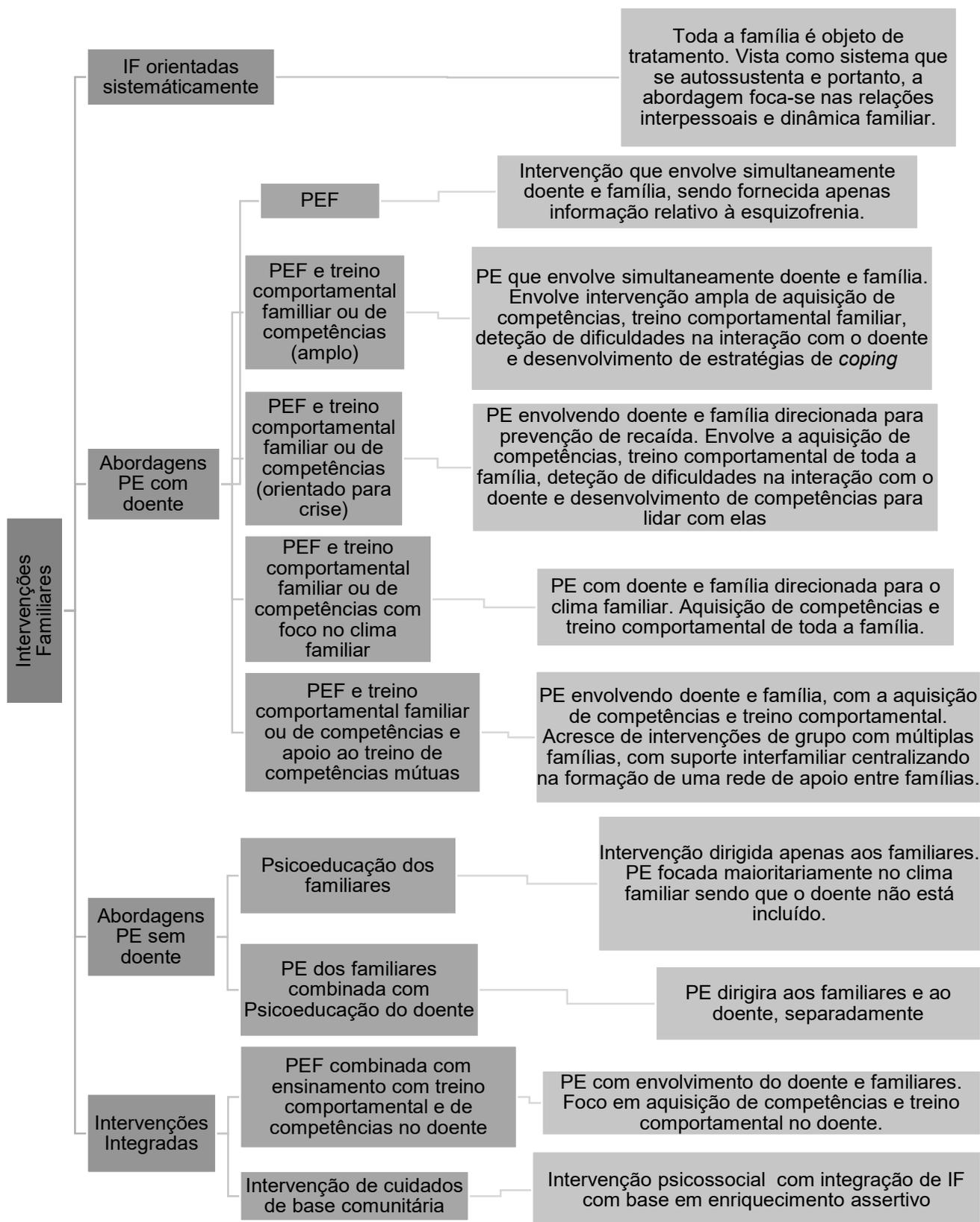
Como elementos a gerir na IF temos a hostilidade, CC e envolvimento emocional excessivo no seio familiar, e estes vão ser os agentes de trabalho a desenvolver, enquanto outros programas focam-se na gestão de crises e no desenvolvimento de

abordagens comportamentais (20). Dentro das estratégias que a IF aborda enquadram-se a construção de uma boa relação e aliança com os cuidadores, reduzir a atmosfera adversa ao diminuir a SCF e *stress*, sentimentos de raiva e culpa, capacitar os familiares na antecipação e resolução de adversidades, manter as expectativas familiares quando à *performance* do ente doente, estabelecimento de limites e separação emocional, alteração do sistema de crenças e alterações comportamentais (7).

As intervenções familiares, seja qual o modelo executado na prática clínica, integram várias fases: são elas primeiramente a fase de envolvimento, que capta os doentes e/ou as suas famílias; a fase de avaliação de cada membro familiar com objetivo de estabelecer uma boa base de confiança e perceber a perspectiva dos elementos face à doença e quotidiano; a terceira fase, a psicoeducação, que permite ensinar sobre a doença, a aquisição de competências de comunicação, com abordagem comportamental e elementos como escuta ativa, expressão de afetos positivos e negativos sob determinados mecanismos e formulação de requisição de mudanças positivas pela comunicação; por fim, treino de resolução de problemas para diminuição de cargas emocionais excessivas no seio familiar e melhorar os níveis de diálogo interpessoal (8).

A IF poderá ser do interesse do doente com esquizofrenia, clínicos e políticos ao melhorar o número de admissões hospitalares e recaídas (5,7). Destaca-se as IF como aditivo no processo terapêutico e não substituto à farmacoterapia (15). Para que seja possível melhorias significativas, será necessária disponibilidade constante por parte de doentes e familiares para contacto recorrente aos serviços (7). No entanto, temos de ter presente a sobrestimação destes ensaios clínicos pela baixa qualidade metodológica de muitos deles (7). De entre as variadas intervenções destacamos o mais relevante na tabela a seguir:

Tabela 1. Esquema representativo das diferentes Intervenções Familiares



Adaptado de: Rodolico A, Bighelli I, Avanzato C, Concerto C, Cutrufelli P, Mineo L, Leucht S. Family interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*. 2022; 9(3):211-221

PSICOEDUCAÇÃO FAMILIAR (PEF)

A Psicoeducação engloba abordagens dirigidas ao doente e aos seus familiares com dois grandes objetivos: ajudar na aprendizagem sobre a doença mental orientando com novas formas de lidar com ela e contornar os obstáculos na dinâmica quotidiana reduzindo o stress na comunidade familiar com suporte social; e estratégias que permitam um olhar no futuro e não uma prisão no passado, com o objetivo de minimizar o impacto global da esquizofrenia (8, 19).

A PEF, como tratamento para a esquizofrenia, surgiu há cerca de 40 anos, com o objetivo de diminuir a elevada EE e o clima adverso familiar para prevenir a recaída (15). Mais tarde, a variabilidade de intervenções teve como foco o funcionamento do indivíduo, nomeadamente a nível social, e o bem-estar da família e não somente o foco intra-pessoal (8, 15). Contrariando a assunção da família como causa de deterioração e recaída, a PEF realizada por profissionais de saúde mental, procura enriquecer a família, amigos e outros cuidadores com conhecimentos e empoderá-los como parceiros sofisticados na luta contra a doença, complementando as intervenções médicas com interações especializadas e mecanismos de *coping* adequados (15). Estudos comprovam ser um dos métodos psicossociais consistentemente mais eficaz disponível em que a família não é o foco, contrariamente à maioria das terapias, mas resposta para melhor prognóstico com as competências e rede social que adquire, secundariamente, beneficia da mesma dado a diminuição do desamparo familiar, *distress* emocional e confusão vivenciados (4,5, 15). PEF é um método estruturado e estratégico com base na família-doente- profissional que inclui elementos informativos, comportamentais, cognitivos, de comunicação, resolução de problemas, de suporte terapêutico e reabilitação (15). Assume-se a família como importante agente na evolução da doença, interferindo tanto positivamente no bem-estar do doente e no seu estado funcional, como, pelo contrário, contribuindo para piores *outcomes* clínicos (8, 15). Dada a sua eficácia evidenciada pela evidência empírica o tratamento deveriam inclui-la tão amplamente e rotineiramente como a terapêutica farmacológica, no entanto não é esta a realidade que se observa (8, 15).

A PEF pode trabalhar apenas com uma família ou com intervenções de grupos multifamiliares (IGM) e tem como base a redução do stress e clima emocional intenso,

construção de barreiras emocionais, capacitar família e doente e promover suporte social (15). É, segundo a evidência científica, uma base sólida e efetiva no combate à recaída na esquizofrenia com bons resultados de melhorias funcionais quando aliado à terapêutica antipsicótica. (5,7,15). Segundo estudos, PEF reduz até 20-50% em 2 anos as hospitalizações e recaídas, com as referidas taxas por volta dos 25.5-28% em doentes com PEF, enquanto indivíduos apenas com tratamento de rotina apresentavam taxas de 63,6%, taxas comparáveis com a toma de anti-psicóticos versus placebo (15).

Evidências revelam efeitos mais robustos a partir de 3 meses de PEF com otimização destes resultados a partir dos 6 meses, incluindo os elementos de educação para a esquizofrenia, intervenção de crise, aprendizagem de mecanismos de *coping*, competências de comunicação, suporte emocional e social (15).

Uma nova vertente a surgir na era digital são as intervenções online com viabilidade e potencial para a prestação eficiente de psicoeducação rigorosamente desenvolvida e apoio entre pares (14). No entanto, os serviços online requerem ainda um apoio extenso e interativo no sentido de promover a integração e aceitação pelos serviços de saúde (14).

Efeitos da Psicoeducação familiar

A FPE tem demonstrado efeitos positivos em áreas do funcionamento diversas; além da recaída, o curso da doença pode ser avaliado pela componente social do doente, empregabilidade, funcionamento nas tarefas domésticas, se está casado ou em relacionamento romântico, bom estado geral e bem-estar (15). De facto, em intervenções como de McFarlane, o objetivo primordial é a prevenção de recaída que, inerentemente é necessário alcançar a recuperação (15, 20). Estes modelos intervencionais incluem componentes importantes projetados na funcionalidade do doente, tendo sido documentado o progresso nesses domínios numa perspetiva mais holística e humana (15). De facto, para além das melhorias referidas anteriormente, diminui sintomas psiquiátricos, nomeadamente os deficitários, aumenta a participação ativa do doente em reabilitação vocacional, promove aumento da taxa de emprego nos doentes quando combinado com suporte à empregabilidade, aumenta funcionalidade social, diminui taxas de morbilidade em familiares, diminui a utilização de cuidados médicos constantes, reduzindo os custos associados a estes (15).

INTERVENÇÕES FAMILIARES- RECAÍDA E INTERNAMENTOS

Segundo as evidências, as intervenções promovem uma redução significativa da taxa de recaída e internamentos quando o modelo apresenta 12 meses de abordagem terapêutica, devendo o período mínimo de tratamento de intervenção familiar ser entre 6 a 9 meses (18, 20). Acresce ainda que, como duração ideal, as intervenções devem durar por volta de 2 anos (8).

Há referência de redução de admissão hospitalar a 1 ano, com 1 de cada 8 doentes tratados com psicoeducação (8). Segundo estudos, as medidas interventivas a nível familiar apresentam-se com uma eficácia na redução de recaídas entre 20 e 50% em 2 anos, ou seja, uma taxa 15%/ano, comparativamente com cerca de 30-40% com tratamento habitual, (8). De acordo com meta-análises, a psicoeducação combinada com outros componentes tem um papel protetor na recaída ao informar a família acerca da doença, sintomas e opções de tratamento (20). Sabemos a importância das IF na redução da incapacidade a longo prazo, limitando as recaídas, já que em estados iniciais da doença esta aumenta o risco de cronicidade e de suicídio (3, 18).

Relativamente aos modelos de intervenção, estudos revelam a FPE isolada como mais eficaz com taxa de recaída a 10% quando comparada com doentes recebendo tratamento usual (maioritariamente antipsicóticos) com recaída de 37% (20). Em seguida, encontram-se a FPE combinada com treino comportamental ou de competências familiares e apoio à formação de competências mútuas, com taxa de recaída de 17% e IF sistemáticas, 16% (20). Também, tem sido apontado que o modelo de IGM, desenvolvido por McFarlane, como dos mais eficazes e interessantes já que inclui doente e familiares e apresenta diversas vantagens, nomeadamente através de ajuda mútua dirigida, com diversificação de recursos e contrariando a tendência progressiva de redução de rede de apoio nestas famílias (21).

Uma explicação para a maior eficácia da psicoeducação comparada com intervenção mais complexas poderá estar relacionado com a sensação de fardo para familiares e demanda de comprometimento em alto nível por parte das famílias, verificando-se também baixa adesão (8, 20). Taxas de abandono e fraca adesão por parte das famílias solicitadas aos programas psicoeducativos são realidade, com taxas de participação

não superiores a 50% (8). As razões elencadas serão fatores de ordem prática, como acesso a transportes ou horário incompatível, e um elemento sistémico frequentemente referido o medo de mais responsabilidade e maior sobrecarga ao cuidador, ilustrando o modo como os serviços psiquiátricos são encarados (8). Outra IF com eficácia comprovada na melhoria prognóstica dos doentes é PEF e treino comportamental familiar ou de competências e apoio ao treino de competências mútuas também (20). Esses mesmo estudos revelaram eficácia das intervenções familiares com exceção daquelas focadas em gestão de crise e aquelas que compreendem duas ou menos sessões (20). Uma das razões apresentadas para a baixa eficácia de intervenção focada em momento de crise poderá estar relacionada com a exclusão de componente educacional, e, relativamente às sessões com duas ou menos sessões, provavelmente estará relacionada com a escassez temporal para incutir nas famílias a orientação e alerta para os aspetos mais relevantes da esquizofrenia (20).

Sabe-se, também, que determinadas características na família têm um papel protetor e concorrem no sentido da melhoria sintomática do doente, são estes a coesão e carinho familiar (12). Por outro lado, evidências relatam que famílias com níveis reduzidos de EE as intervenções familiares psicoeducativas podem não ter qualquer resultado benéfico como também conduzir ao aumento da EE familiar (8). Daí a importância de uma correta avaliação e da consideração adequada e específica a cada necessidade familiar para intervenções coerentes com a sua realidade e em equilíbrio com os seus recursos; como exemplo, alguns estudos parecem demonstrar melhores benefícios em famílias com baixa EE e família com doentes em PEP com modelos multifamiliares (8).

A literatura confirma a efetividade das intervenções PE para redução da EE e SCF, e por este motivo é defendido por alguns autores a sua existência em unidades de saúde não só hospitalares como também a nível dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) pela proximidade e acessibilidade às populações (16).

ESQUIZOFRENIA NA FAMÍLIA E CONTEXTOS CULTURAIS

O modelo socio-ecológico destaca o ambiente social na compreensão de doença e a importância do olhar holístico dos clínicos, com foco nas crenças dos indivíduos influenciadas pela cultura quanto à doença mental, com intuito de perceber

comportamentos e práticas dos cuidadores (11). Nesta visão compreendemos os indivíduos como seguidores de determinadas *guidelines* sociais que os orientam na maneira de se relacionar e ver o mundo, nos comportamentos e como emocionalmente gerem as experiências, que são transmitidas às gerações mais novas (11).

Quanto mais coesas as famílias, em particular foram estudadas famílias afroamericanas, menor a ansiedade vivida com a doença de esquizofrenia (12).

As interações família-doente são moduladas pela cultura em que estão inseridas, como no caso da Índia, na SEE pode ser considerado um comportamento normal e a sua ausência pode até ser considerado negligência (17). Por outro lado, no Egito são melhor tolerados CC em contraste com os países ocidentais e no México as famílias são incentivadas a um elevado nível de envolvimento emocional (17).

A acessibilidade e utilização dos serviços de saúde mental para intervenção é influenciada pela sociedade cultural em que as famílias estão inseridas, assim como o próprio entendimento da doença em si (11, 17, 18) Muitas vezes este acesso é limitado pelo estigma existente na sociedade para com a doença mental (11, 12). Na maioria das sociedades em desenvolvimento, é esperado que os familiares cuidem do doente, como na Zâmbia em que o membro doente deve estar ao encargo dos familiares (11). Neste país, os serviços de saúde mental não são maioritariamente utilizados em detrimento dos tradicionais curandeiros pelas suas convicções (11). Segundo algumas ideologias, a causa da doença tanto pode resultar de circunstâncias da vida, como por exemplo stress, perda de entes queridos, comportamentos do indivíduo como uso de substâncias ou a forças sobrenaturais como bruxaria, por inveja, espiritismo, possessão por demónios e até pela existência da prática relações sexuais com viúvas “ímpuras” (11). Todas estas crenças têm influência, não só na procura de práticas não médicas de ajuda, como também, na forma como a família percebe o doente (11). É o exemplo de algumas culturas em a crença em divindade superior gera tranquilidade e paciência por se acreditar que as virtudes são a compensação divina pela doença que enfrentam, inerentemente acaba por ser positivo na atmosfera familiar (12).

Com toda a variedade cultural, linguística e de sistemas de saúde observamos variações de intervenções e diferentes metodologias pelo que PEF “universal” é algo inexistente (15). O que se observa são conceitos centrais com efeitos robustos na clínica, existindo estudos que apresentam resultados benéficos ao adaptar modelos dos EUA e Reino Unido noutras culturas, sabendo que estes se irão adaptar melhor em determinadas comunidades culturais que outras (15).

Assim, a promoção da saúde mental deve ser ajustada ao padrão cultural onde a família está integrada (17, 18). Segundo a literatura, promover cuidado a doente que sofre de doença mental pode afetar a saúde mental e bem-estar dos familiares, nomeadamente famílias com doente em PEP têm uma maior probabilidade de *distress* quando comparado com familiares com doença prolongada, daí a necessidade de uma abordagem em tempo de doença oportuno e eficaz envolvida dentro dos padrões culturais (18).

Tem sido descrita na literatura que uma das dificuldades ao tratamento está relacionada com o estigma; ora, é essencial a adaptação da promoção e educação para a saúde mental com programas de sensibilização adequados às culturas em que estão integradas as comunidades com vista à redução da rejeição social do doente com esquizofrenia (17, 18). Para além disso, em países em desenvolvimento, o número de profissionais com formação em saúde mental é deficitário, como o caso de a Zâmbia que em 2014 registava apenas 3 psiquiatras por 13 milhões de habitantes (18). No entanto, ainda que reduzidos os recursos, esta população apresentava igualmente um número reduzido de procura de ajuda dada a relutância cultural (18).

INTERVENÇÕES FAMILIARES EM PORTUGAL

A efetividade das intervenções familiares na esquizofrenia tem sido documentada pela evidência científica com múltiplas vantagens para o doente e familiares (15, 19). Em Portugal, assim como outros países do Sul da Europa, a família é a base de suporte e cuidados e grande número de doentes vivem com pelo menos um familiar direto (19).

A aplicação de modelos de IF ainda é escassa em Portugal, e quando falamos do modelo de IGM não são conhecidos dados sobre a aplicação do mesmo a nível nacional (21). Há apenas estudos na área de intervenção de PEF e experiências que são isoladas e com modelos PEF para famílias individuais ou apenas programas curtos ou informativos (21). Estudos alegam a importância da implementação de IF, nomeadamente IGM, na prática clínica; no entanto, sabe-se que mais investigação será necessária para a sua aplicabilidade de forma eficiente (21).

Seria previsto que a abordagem familiar estivesse incluída nas estratégias de tratamento e reabilitação de doentes, no entanto é uma realidade que não faz parte de Portugal, onde a implementação das intervenções familiares é escassa nos serviços de psiquiatria e saúde mental (19).

A realidade cultural, organizacional e sistémica poderá estar na génese deste paradoxo, devido ao défice de conhecimento teórico e prático sobre IF e seus benefícios, de motivação à sua inclusão na prática clínica e devido à existência de obstáculos quanto ao seu treino e aplicabilidade. (19).

CONCLUSÃO

A esquizofrenia acarreta uma sobrecarga não só para o indivíduo doente como para os familiares ao longo do curso da doença (9,4). Os familiares enfrentam diversas situações traumáticas ao longo de todo o percurso, onde podemos conceptualizar as experiências vividas como um círculo contínuo de prestação de cuidados, no qual os efeitos positivos podem ser representados centralmente em relação aos impactos negativos (9). Com a ajuda de profissionais de saúde habilitados é possível que os familiares confiem nas experiências positivas e ressignifiquem o DDM (12).

O stress gerado nos cuidadores é elevado pela noção de prestação contínua e sentido forte de responsabilidade pelos entes que recebem o apoio e muitos encontram conforto e suporte em comunidades online de pares com partilhas de experiências, o que pode ajudar também no contorno ao isolamento social (14).

O movimento com foco na recuperação da doença mental grave, com impulsionamento quer de movimentos cívicos quer de grupos de defesa de interesses dos doentes, é diferenciado de uma conceptualização médica de remissão de sintomas, e procura atuar de forma holística no indivíduo, num conceito de rede e base na comunicação (8).

A família é abordada como terapêutica natural e rapidamente disponível, daí a relevância das IF (19). Relativamente a estas, primeiro, verifica-se que a duração mínima deve ser entre os 9 a 12 meses e com duração ótima de cerca de 2 anos (8, 18, 20). Verifica-se, também, que abordagens de curta duração apresentam uma eficácia reduzida (8). Segundo, deverá haver uma componente única ou adicional com intervenção de grupo familiar (18). Terceiro, estudos poderão ser necessários para explorar as necessidades específicas dos cuidadores para um IF de acordo com as mesmas e melhorar a aplicabilidade destas (18, 21). Finalmente, seria recomendado a partilha do *feedback* qualitativo dos familiares relativamente às IF recebidas, no sentido de compreender profundamente as estratégias de ação e a modificá-las para melhores *outcomes* familiares (18).

No entanto, observa-se uma escassa adesão e dificuldade na implementação dos programas interventivos propostos apesar da sua eficácia comprovada pela evidência científica (8).

Adicionalmente, compreender melhor o papel de cada elemento na família e o seu entendimento acerca da doença mental é fundamental, adaptando a IF ao meio que estão inseridos. (17, 18). Os profissionais de saúde devem conhecer os dados normativos das culturas em que estão incluídas as famílias no sentido de propor as de intervenção adequadas e promover recursos internos e externos que capacitem a lidar melhor com os défices da doença (17, 21).

Desmitificar a doença mental na sociedade atual é da maior relevância incluindo entre os profissionais de saúde, diminuindo o preconceito, promovendo mais conhecimento sobre a doença aos cuidadores e doente com vista à redução do stress gerado e maior

bem-estar, apesar de toda os sentimentos negativos e adversidades vividos com a esquizofrenia (13, 17).

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Dr. Nuno Madeira, por todo o apoio e disponibilidade ao longo de todo este projeto, sempre incentivando a fazer mais e melhor.

Agradeço à Dra. Vera Martins, que durante todo o estágio clínico de Saúde Mental se prontificou a melhorar os nossos conhecimentos e a fomentou a nossa independência com pequenos passos na prática clínica sempre, com muita paciência e apoio.

Ao serviço de psiquiatria no CHUC, que me possibilitou ter um maior conhecimento da doença mental na prática clínica, sempre com muito acolhimento.

Um agradecimento muito especial os meus pais que sempre me incentivaram e apoiaram em toda a minha vida sempre com um amor incondicional e durante todo o meu processo académico foram a minha maior base de apoio.

À minha amada irmã, Susana, pelo desejo constante de me querer ver bem e sempre me incentivar a ser melhor.

Aos meus avós e tia-avó Helena, por todo o suporte e carinho, meus segundos pais, não poderia estar mais grata e cujos valores que me inculcaram levo para a vida.

Aos meus amigos, João e Inês que durante todo o meu percurso académico tinham as palavras certas para mim, de força e incentivo, o meu obrigado.

Aos meus colegas de casa pela interajuda e carinho sempre presentes.

Bem-haja!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Queirós, T., Coelho, F., Linhares, L., Telles-Correia, D. Schizophrenia: what non-psychiatrist physicians need to know. *Acta Medica Portuguesa*. 2019; 32(1): 70-77.
2. Carvalho JCMd. Esquizofrenia e família: repercussões nos filhos e cônjuge. PhD [dissertation]. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar ICBAS; 2012.
3. Camacho-Gomez M, Castellvi P. Effectiveness of Family Intervention for Preventing Relapse in First-Episode Psychosis Until 24 Months of Follow-up: A Systematic Review With Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Schizophr Bull*. 2020;46(1):98-109.
4. Giacon BCC, Galera SAF. Ajustamento familiar após o surgimento da esquizofrenia. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2013;66(3):321-6.
5. Claxton M, Onwumere J, Fornells-Ambrojo M. Do Family Interventions Improve Outcomes in Early Psychosis? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Psychol*. 2017;8:371.
6. Valladier E, Willard D, Romo L, Hodé Y, Morvan Y. [Depression in relatives of patients with schizophrenia: 8-month longitudinal outcome of ProFamille Program]. *Encephale*. 2018;44(2):128-33
7. Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W. Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010(12):Cd000088.
8. Santos T., *Psicoeducação Familiar nas Perturbações Psicóticas: Críticas e Contributos à Luz das Teorias Sistemáticas*. PhD [dissertation]. Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar; 2013.
9. Shiraishi, N., Reilly, J. Positive and negative impacts of schizophrenia on family caregivers: a systematic review and qualitative meta-summary. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2019; 54: 277-290.

10. Mouziraji Z, Mahmoodi-Shan G, Yazdi K, Modanloo M. The paradox of family care for patients with schizophrenia: A qualitative study. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*. 2022;9:211
11. Sichimba, F., Janlöv, A. C., Khalaf, A. Family caregivers' perspectives of cultural beliefs and practices towards mental illness in Zambia: an interview-based qualitative study. *Scientific Reports*. 2022; 12(1): 21388.
12. Darban F, Mehdipour-Rabori R, Farokhzadian J, Nouhi E, Sabzevari S. Family achievements in struggling with schizophrenia: life experiences in a qualitative content analysis study in Iran. *BMC Psychiatry*. 2021;21(1):7.
13. Tamizi Z, Fallahi-Khoshknab M, Dalvandi A, Mohammadi-Shahboulaghi F, Mohammadi E, Bakhshi E. Defining the concept of family caregiver burden in patients with schizophrenia: a systematic review protocol. *Syst Rev*. 2019;8(1):289.
14. Marshall P, Jones S, Gooding P, Robinson H, Lobban F. Caring for a Family Member with Psychosis or Bipolar Disorder Who Has Experienced Suicidal Behaviour: An Exploratory Qualitative Study of an Online Peer-Support Forum. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19:15192.
15. McFarlane WR. Family Interventions for Schizophrenia and the Psychoses: A Review. *Fam Process*. 2016;55(3):460-82.
16. Ferreira JTMA. Sobrecarga, ajuda e emoção expressa em familiares de doentes com Esquizofrenia. PhD [dissertation]. Instituto Politécnico de Bragança; 2016
17. Tressoldi, L. D. S. Emoção expressa e sobrecarga de familiares de pacientes no primeiro episódio psicótico e fatores relacionados. PhD [dissertation]. Universidade de São Paulo; 2016.
18. Sadath, A., Muralidhar, D., Varambally, S., Jose, J. P., Gangadhar, B. N. Family intervention in first-episode psychosis: a qualitative systematic review. *Sage Open*. 2015; 5(4): 2158244015613108.

19. Gonçalves-Pereira M, Xavier M, Neves A, Barahona-Correa B, Fadden G. Family interventions in schizophrenia. From theory to the real world in Portugal today. *Acta Médica Portuguesa*. 2006;19(1):1-8.
20. Rodolico A, Bighelli I, Avanzato C, Concerto C, Cutrufelli P, Mineo L, et al. Family interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*. 2022;9(3):211-21.
21. Brito MLdS. Grupos psicoeducativos multifamiliares : uma forma de aprender a viver com a esquizofrenia. PhD [dissertation]. Universidade de Lisboa; 2012.