

Esquizofrenia e Família: olhares diversos sobre a família

José Carlos Carvalho¹; Paula Pinto Freitas²; António Leuschner³

Resumo

A esquizofrenia sendo uma síndrome heterogénea, afeta a capacidade do doente a diferentes níveis (linguagem; perceção; pensamento...) e caracteriza-se por uma combinação de sinais e sintomas, com deterioração mental e prejuízo no funcionamento social.

A família é considerada como a unidade básica de desenvolvimento pessoal e onde se vivenciam experiências fundamentais para a formação da personalidade.

Os filhos dos doentes com esquizofrenia têm sido vistos como um grupo de risco no que respeita à sua saúde mental em resultado da exposição à doença do progenitor e/ou do risco genético. Nesta investigação tivemos como objetivo, caracterizar a família dos doentes com esquizofrenia que têm filhos e que mantêm contacto regular com eles, tendo focado os descendentes com idades compreendidas entre os 6-18 anos.

É um estudo de natureza quantitativa, descritivo e analítico, constituído por 38 famílias (38 doentes, 25 cônjuges e 50 filhos). Com recurso a instrumentos de avaliação individual e familiar (FACES IV; PFQP; WHOQOL, FRT) e respeito pelas normas éticas.

Os elementos da família (doentes, cônjuges e filhos), apresentam algumas dificuldades (socioeconómicas, escolar/académica, trabalho, acesso aos serviços de saúde e à informação sobre a doença), revelando os progenitores preocupação acrescida na exposição dos seus descendentes ao rótulo da doença mental e em colocar em risco a sua guarda legal.

Tanto os doentes como os cônjuges têm uma perceção da sua família, como funcional e a maioria das famílias são caracterizadas como flexíveis e unidas.

Apesar de não lhe ser reconhecida uma preocupação acrescida, é uma área sensível aos cuidados de enfermagem de Saúde Mental, podendo o enfermeiro desempenhar papel fundamental no acompanhamento das famílias e no desmontar do estigma da doença mental.

Palavras-chave: Esquizofrenia; Família; Filhos; Enfermagem.

¹ Escola Superior de Enfermagem do Porto. Professor Adjunto (zecarlos@esenf.pt).

² Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar UP. Professora Auxiliar.

³ Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar UP. Professor Catedrático Convidado.

Abstract

Schizophrenia as a heterogeneous syndrome, affects the patient's ability in different levels (language, perception, thought) and is characterized by a combination of signs and symptoms, with mental deterioration and impaired social functioning.

The family is considered as the basic unit for personal development and where it is lived essential experiences to personality formation.

Our aim was to characterize the family of the patient with schizophrenia who have children and who maintain regular contact with them, more focused on descendants aged between 6-18 years, since the children of patients with schizophrenia have been viewed as a risk group regarding their mental health disease resulting from the exposure to parent disease and / or genetic risk.

This is a quantitative study, descriptive and analytical, consisting of 38 families (38 patients, 25 spouses and 50 children). With the use of instruments of individual and family assessment (FACES IV; PFQP; WHOQOL, FRT) and respect for ethical standards.

The elements of the family (patients, spouses and children), present some difficulties (socioeconomic, educational / academic work, access to health services and information about the disease), showing increased concern in the parents' exposure to the label of their descendants' mental illness and jeopardize their legal guardian.

Both patients and spouses have a perception of their family as functional and most families are characterized as flexible and united.

Although not to be recognized a greater concern, is an sensitive area to nursing mental health care, and the nurse has a key role in monitoring these families and changing mental disease stigma.

Keywords: Schizophrenia; Family; Children; Nursing.

Introdução

Uma em cada quatro famílias tem pelo menos um elemento que sofre atualmente uma perturbação mental ou comportamental e uma em cada cinco crianças apresenta problemas de saúde mental, com tendência a aumentar (OMS, 2001; Portugal, 2008).

As crianças que são criadas em famílias em que um dos progenitores tem esquizofrenia, assim como os seus pontos de vista raramente têm sido estudados. O desconhecimento de trabalhos portugueses sobre esta temática, aliado à falta de consensos nos trabalhos que têm sido publicados, nomeadamente quanto à prevalência de psicopatologia nestas crianças e a importância atribuída à família, foram a motivação para a elaboração deste estudo.

O conceito de família tem-se alterado, acompanhando as mudanças da sociedade e tem ultrapassado as questões da consanguinidade e da coabitação, com maior destaque para as dimensões psicológicas e sociológica (Wright & Leahey, 2009; Figueiredo, 2009). O conceito de esquizofrenia sofreu várias alterações ao longo dos tempos, a maioria dos autores, descrevem-na sem no entanto arriscar uma definição, pelo que não existe uma conceptualização unânime e universal da patologia. Muitas vezes é definida como uma síndrome heterogénea de perturbações ao nível do pensamento, da percepção, da linguagem, do afeto e da volição, não existindo consenso,

quanto aos fatores que influenciam ou causam o seu aparecimento. Caracteriza-se por uma combinação de sinais e sintomas, com prejuízo no funcionamento social e/ou ocupacional e deterioração mental afetando pessoas de todas as classes sociais. Os sintomas positivos da esquizofrenia (ideias delirantes, alucinações, transtorno formal do pensamento, comportamento extravagante e desorganizado) são muitas vezes, exuberantes e atraem a atenção, os sintomas negativos tendem a prejudicar a capacidade da pessoa de levar uma vida quotidiana normal. Esta sintomatologia, tem uma relação muito importante e direta com as possíveis repercussões da doença na família. Os efeitos dos sintomas negativos no funcionamento do indivíduo são, habitualmente, o primeiro sinal de que algo está errado, para a família.

A imprevisibilidade que ocorre na relação com o doente com esquizofrenia, tem um efeito profundo nos membros da família. Os comportamentos erráticos ou inapropriados de muitos doentes psiquiátricos, associados à falta de informação sobre a doença, são causas frequentes de stress e tornam a família mais suscetível aos casos de ansiedade, depressão e raiva (Yacubian & Neto, 2001).

A presença de uma doença como a esquizofrenia no seio familiar, vai alterar todo o percurso familiar e vai pôr em evidência algumas das dificuldades e fragilidades do doente e de toda a família, potenciando a descompensação de um ou mais dos seus membros (Hanson, 2001).

A integração da pessoa com esquizofrenia no sistema familiar, contribuiu para a diminuição do número de recaídas e hospitalizações, para o aumento da adesão às diferentes opções de tratamento, na diminuição da taxa de criminalidade entre os doentes com esquizofrenia e na diminuição dos gastos governamentais na área da saúde mental (Portugal, 2008).

Esta crescente valorização da família e do seu papel como cuidadora, nomeadamente, pela importância do envolvimento familiar no processo terapêutico, fundamental na recuperação do doente, fomentou também o crescimento da investigação relativa à família da pessoa com doença mental grave, e ao mesmo tempo foi-se alterando a perspetiva de olhar para a família (Xavier *et al.* 2002).

Objetivos

Estudo e caracterização do funcionamento da família do doente com esquizofrenia, que tem filhos com idades entre os 6 e os 18 anos e que vive ou mantém contato frequente com ele(s).

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e exploratório, que está de acordo com a bibliografia uma vez que é escassa a informação relativa à caracterização destas famílias (Brady & McCain, 2004).

O protocolo de colheita de dados incluía uma entrevista estruturada e os instrumentos de avaliação.

A amostra foi constituída por 38 famílias (38 doentes, 25 cônjuges e 50 filhos), selecionados num hospital especializado do Norte de Portugal.

Instrumentos de colheita de dados

Escala de **Graffar** para a caracterização social da família (profissão, instrução, fontes de rendimento familiar, conforto do alojamento e os aspetos da habitação/bairro), com uma pontuação entre 5 e 25 pontos, categoriza a

família em 5 classes, em que a classe mais baixa (I) revela melhor índice social.

Questionário de Problemas Familiares de *Morosini et al.* (1991), na versão portuguesa, *Portuguese Family Problems Questionnaire (PPFQ)*, de Xavier & Caldas Almeida (2002). Instrumento de autopreenchimento constituído por 29 itens, que abrangem as áreas das repercussões da doença na família: interação familiar; rotina familiar; trabalho; saúde mental; saúde física e a rede social, assim como a necessidade de supervisão, apoio de técnicos, preocupação, estigma e sentimentos de culpa. Composto por cinco fatores principais (sobrecarga objetiva; sobrecarga subjetiva; apoio recebido; atitudes positivas e criticismo) e por secções adicionais onde se destacam a sobrecarga para os filhos e as implicações económicas diretas e indiretas, tendo sido desenvolvido de acordo com a patologia em estudo.

O World Health Organization Quality of Life (**WHOQOL-Bref**), da OMS, na versão portuguesa de Canavarro et al. 2006. Instrumento de medida genérico, multidimensional e multicultural, que permite a avaliação subjetiva da qualidade de vida (QV). Constituído por 26 questões (2 relativas à perceção geral da QV e 24 questões que representam os 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambiente. Os valores de cada domínio são transformados em valores percentuais.

O Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (**FACES IV**), de Gorall, Tiesel & Olson, (2004, 2006) e na versão portuguesa de Rolim, Rodrigues & Lopes (2005, 2006). Questionário de autoavaliação do funcionamento familiar, composto por 62 questões. Com duas dimensões centrais que são: a coesão e a adaptabilidade/flexibilidade da família, permite caracterizar as perspetivas individuais, face à família quanto aos níveis de coesão e de flexibilidade/adaptabilidade, assim como os níveis de satisfação e de comunicação familiar. Importante para o diagnóstico das relações familiares, uma vez que se centra em dimensões que são relevantes nos modelos de abordagem familiar e na terapia familiar, em que se foca no sistema relacional e integra 4 dimensões: a coesão; a flexibilidade a comunicação a satisfação familiar (Olson, Gorall & Tiesel, 2006).

O Family Relations Test (**FRT**) de Bene & Anthony (1957) - Teste das Relações Familiares, é um teste projetivo, lúdico e de fácil aplicação, que consiste em convidar a criança a reproduzir a sua família real, incluindo-se a si mesma, através de figuras de cartão com uma silhueta ambígua (representando pessoas de ambos sexos, com diversas idades, tamanhos e aparências), adaptam-se a qualquer família específica e a introduzir pequenas mensagens, que exploram as relações afetivas intrafamiliares (Malpique, 1998). Uma das figuras é designada pelo Sr. Ninguém e nela são depositados as mensagens que a criança entende não serem dirigidas a nenhum dos elementos da família.

Procedimentos

Seleção da amostra constituída por indivíduos adultos de ambos os sexos, com o diagnóstico de esquizofrenia e que têm filhos com idades compreendidas entre os 6 e os 18 anos, com contacto frequente e que aceitaram participar no estudo a partir da população de doentes com o diagnóstico de esquizofrenia, seguidos em um hospital especializado de Psiquiatria do norte de Portugal.

Aos doentes/familiares, eram explicados os objetivos e a finalidade do estudo e solicitada a participação e o consentimento informado. Solicitada a autorização e o consentimento expresso da Comissão de Ética do hospital.

A colheita de dados decorreu de março de 2008 a dezembro de 2009, no domicílio dos doentes selecionados. Foram utilizadas estratégias com a finalidade de obter o máximo de doentes referenciados:

Solicitado apoio ao pessoal de Enfermagem da consulta externa, que ajudou a referenciar o maior número de doentes (melhor conhecimento) com filhos.

Solicitada colaboração de outros profissionais de saúde mental, pelo conhecimento que podiam ter dos doentes e famílias.

Consultados os processos clínicos no arquivo da instituição, para deteção de referências à existência de filhos.

Dos 3.056 doentes com esquizofrenia, conseguimos referenciar 213 (6,9%) doentes com filhos e foi possível contactar 155 famílias (72,8%) e sinalizar a existência de 274 filhos.

A amostra foi constituída por 38 famílias (38 doentes, 25 cônjuges e 50 filhos).

As variáveis quantitativas contínuas foram analisadas através de medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão) e do tipo nominal, foram analisadas de acordo com as frequências relativas e absolutas, com recurso ao Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS Statistics 19).

Análise dos resultados

As famílias, são maioritariamente constituídas por agregados familiares reduzidos (23,7% vivem apenas com o(a) filho(a) e 42,1% com o(s) filho(s) e cônjuge), pertencem à classe média baixa (47,4% segundo Graffar) e os progenitores apresentam baixa escolaridade.

Os doentes são maioritariamente (52,6%) do sexo feminino, com uma média de idade de 40,87 ($\pm 4,82$) anos, cerca de metade (47,4%) são profissionalmente ativos, ainda que com profissões não qualificadas, e 76,3% mantêm contacto permanente com os filhos embora apenas ao fim de semana em 23,7%.

O aparecimento da sintomatologia foi posterior ao relacionamento conjugal em 66,7% dos casos e o nascimento do 1º filho ocorreu antes do aparecimento da doença em 61,8% dos casos.

Os cônjuges (casados-88%/união de facto-12%), têm uma média de idade mais elevada, 76% são profissionalmente ativos ainda que com profissões de baixa qualificação, 62,5% tiveram de alterar o seu funcionamento familiar, no entanto 29,2% referem ter tido necessidade de alterações no seu quotidiano e (16%) estarão a ser seguidos em consulta de Psiquiatria. Globalmente, apresentam bons valores médios de qualidade de vida (WHOQOL), com valores da média acima dos 75% para o domínio psicológico e de 72% para o domínio físico.

Relativamente à percepção da família com o Faces IV, pela análise de frequências, verificamos que os doentes percebem a sua família como uma família unida (58,6%), muito flexível (69,0%) com um nível de comunicação familiar moderado (51,7%), no entanto referem um nível de insatisfação familiar elevado (75,8%). Apontam para um baixo (58,6%) nível de emaranhamento, para um nível de desmembramento baixo (44,2%) e muito baixo (34,5%), com níveis de rigidez moderados (48,3%) e com um nível caótico baixo e muito baixo (75,8%).

Os cônjuges percebem a sua família como uma família unida (65,2%), muito flexível (82,6%) com um nível de comunicação familiar moderado (43,5%) ou alto (39,1%), e referem também um baixo nível de satisfação familiar (56,6%). Os resultados, apontam para um baixo (56,5%) nível de emaranhamento, com um nível de desmembramento muito baixo (56,5%), com níveis de rigidez moderados (43,5%) ou baixo (34,8%) e com um nível caótico baixo (47,8%) ou muito baixo (47,8%).

Os doentes apresentem resultados compatíveis com 10 tipos de família diferentes (Modelo Circumplexo/FACES IV), com 16 (55,2%) doentes a considerarem a sua família como flexível e unida. Os cônjuges apresentam resultados compatíveis com 5 tipos de família diferentes e 16 (60,9%) consideram, as suas famílias como flexíveis e unidas.

Relativamente aos filhos dos doentes com esquizofrenia, constatamos que 68% viviam com ambos os progenitores. Evidenciaram a presença de alguns fatores problema e/ou indicadores de vulnerabilidade (reprovações – 28%, seguimento em consulta de pedopsiquiatria – 8%, medicação psicofarmacológica – 8%, institucionalizadas – 6%).

A percepção das relações familiares pelos filhos através do FRT mostra que as figuras dos progenitores e as mães em particular, recebem globalmente mais afetos positivos que negativos não existindo diferenças quanto aos sentimentos positivos e negativos enviados e recebidos quer ao pai quer à mãe em função do estado de saúde/doença do progenitor em causa. Ou seja na nossa amostra a situação de doença não parece influenciar a qualidade dos afectos que os filhos nutrem em relação aos progenitores.

Discussão dos resultados

Os agregados familiares são constituídos na sua maioria por famílias nucleares, com a presença do(s) filho(s) e do cônjuge. Alguns contam com a presença dos ascendentes dos doentes, no entanto em muito menor escala, do que acontece com os doentes que não constituíram família e que vivem dependentes dos pais ou de familiares.

O contacto com os filhos, era um critério de seleção da amostra, mas surpreendeu-nos o facto de os filhos conviverem diariamente com o progenitor doente, 76,3% vivem permanentemente com o progenitor doente. Pela nossa experiência profissional e pelo acompanhamento dos doentes nos serviços de internamento de Psiquiatria, muitas vezes temos a percepção que os doentes com esquizofrenia, não têm contacto com os descendentes, sendo a custódia dos filhos entregue a terceiros (institucional ou familiares). Este facto realça ainda mais a importância deste estudo.

Sendo um estudo sobre os descendentes dos doentes e sobre os cônjuges, era expectável que os doentes, que vivem maritalmente, fossem em maior número que os solteiros, o que se verifica, com a condição de casado/união facto a representar mais de 65% da amostra.

Nas famílias estudadas, 52,6% dos doentes são do sexo feminino, o que está de acordo com a população em estudo, sendo este facto justificado pelo início tardio da doença na mulher assim como à sintomatologia ser menos exacerbada. Dalery & D'Amato, referem que 61% dos homens com esquizofrenia, não viviam em casal (depois dos 25 anos) contra 40% das mulheres, em que 42% das mulheres têm capacidade para manterem uma relação conjugal estável, contra apenas 12% dos homens.

A constituição da família e a opção de ter filhos, foi maioritariamente anterior à doença. O nascimento do 1º filho, ocorreu em 61,8% dos casos, anterior ao processo de doença, pelo que as crianças passaram também elas por um processo de adaptação, além de todas as alterações ocorridas no ambiente familiar. O mesmo se verificou com as relações conjugais, iniciaram o seu relacionamento em 66,7% das situações, anteriormente às manifestações e à sintomatologia própria da esquizofrenia.

Os baixos índices de escolaridade, associados às dificuldades impostas pela doença, assim com a presença de algum estigma social, levam a maior dificuldade no acesso a profissões mais qualificadas e melhor remuneradas.

Apesar das dificuldades referidas, cerca de metade dos doentes, encontra-se no ativo em termos laborais, continuando no mercado de trabalho o que é concordante com os bons níveis de funcionalidade evidenciados pela amostra estudada.

O tempo de doença apresenta uma amplitude grande [2-32 anos], existindo doentes em acompanhamento psiquiátrico há muitos anos e onde é claramente acentuado o caráter crónico da doença.

O acompanhamento psiquiátrico, no sexo masculino é praticamente o dobro do sexo feminino, possivelmente porque as mulheres apresentam evolução menos grave, menos recidivas, menos hospitalizações e consequentemente internamentos mais curtos, permitindo uma manutenção das capacidades de viver em casal, e com menor repercussões sociais da doença, melhor autonomia e capacidade de trabalho (Dalery & D'Amato, 2001).

As mulheres jovens pré-esquizofrénicas encontram-se melhor adaptadas que os homens, antes da descompensação clínica da doença, 40% das mulheres, são casadas no momento do primeiro internamento, contra 30% dos homens e o mesmo se verifica com o desenvolvimento psicossocial com 16% das mulheres que nunca tiveram relações sexuais com indivíduo do sexo oposto antes do início da doença, contra 40% dos homens (Dalery & D'Amato, 2001).

Dos cônjuges que participaram no estudo, 4 referiram ter também problemas da área da saúde mental, acompanhados em consulta de Psiquiatria. A sintomatologia referida pelos cônjuges, relaciona-se diretamente com sintomatologia depressiva ou quadros depressivos. Os cônjuges e os familiares estão sujeitos à “sobrecarga subjetiva”, algo difícil de ser mensurado, apesar dos esforços e de instrumentos como o PFQP. Com a utilização do inventário neuropsiquiátrico, pretendíamos saber, quais os episódios de manifestação de sintomatologia psiquiátrica que foram percebidos, e verificamos que alguns comportamentos estão presentes em praticamente todas as famílias. Alguns destes sinais e sintomas típicos da doença mental, podem induzir *per si* algumas alterações no relacionamento com os filhos e podemos verificar que estiveram expostos a manifestações de ansiedade e a comportamentos depressivos, assim como experienciaram episódios de agitação e de irritabilidade. Um dos aspetos que foi mais valorizado refere-se às alterações dos padrões do sono que estariam claramente prejudicados. As alterações do sono, não interferem só com o doente, interferindo de igual modo com o companheiro. As mudanças nos padrões de sono e de repouso alteram o funcionamento global do organismo, potenciam uma menor concentração, induzem maior sonolência diurna, condicionam um maior risco de acidentes, assim como uma maior irritabilidade, maior cansaço psicológico... e por consequência menor disponibilidade para os filhos/família.

A presença de atividade delirante e/ou alucinatória, sintomatologia algo emblemática desta doença, não foi mencionada pela maioria dos cônjuges. Consideramos este aspeto relevante, uma vez que a exposição a este tipo de sintomas da doença, poderá condicionar a forma como lidam com o doente e com a doença em família.

A análise da qualidade de vida (QV) pelo WHOQOL, revela valores percentualmente altos, o que nos permite afirmar, que a QV dos cônjuges está preservada, com valores mais elevados nos domínios da saúde física/mental e valores mais baixos nas relações sociais e do meio ambiente.

Os tipos de família, de acordo como o modelo Circumplexo e o Faces IV, mostram uma grande variedade da perceção que os doentes têm da sua família, mas maioritariamente apresentam família unidas e flexíveis, dentro dos padrões considerados normais de funcionalidade.

Pela análise do tipo de família, podemos verificar algumas diferenças e algumas semelhanças na forma como o doente e o seu cônjuge percecionam a sua família, mesmo quando esta apresenta evidência de ser considerada não equilibrada.

A existência 3 famílias classificadas como caóticas e emaranhadas, apesar de ser considerado baixo, poderá significar a existência de crianças em risco nessas famílias.

Os progenitores, demonstram uma preocupação acrescida na proteção dos seus descendentes, o que poderia ser considerado protetor, no entanto revelam, inibição no pedido de ajuda externa, o que pode não ser favorecedor da saúde familiar e do despiste de situações potencialmente graves para os próprios e para a restante família.

A ausência de informação relativa à família dos doentes com esquizofrenia poderá indiciar a pouca importância atribuída a este subgrupo de doentes, o que vai contra o que se preconiza para o tratamento e para a reabilitação. As famílias em que existe um progenitor com esquizofrenia não estão sinalizadas e toda a informação está dispersa pelos vários técnicos, sendo um aspeto a melhorar e em que a enfermagem deve ter um papel crucial.

Conclusões

A existência da doença por si, não foi motivo para que as famílias não pudessem funcionar. Tanto os doentes como os cônjuges apresentam uma perceção da sua família como funcional e a maioria das famílias são caracterizadas como flexíveis e unidas.

O grupo de doentes estudados, apresentam bons índices de funcionalidade, também confirmada pelo número significativo de doentes profissionalmente ativos. Admitimos que este nível de funcionalidade pode estar relacionado com a própria integração do doente na família podendo admitir-se serem os doentes *a priori* mais funcionais que constituem família e/ou que a constituição e manutenção da família funcione como factor protetor. Existe uma preocupação dos cônjuges no bem-estar dos doentes e na manutenção da relação, uma vez que valorizam muito a relação e manifestam uma preocupação com o companheiro(a), negligenciando as atividades de lazer/distração, na medida em que outros aspetos do relacionamento são mais urgentes ou requerem maior exigência.

Revelam uma boa perceção da qualidade de vida, avaliada pelo WHOQOL, que se traduz pela boa adaptação ao processo de saúde/doença do seu cônjuge.

Apesar da existência da doença na família, revelam uma preocupação acrescida na proteção dos seus descendentes, no que diz respeito a expô-los ao rótulo da doença mental, uma vez que o estigma ainda é um fator de exclusão.

A relação de proximidade das crianças com o progenitor doente é frequente, apesar da esquizofrenia. Os filhos estão expostos a fatores de vulnerabilidade e risco, além da doença mental crónica de um dos progenitores. Se tivermos em conta o conjunto de indicadores utilizados para avaliar o potencial sofrimento e/ou desadaptação na criança (manifestações psicopatológicas, recurso a consulta especializada, uso de psicofármacos, reprovações/retenções escolares, enquadramento familiar) constatamos que um ou mais destes indicadores estava presente nos filhos de doentes com esquizofrenia. Apesar disso, a doença mental do progenitor não parecia influenciar a qualidade dos sentimentos expressos relativamente ao pai ou à mãe.

Este estudo aborda áreas de estudo e investigação multidisciplinares, sendo defendida a complementaridade de todos os profissionais de saúde e onde a enfermagem deve ter um papel importante, contribuindo com mais um olhar na abordagem da esquizofrenia e da família.

Referências bibliográficas

- BENE, E. & ANTHONY, E. *Manual for the Family Relations Test*, Windsor, UK NFER-Nelson. 1957.
- BRADY N. & MCCAIN G. Living with schizophrenia: a family perspective. *Online Journal of Issues in Nursing* 10, 7, 2004.
- DALERY, J. & D'AMATO, T. *A esquizofrenia: investigações actuais e perspectivas*. Climepsi, Lisboa, 2001.
- FIGUEIREDO, M. *Enfermagem de família: um contexto do cuidar*. (Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto), 2009.
- HANSON, S.. *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família - Teoria, Prática e Investigação*. 2.ª ed. Loures: Lusociência, 2001.
- MALPIQUE, C.. *A ausência do pai*. 3.ª ed. Porto: Afrontamento, 1998.
- OLSON, D. & GORALL, D. *FACES IV & the Circumplex Model*. Missing publication info <http://www.facesiv.com/pdf/3.innovations.pdf> 2006.
- OLSON, D. FACES IV and the Circumplex Model: validation study. *Journal of Marital & Family Therapy* 3, 64-80, 2011.
- OLSON, D; GORALL, D. & TIESEL, J.. *FACES IV Package Administration Manual*, 2006.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE *Relatório sobre a Saúde no Mundo - Saúde Mental: Nova conceção*. 1st edn. Nova Esperança, Lisboa, 2001.
- PORTUGAL, Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde. Coordenação Nacional para a Saúde Mental. *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, Resumo Executivo*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 56 p, 2008.
- WRIGHT, L.M. & LEAHEY, M. *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*. 4th edn. Roca, São Paulo, 2009.
- XAVIER, M., CALDAS DE ALMEIDA, J., MARTINS, E., BARAHONA, B. & KOVESS, V. Avaliação das necessidades de cuidados de indivíduos com esquizofrenia em Portugal: estudo comparativo multicêntrico. *Saúde Mental* 20, 5-17, 2002.
- XAVIER, M., PEREIRA, M.G., CORRÊA, B.B. & CALDAS DE ALMEIDA, J.M. Questionário de problemas familiares: desenvolvimento da versão portuguesa de um instrumento de avaliação da sobrecarga familiar. *Psicologia, Saúde e Doenças* 3, 165-177, 2002.
- YACUBIAN, J. & NETO, F. Psicoeducação familiar. *Família, Saúde & Desenvolvimento* 3, 98-108, 2001.