

Maria Almeida



Sobrecarga dos familiares que coabitam com a pessoa com esquizofrenia

IPV - ESSV | 2014

**Instituto Politécnico de Viseu**  
Escola Superior de Saúde de Viseu

Maria João Almeida

**Sobrecarga dos familiares que coabitam com a pessoa  
com esquizofrenia**

Outubro de 2014

Maria João Almeida

**Sobrecarga dos familiares que coabitam com a pessoa  
com esquizofrenia**

**Mestrado de Educação para a Saúde**

Trabalho efetuado sob a orientação de  
Professora Doutora Lídia do Rosário Cabral  
Professor Doutor João Carvalho Duarte





“Ganhamos força, coragem e confiança em cada experiência em que verdadeiramente paramos para enfrentar o medo”.

Eleanor Roosevelt



## **Agradecimentos**

Para a realização desta pesquisa, tive o privilégio de contar com a colaboração de muitas pessoas, a quem desejo expressar os meus mais sinceros agradecimentos.

Em primeiro lugar, quero agradecer aos meus orientadores, Professora Doutora Lídia Cabral e Professor Doutor João Carvalho Duarte, pela orientação, disponibilidade e compreensão pelos momentos mais difíceis.

À Sr<sup>a</sup> Enf. Chefe do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Consulta Externa, Manuela Cordeiro, pelo carinho e disponibilidade dos recursos existentes e pela partilha da sua experiência profissional e académica.

Aos familiares das pessoas com esquizofrenia e às próprias pessoas com esquizofrenia.

A uma amiga especial, Filomena, pelo otimismo e persistência, pelo apoio nos momentos mais difíceis em que me vi quase a desistir.

Por fim, quero agradecer aos meus pais, pilares fundamentais que me apoiaram incondicionalmente na concretização deste mestrado nesta fase da minha vida.

**A todos, o meu profundo agradecimento.**



## Resumo

**Enquadramento** - A família/cuidador informal sente várias dificuldades no cuidar o familiar com esquizofrenia, nas atividades da vida diária, as mudanças ocorridas na rotina, a diminuição do lazer, os problemas de saúde, as preocupações, o medo de adoecer, a obrigatoriedade do cuidado, o custo do tratamento, os aspetos financeiros e as expectativas em relação ao futuro, fatores que se constituem como sobrecarga para os cuidadores. O conhecimento desta realidade é indispensável para melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

**Objetivo** - Objetivou-se, com este estudo, avaliar a sobrecarga dos familiares que coabitam com a pessoa com esquizofrenia; analisar em que medida as variáveis sociodemográficas, clínicas e contextuais interferem na sobrecarga dos familiares; analisar a relação entre estado depressivo e a sobrecarga dos familiares que coabitam com a pessoa com esquizofrenia.

**Material e Método** - Para a obtenção dos objectivos de investigação delineados, optou-se pelo tipo de investigação quantitativa e não experimental, com corte transversal, descritiva e correlacional. A recolha de informação foi realizada através de questionários: questionário de caracterização sociodemográfica; Inventário de Depressão de Beck (BDI – Beck Depression Inventory); Escala de sobrecarga do cuidador de Zarit.

**Resultados** – A variável género interferiu significativamente no impacto da prestação de cuidados, bem como a variável grau de parentesco com o doente esquizofrénico, nomeadamente foram os familiares não diretos do doente com esquizofrenia revelam médias mais elevadas na percepção de autoeficácia. A variável sociodemográfica idade do doente com esquizofrenia interferiu na sobrecarga dos seus cuidadores, mais concretamente ao nível do impacto da prestação de cuidados e na sobrecarga global. A variável género do doente com esquizofrenia interferiu estatisticamente na sobrecarga do seu familiar cuidador, mais concretamente no impacto da prestação de cuidados. Houve uma correlação estatisticamente significativa entre a sintomatologia depressiva e a sobrecarga dos familiares que coabitam com a pessoa com esquizofrenia.

**Conclusão** – Cuidar de um familiar com esquizofrenia causa sobrecarga física e emocional ao cuidador informal. Os enfermeiros devem ajudar na resolução de conflitos que surgem da convivência com um familiar esquizofrénico; auxiliar os familiares a reduzir a sua ansiedade; dar-lhe condições para lutar contra as forças destrutivas que podem aumentar a sua sobrecarga; fortalecer a família contra perturbações críticas e fomentar a identidade familiar e os seus valores próprios, no sentido de ajudar os familiares na prestação de cuidados.

**Palavras-chave:** Pessoa esquizofrénica; família/cuidador informal; sobrecarga.



## **Abstract**

**Background** - The family / informal caregiver feels several difficulties in caring family with schizophrenia, in activities of daily living, changes in routine, decreased leisure, health issues, concerns, fear of illness, the mandatory care, treatment costs, financial aspects and expectations about the future, factors that constitute as burden on caregivers. The knowledge of this is essential to improve the quality of care.

**Objective** - The objective of this study was to assess the burden on family members who live with the person with schizophrenia; analyze the extent to which sociodemographic, clinical and contextual variables influence the burden of family; examine the relationship between depressive state and the burden on family members who live with the person with schizophrenia.

**Methods** - To obtain the objectives outlined research, we chose the type of quantitative and non-experimental research with cross sectional, descriptive and correlational court. The information collection was conducted through questionnaires: characterization of sociodemographic questionnaire; Beck Depression Inventory (BDI - Beck Depression Inventory); Scale of the Zarit caregiver burden.

**Results** - The gender variable significant in impact of caregiving, as well as the variable degree of kinship with the schizophrenic patient, in particular were not direct relatives of patients with schizophrenia showed higher average in perception of Self-efficacy. The socio-demographic variable age of the patient with schizophrenia interfered with the overload of their caregivers, more specifically the level of impact of care and the global burden. The variable gender of the patient with schizophrenia interfered statistically overload in family caregivers, specifically in impact of caregiving. There was a statistically significant correlation between depressive symptoms and the burden on family members who live with the person with schizophrenia.

**Conclusion** - Caring for a relative with schizophrenia causes physical and emotional to the informal caregiver burden. Nurses must help resolve conflicts that arise from living with a schizophrenic family; assist families to reduce their anxiety; give you conditions to fight against the destructive forces that can increase your overhead; strengthen the family against criticism disorders and foster family identity and their own values, to help the family in providing care.

**Keywords:** Schizophrenic Person; family / informal caregiver; overload.



## Índice Geral

Introdução.....	17
-----------------	----

### I Parte - Enquadramento Teórico

1. Esquizofrenia: definição .....	23
1.1. Sintomatologia .....	23
1.1.1. Comparação entre CID-10 e DSM-IV-TR .....	25
1.2. Epidemiologia .....	27
1.3. Psicopatologia .....	29
1.4. Diagnóstico .....	33
2. Cuidador Informal .....	35
2.1. Funções e perfil do cuidador .....	37
2.2. Sobrecarga do cuidador informal do doente com esquizofrenia .....	39

### II Parte - Investigação Empírica

1. Metodologia .....	47
1.1. Métodos .....	47
1.2. Participantes.....	51
1.2.1. Caracterização sociodemográfica da amostra .....	51
1.3. Instrumentos.....	53
1.3.1. Questionário.....	53
1.3.2 Inventários e escala .....	54
1.4. Análise dos dados .....	62
2. Resultados.....	65
2.1. Análise Descritiva .....	65
2.2.1. Variáveis clínicas da pessoa com esquizofrenia.....	65
2.1.2. Sintomatologia depressiva do cuidador informal.....	67
2.2. Análise inferencial.....	71
2.2.1. Variáveis sociodemográficas dos familiares de pessoas com esquizofrenia e sobrecarga.....	71

2.2.2. Variáveis clínicas (tipo de esquizofrenia, patologia noutros membros da família) na sobrecarga dos familiares de pessoas com esquizofrenia.....	73
3. Discussão .....	77
Conclusão .....	85
Bibliografia.....	89
Anexos .....	93

## Índice de Quadros

Quadro 1. Critérios de diagnóstico para o tipo paranóide .....	30
Quadro 2. Critérios de diagnóstico para o tipo desorganizado .....	31
Quadro 3. Critérios de diagnóstico para o tipo catatónico .....	31
Quadro 4. Critérios de diagnóstico para o tipo indiferenciado .....	32
Quadro 5. Critérios de diagnóstico para o tipo residual .....	33
Quadro 6. Critérios de diagnóstico para esquizofrenia .....	35
Quadro 7 – Inventário de Depressão de Beck estudo da consistência interna .....	55
Quadro 8 – Estatísticas e Valores Correlacionais da Escala de Sobrecarga do Cuidador ..	58
Quadro 9 – Consistência interna por subescalas da escala sobrecarga do cuidador .....	60
Quadro 10 – Valores de alfa de conbach para as subescalas da sobrecarga do cuidador e valor global .....	61
Quadro 11 - Matriz de Correlação de Pearson entre subescalas da sobrecarga do cuidador .....	61
Quadro 12 - Correlação dos itens com as subescalas da sobrecarga do cuidador .....	62



## Índice de Tabelas

Tabela 1 - Género em função da idade.....	51
Tabela 2 - Género em função do estado civil .....	52
Tabela 3 – Habilitações académicas em função do género .....	52
Tabela 4 – Grau de parentesco com o doente em função do género .....	53
Tabela 5 – Tipo de esquizofrenia em função do género .....	65
Tabela 6 – Tempo de diagnóstico em função do género .....	66
Tabela 7 – Idade do doente com esquizofrenia em função do género .....	66
Tabela 8 – Coabitação em função do género da pessoa com esquizofrenia .....	66
Tabela 9 - Estatísticas relativas à sintomatologia depressiva .....	67
Tabela 10 - Distribuição dos inquiridos segundo os sintomas depressivos e o género .....	67
Tabela 11 - Distribuição dos inquiridos segundo os sintomas depressivos e a idade .....	68
Tabela 12 – Distribuição dos inquiridos segundo os sintomas depressivos e o género .....	68
Tabela 13 - Distribuição dos inquiridos segundo os sintomas depressivos e a idade .....	69
Tabela 14 - Distribuição dos inquiridos segundo os sintomas depressivos e o estado civil ..	69
Tabela 15 - Distribuição dos inquiridos segundo os sintomas depressivos e as habilitações académicas .....	70
Tabela 16 - Distribuição dos inquiridos segundo os sintomas depressivos e o grau de parentesco .....	70
Tabela 17 - Distribuição dos inquiridos segundo os sintomas depressivos e a sobrecarga..	71
Tabela 18 - Testes U de Mann-Whitney relacionando o género e a idade com a sobrecarga .....	72
Tabela 19 – Teste t de student relacionado o estado civil e a sobrecarga .....	72
Tabela 20 - Teste ANOVA relacionando as habilitações académicas e a sobrecarga.....	73
Tabela 21 - Teste U de Mann-Whitney o grau de parentesco com o doente e a sobrecarga	73
Tabela 22 - Testes U de Mann-Whitney relacionando as variáveis clínicas com a sobrecarga .....	74
Tabela 23 - Testes U de Mann-Whitney relacionando as variáveis sociodemográficas do doente com esquizofrenia e sobrecarga .....	75
Tabela 24 - Correlação relacionando a sobrecarga e suas dimensões com a depressão ....	76



## Introdução

A esquizofrenia é um transtorno de evolução crónica, que se caracteriza pela desorganização dos processos mentais e marcado por forte estigma. Por norma, a idade do início do transtorno varia entre os 15-20 anos para os homens e entre os 20-25 anos para as mulheres. Os sintomas são classificados de positivo de acordo com a presença de delírios, alucinações e desorganização do pensamento e da conduta; negativos concernentes às alterações do afeto, perdas cognitivas, avolição e anedonia. Apesar da existência de características hereditárias genéticas que contribuem para o aparecimento do transtorno, esse fator não é determinante. Não existe uma causa específica e o seu tratamento deve envolver o cuidado contínuo associado à psicoterapia e à terapêutica medicamentosa.

A tarefa de cuidar de um familiar com esquizofrenia pode produzir uma sobrecarga intensa que acaba por comprometer a saúde, a vida social, a relação com outros membros da família, o lazer, a disponibilidade financeira, a rotina doméstica, o desempenho profissional e inúmeros outros aspetos da vida familiar e pessoal (Imaginário, 2004). Em conformidade com a mesma autora, os cuidadores principais realizam tarefas muito variadas, que vão desde a vigilância e acompanhamento até à administração de medicação e a prestação direta de cuidados “quase profissionais”, tratando-se de tarefas que se desenvolvem num horário ininterrupto, sem limite de tempo. Frequentemente, são realizadas em simultâneo com outras.

Cuidar é uma noção familiar e quotidiana difícil de definir. Abarca diferentes dimensões, elementos e componentes que são interpretáveis de diversas formas. É uma forma de relação que inclui experiências que requerem uma relação em que a dedicação é imprescindível. São várias as tensões que os membros de uma família podem sofrer perante a prestação de cuidados ao familiar com esquizofrenia, entre elas, o acréscimo de responsabilidades, o que pode conduzir à modificação dos papéis de cada membro, podendo mesmo haver a necessidade de iniciar novas aptidões, a sobrecarga, pela disponibilidade incondicional, que é dada à pessoa com esquizofrenia, conduz a um condicionalismo das relações sociais por parte do familiar cuidador (Filho, Sousa, Parente & Martins, 2010). Os mesmos autores referem que os efeitos da esquizofrenia podem ser devastadores para os cuidadores informais, surgindo, assim, o termo “sobrecarga familiar” que se fundamenta no impacte causado pela presença do familiar com essa patologia sobre o ambiente familiar, o que abarca os aspetos económicos, práticos e emocionais a que se encontram submetidos os familiares que prestam cuidados necessários e exigidos pelo doente.

A família pode demonstrar um sentimento de culpa pelas dificuldades que enfrenta pelo seu familiar com esquizofrenia e também apresentar ansiedade por não saber, nas suas ações, como lidar com alguns comportamentos do familiar, como as dificuldades de interação com o ambiente social, que envolve dimensões como a ansiedade muito intensa, estado de stresse elevado, fobia social e situações sociais e emocionais intensas. Surge, ainda, a insegurança quanto ao melhor modo possível de cuidar do mesmo (Pegoraro & Caldana, 2006).

A esquizofrenia é uma patologia crónica complexa que pode levar a pessoa afetada à dependência e à desorganização, resultando numa elevada sobrecarga objetiva e subjetiva para os familiares cuidadores. O cuidado intenso e contínuo torna-se numa sobrecarga para os cuidadores, evidenciando a necessidade de um trabalho contextualizado com a realidade das famílias, onde lhes seja concedido um espaço para exteriorizarem os seus conflitos emocionais, situações de crise e dúvidas, para que possam possuir um suporte psicológico que lhes permita enfrentar as adversidades que surgem no cuidado quotidiano com o familiar com esquizofrenia (Filho et al., 2010).

Com base no exposto, surgiram as seguintes questões de partida:

- Que fatores influenciam a sobrecarga dos familiares que coabitam com a pessoa com esquizofrenia?
- Que variáveis sociodemográficas, clínicas e contextuais ao cuidador interferem na sobrecarga dos familiares que coabitam com a pessoa com esquizofrenia.
- Que relação existe entre o estado depressivo e a sobrecarga dos familiares que coabitam com a pessoa com esquizofrenia?
- Haverá uma correlação estatisticamente significativa entre a depressão e a s dos familiares que coabitam com a pessoa com esquizofrenia?

Para se poder dar resposta às questões formuladas, foram delineados os seguintes objetivos:

- Avaliar a sobrecarga dos familiares que coabitam com a pessoa com esquizofrenia;
- Analisar em que medida as variáveis sociodemográficas, clínicas e contextuais interferem na sobrecarga dos familiares que coabitam com a pessoa com esquizofrenia.
- Analisar a relação entre estado depressivo e a sobrecarga dos familiares que coabitam com a pessoa com esquizofrenia.

O presente trabalho está estruturado em duas partes: numa primeira parte, faz-se a contextualização da problemática em estudo que se constitui como um quadro conceptual fomentador de um maior conhecimento do tema, abordando-se a esquizofrenia, o cuidador formal, a sobrecarga dos familiares cuidadores do doente com esquizofrenia.

Na segunda parte apresentamos a investigação empírica, onde clarificamos os objetivos e as questões metodológicas que possibilitaram o seu desenvolvimento, assim como a apresentação, análise e discussão dos resultados, principais conclusões e uma reflexão crítica acerca dos procedimentos metodológicos adotados e os resultados obtidos, com as respetivas implicações práticas.

Em jeito de conclusão e com base no enquadramento teórico efetuado, bem como no estudo empírico desenvolvido, serão tecidas algumas considerações de jaez reflexiva. Deste modo, procurar-se-á explicitar, de forma naturalmente sumária, as ilações mais relevantes que deste trabalho se consideraram pertinente extrair.







## 1. Esquizofrenia: definição

A esquizofrenia é uma das mais intrigantes e também estudadas condições psiquiátricas. A riqueza psicopatológica e as características clínicas, tais como o seu início na adolescência e o curso deteriorante sem grandes alterações neurológicas, despertam curiosidade e geram um número considerável de pesquisas sobre os processos neurofisiológicos envolvidos na doença (DSM-IV-TR, 2006).

Esquizofrenia é um distúrbio de etiologia desconhecida, caracterizado por sintomas psicóticos que comprometem de forma significativa o desempenho e envolvem perturbações de sensações e sentimentos, do pensamento e do comportamento. O distúrbio é crónico, e geralmente apresenta uma fase activa (dura pelo menos seis meses e inclui pelo menos um mês de fase de sintomas activos) com delírios, discurso desorganizado, comportamento marcadamente desorganizado, alucinações ou ambos e uma fase residual, na qual o distúrbio pode estar remitido (DSM-IV-TR, 2006).

De acordo com CID-10 (1997, p. 115), o vocábulo esquizofrenia significa “as perturbações esquizofrénicas caracterizam-se geralmente, através de distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção, e por afectos inapropriados ou embotados. Mantém clara a consciência e a capacidade intelectual, embora certos deficits cognitivos possam evoluir no curso do tempo. Os fenómenos psicopatológicos mais importantes incluem o eco do pensamento, a imposição ou o roubo do pensamento, a divulgação do pensamento, a percepção delirante, ideias delirantes de controlo, de influência ou de passividade, vozes alucinatórias que comentam ou discutem com o doente na terceira pessoa, perturbações do pensamento e sintomas negativos”.

Teixeira (2005) acrescenta que a esquizofrenia é uma das doenças mentais mais graves e incapacitantes do mundo, não só para o doente mas também para toda a sua rede de relações sociais e familiares. Na prática, resulta numa profunda mudança da personalidade, do pensamento, dos afectos e do sentido da própria individualidade. É uma perturbação grave que leva o doente a confundir a fantasia com a realidade e que geralmente conduz a modos de vida inadapta e ao isolamento social.

### 1.1. Sintomatologia

Os sintomas característicos da esquizofrenia envolvem um conjunto de disfunções cognitivas e emocionais que incluem percepção, pensamento indutivo, linguagem e comunicação, comportamento, afeto, fluência e produção de pensamento e do discurso,

---

capacidade hedónica, vontade e impulsos, e atenção. Nenhum sintoma isolado é patognomónico de esquizofrenia; o diagnóstico envolve o reconhecimento de uma constelação de sinais e sintomas associados à incapacidade do funcionamento ocupacional ou social (DSM-IV-TR, 2006).

Geralmente, os sintomas característicos permanecem por muito mais tempo e, muitas vezes, alguns persistem no resto da vida do doente. A combinação de incapacitação significativa, que começa cedo na vida, com a cronicidade da doença tornam a esquizofrenia um distúrbio particularmente trágico para muitos doentes. Além disso, a esquizofrenia é bastante comum, ocorrendo entre 0,5 a 1% da população mundial. Esta combinação de características comuns, severas e pervasivas torna a esquizofrenia “o cancro da psiquiatria” (Pull, 2005).

Às vezes, é conveniente pensar na esquizofrenia como uma doença que afecta sistemas múltiplos de emoção, personalidade e cognição. Neste sentido, ela é semelhante a outros distúrbios na medicina, tais como a lúpus eritematoso sistémico, a esclerose múltipla ou a sífilis.

Os sintomas característicos podem ser conceptualizados em duas amplas categorias: positivos e negativos.

Comummente, os sintomas positivos incluem delírios, alucinações, fala desorganizada e comportamento desorganizado e bizarro. Estes sintomas representam distorções ou exageros das funções cognitivas ou emocionais normais. Alucinações são alterações na percepção (ou seja, ouvir vozes sem um estímulo); delírios são uma distorção no pensamento inferencial (ou seja, interpretação errónea das informações, muitas vezes de modo a sugerir perigo ou dano); a fala desorganizada é uma rutura na linguagem e na comunicação, refletindo uma desorganização subjacente no pensamento; o comportamento desorganizado é uma rutura no controlo e na monitorização motora ou comportamental. Estes sintomas positivos às vezes são ainda subdivididos em dois grupos. Os delírios e alucinações são classificados como representantes de um contexto psicótico, enquanto a fala e o comportamento desorganizados ou bizarros são considerados como representantes de um contexto desorganizado. Segundo a grande maioria das definições correntes, alguns sintomas positivos estão sempre presentes na esquizofrenia. O padrão, porém, pode variar. Um doente pode, por exemplo, estar psicótico e ouvir vozes e sentir-se perseguido. Outro doente pode estar mais desorganizado, falar de um modo incoerente e exibindo alterações do comportamento, tais como a agitação, usar roupas estranhas ou fazer propostas sexuais claramente inapropriadas (DSM-IV-TR, 2006).

Os sintomas negativos da esquizofrenia refletem uma perda ou diminuição de funções que, em condições normais, se encontram presentes. Os sintomas negativos incluem alogia (marcante pobreza de fala e fala vazia de conteúdo), embotamento afetivo (diminuição na habilidade de expressar-se emocionalmente), anedonia (inabilidade de experimentar prazer, perda de interesse pela interação social) e avolição (incapacidade de iniciar ou persistir na busca de um objetivo). A anedonia ou perda da capacidade de sentir prazer, foi proposta como a característica central ou cardinal da esquizofrenia. A anedonia social abrange a perda de prazeres como estar com os amigos ou estar com outras pessoas. O embotamento afetivo foi considerado comum, mas não omnipresente, em doentes com esquizofrenia, sendo também comum em doentes depressivos. Os défices cognitivos foram relacionados como características importantes da esquizofrenia desde as descrições originais de Kraepelin e Bleuler (Kraepelin, 1919, cit. por Ramos, 2004).

Enquanto os sintomas positivos da esquizofrenia são, muitas vezes, exuberantes e atraem a atenção para a doença do doente, os sintomas negativos tendem a prejudicar a capacidade da pessoa de levar uma vida quotidiana normal. Estes sintomas tendem a impedir que os doentes esquizofrénicos mantenham relacionamentos familiares normais, frequentem escolas, mantenham um emprego ou formem amigos e relacionamentos íntimos (Almeida et al., 2010).

Além destes sintomas «clássicos» que envolvem dimensões psicóticas, desorganizadas e negativas, uma variedade de outros sintomas também são frequentemente observados. Estes incluem deficiência na atenção, falta de discernimento e comportamento motor catatónico. Além disso, muitos dos sintomas mais comuns, como os delírios, podem manifestar-se de formas totalmente diferentes. Os delírios podem, por exemplo, manifestar-se diferentemente como perseguição, inveja, megalomania e religiosidade. As alucinações podem apresentar muitas modalidades, incluindo auditiva, visual, táctil ou olfativa. As alucinações auditivas, no entanto, são de longe, o tipo mais comum (Pull, 2005).

#### 1.1.1. Comparação entre CID-10 e DSM-IV-TR

O algoritmo geral de diagnóstico para a diagnose da esquizofrenia é mais simples na CID-10 (1997) do que no DSM-IV-TR (2006). Os critérios da CID-10 requerem que os sintomas característicos do distúrbio estejam presentes por mais de um mês e que os sintomas não sejam atribuíveis a um distúrbio de humor ou a causas «orgânicas». A CID-10 não requer evidências de disfunção social ou ocupacional para fazer o diagnóstico da esquizofrenia, enquanto o DSM-IV-TR requer.

Os dois sistemas diferem em termos dos sintomas considerados característicos (ou seja, listados no critério A). A CID-10 enfatiza mais os sintomas de primeira classe de Schneider, muitos dos quais são especificamente listados nos critérios. A listagem dos sintomas na CID-10 também é muito mais específica e relativamente mais complexa do que no DSM-IV-TR, o qual refere-se principalmente a categorias gerais de sintomas (ou seja, delírios, alucinações, fala desorganizada).

Um estudo mais profundo, no entanto, mostra que o algoritmo que consta da lista de sintomas característicos é de facto muito semelhante nos dois sistemas. Ambos requerem que os sintomas característicos estejam presentes durante grande parte do tempo por um período de um mês; o DSM-IV-TR menciona que o clínico pode usar seu julgamento com relação a esta exigência de duração quando o doente foi tratado com êxito, enquanto a CID-10 não faz qualquer menção de tratamento, porém supostamente também permitiria o uso de julgamento clínico. Ambos sistemas conferem maior peso diagnóstico a determinados tipos de delírios e alucinações (ou seja, apenas um dos sintomas é exigido) e estes «sintomas especiais» são do tipo schneideriano geral. Na ausência destes tipos de delírios e alucinações, dois sintomas característicos são necessários e a lista é bastante semelhante nos dois sistemas.

A principal diferença entre os dois sistemas é que a CID-10 não requer uma duração de seis meses para um diagnóstico de esquizofrenia (critério C no DSM-IV-TR). Na CID-10 um mês de sintomas característicos satisfaz plenamente ao tempo de duração. Um corolário disso é que a CID não enfatiza em absoluto o conceito de sintomas prodromais ou residuais.

A fronteira entre distúrbio esquizoafetivo e distúrbio de humor apresenta algumas diferenças nos dois sistemas. Se uma síndrome de humor completa esteve presente, a CID-10 requer que a esquizofrenia seja diagnosticada apenas quando os sintomas psicóticos precederam o início da síndrome de humor, ao invés de enfatizar a duração geral dos dois tipos de sintomas (ou seja, de humor e psicótico) como no DSM-IV-TR.

Em suma, o conceito de esquizofrenia na CID-10 é mais amplo em alguns aspetos do que no DSM-IV-TR e mais restrito noutros. A CID-10 é mais ampla enquanto requer uma duração de apenas um mês e também inclui formas não psicóticas de esquizofrenia (ou seja, esquizofrenia simples) dentro da categoria geral. No entanto, a CID-10 é mais restrita, enquanto enfatiza a importância de sintomas psicóticos extravagantes e especialmente o conceito relativamente restrito dos sintomas de primeira classe schneiderianos, enquanto a lista geral dos sintomas característicos no DSM-IV-TR é um pouco mais ampla.

A CID-10 é também mais específica na descrição de diversos tipos de psicoses reativas e das diversas manifestações de distúrbios psicóticos breves. Esta ênfase sobre a

---

importância de categorias particulares de síndromes psicóticas breves reflete o peso clínico dado a estas síndromes específicas em diversas partes do mundo. A CID-10 foi projetada para satisfazer um grupo mais amplo de necessidades e está fundamentada em extensa colaboração internacional.

O DSM-IV-TR, por outro lado, foi projetado principalmente por psiquiatras norte-americanos e, no seu desenvolvimento, enfatizou mais um apelo para as evidências a partir de pesquisa empírica. No entanto, os autores de ambos os sistemas trabalharam em extrema união com o objetivo de atingir tanta uniformidade nos dois sistemas quanto possível. Na maioria dos casos os diagnósticos a partir de qualquer um destes dois sistemas tendem a ser bastante semelhantes.

## 1.2. Epidemiologia

A epidemiologia estuda a ocorrência e a distribuição de uma doença, ou condição relacionada à saúde, nos diversos grupos populacionais, procurando investigar os fatores determinantes na sua etiologia e prognóstico (Azevedo, 2005).

Embora a imprensa explicita casos de crimes cometidos por esquizofrênicos, a realidade é que apenas uma pequena fração destas pessoas são perigosas. Quando ocorrem episódios violentos, é porque a doença não foi tratada ou não está a ser tratada, porque teve um tratamento inadequado ou refratário (Dalery & Amato, 2010).

De acordo com os autores acima referenciados, nos Estados Unidos, a maioria das pessoas com esquizofrenia vive com a família, uma minoria fica em unidades psiquiátricas, vivem sozinhas ou estão em abrigos públicos. O custo da esquizofrenia pode ser comparado aos de outras doenças sérias, especialmente quando envolve hospitalizações por muitas semanas e muita medicação por vários meses.

Uma investigação, desenvolvida no Instituto Nacional para a Saúde Mental dos Estados Unidos, em Bethesda, no Estado de Maryland, indica que a esquizofrenia, uma condição psicótica que afeta cerca de 60 milhões de pessoas no mundo, pode ser o risco que determinadas pessoas têm de correr no desenvolvimento extraordinário de capacidades intelectuais (Marques-Teixeira et al., 2006).

A investigação, publicada no *Journal of Clinical Investigation*, sugere que alguns dos factores genéticos que envolvem as capacidades cognitivas podem apresentar problemas, deixando uma parte dos indivíduos com maior probabilidade de ter problemas mentais. Os investigadores examinaram uma variação comum de um gene, o DARPP-32, que faz com

---

que a região do cérebro responsável pelo raciocínio mais sofisticado seja mais eficiente, melhorando o processo de transmissão de informações. Contudo, o gene também foi ligado a funções cerebrais registadas em doentes com esquizofrenia (Sacazufca, 2008).

Uma investigação em 257 famílias com historial de esquizofrenia mostrou que o gene é bastante comum entre pessoas com a doença. A esquizofrenia é uma condição que pode causar alucinações e delírios e que, em casos muito graves, pode fazer com que o doente se torne incapaz de interagir socialmente com outras pessoas (Almeida et al., 2010).

A esquizofrenia é um transtorno mental que ocorre em cerca de 1% da população mundial, sem diferença significativa entre os géneros (Almeida et al., 2010).

Em comparação com a Europa, os doentes portugueses com esquizofrenia são menos independentes, têm mais dificuldade em estarem empregados, desenvolvem menos atividades sociais, têm uma tendência menor para terem uma relação com um cônjuge ou companheiro e uma elevada co-morbilidade de ansiedade e depressão. Esta caracterização foi feita no âmbito da participação portuguesa no SOHO (Schizophrenia Outpatient Health Outcomes), um estudo prospetivo, observacional, pan-europeu, que envolveu 10205 doentes e que tem por objetivo comparar dados sobre os efeitos clínicos e os custos do tratamento da esquizofrenia (Almeida et al., 2010).

Trinta psiquiatras de 11 centros de investigação participaram no estudo que incluiu, em Portugal, 175 doentes com esquizofrenia. Os doentes eram maioritariamente do género masculino (65,6%) e apresentavam uma idade média de 36,5 anos (Marques-Teixeira et al., 2006).

No que respeita às condições de vida, verificou-se que 64,4% dos doentes portugueses com esquizofrenia vivem dependentes da família, apenas 18,6% referem ter uma relação com um cônjuge ou companheiro, a maioria está desempregada (35%) ou reformada (33,7%), e 41,5% dos doentes referiram não ter atividades sociais com amigos ou familiares (Marques-Teixeira et al., 2006).

Cerca de um terço dos doentes apresenta sinais de hostilidade ou agressividade, embora poucos sejam presos (1,3%) ou vítimas de crime violento (3,8%) (Marques-Teixeira et al., 2006).

No que se refere à qualidade de vida destes doentes, de acordo com os mesmos autores supracitados, 70,6% sente dificuldade em executar as suas atividades diárias, 76,3% apresenta comorbilidades de ansiedade e de depressão, cerca de metade acusa dor ou desconforto, 25% não é capaz de realizar tarefas ligadas a cuidados pessoais e 60% sofre de disfunção sexual (Marques-Teixeira et al., 2006).

A esquizofrenia é uma doença ainda mal compreendida por muitos persistindo o estigma da sociedade face a estes doentes. Nos últimos anos ocorreram grandes avanços na abordagem terapêutica da esquizofrenia com a descoberta de novas gerações de antipsicóticos (atípicos), eficazes no controlo dos sintomas positivos e negativos da doença e com menores efeitos secundários que os seus antecessores. Quando devidamente tratado e acompanhado o indivíduo com esquizofrenia tem uma vida pessoal e profissional normal, além de uma clara melhoria da sua qualidade de vida (Marques-Teixeira et al., 2006).

### 1.3. Psicopatologia

O diagnóstico de um subtipo específico é baseado no quadro clínico que determinou a avaliação mais recente ou internamento para cuidados clínicos, podendo assim modificar-se ao longo do tempo. Tanto na CID-10 (1997) como no DSM-IV-TR (2006), estão descritos alguns subtipos clínicos:

#### - DSM-IV-TR:

- Tipo Paranóide
- Tipo Desorganizado
- Tipo Catatónico
- Tipo Indiferenciado
- Tipo Residual

#### - CID-10:

- Esquizofrenia Paranóide
- Esquizofrenia Hebefrénica
- Esquizofrenia Catatónica
- Esquizofrenia Indiferenciada
- Depressão Pós-esquizofrénica
- Esquizofrenia Residual
- Esquizofrenia Simples

- Outra Esquizofrenia
- Esquizofrenia não especificada

**Esquizofrenia paranóide:** A esquizofrenia paranóide caracteriza-se essencialmente pela presença de ideias delirantes relativamente estáveis, frequentemente de perseguição, geralmente acompanhadas de alucinações, particularmente auditivas e de perturbações das percepções. As perturbações de afeto, da vontade, da linguagem e os sintomas catatônicos, estão ausentes, ou são relativamente discretos (CID-10, 1997).

Já o DSM-IV-TR (2006) salienta que a característica essencial do **Tipo Paranóide**, é a presença de delírios ou alucinações auditivas preeminentes no contexto de uma relativa preservação do funcionamento cognitivo e do afeto. Os delírios são especialmente persecutórios ou grandiosos, ou ambos, contudo os delírios que envolvem outros temas (por exemplo: o ciúme, a religiosidade ou a somatização) também podem ocorrer. As alucinações também são caracteristicamente relacionadas ao conteúdo do tema delirante, principalmente as auditivas. A ansiedade, a cólera, a indiferença e a querelância constituem características associadas.

#### Quadro 1. Critérios de diagnóstico para o Tipo Paranóide

Tipo de esquizofrenia na qual se encontram os seguintes critérios:

- A. Preocupação com uma ou mais ideias delirantes ou alucinações auditivas frequentes.
- B. Nenhum dos seguintes sintomas é dominante: discurso desorganizado, comportamento desorganizado ou catatónico, ou afeto embotado ou inapropriado.

Fonte: DSM-IV-TR (2002, p. 314).

**Esquizofrenia hebefrénica:** é caracterizada pela presença proeminente de uma perturbação dos afetos; as ideias delirantes e as alucinações são fugazes e fragmentárias, o comportamento é irresponsável e imprevisível; existem frequentemente maneirismos. O afeto é superficial e inapropriado, por sua vez, o pensamento é desorganizado e o discurso incoerente. Há uma tendência ao isolamento social. Geralmente o prognóstico é desfavorável devido ao rápido desenvolvimento de sintomas «negativos», particularmente um embotamento do afeto e perda da volição. A hebefrenia deveria normalmente ser somente diagnosticada em adolescentes e em adultos jovens (CID-10, 1997).

O subtipo **tipo desorganizado**, de acordo com o DSM-IV-TR (2002), caracteriza-se pelo discurso desorganizado, o comportamento desorganizado e o afeto inapropriado ou embotado. A afetividade do doente encontra-se alterada, com delírios e alucinações fragmentários, o seu comportamento é bizarro ou infantil; o afeto é superficial com risos inapropriados; o pensamento é desorganizado, e o discurso, fragmentário. Este subtipo está

igualmente associado a alterações da personalidade pré-mórbida, início precoce e insidioso e com uma evolução contínua sem remissões significativas.

**Quadro 2.** Critérios de diagnóstico para o tipo desorganizado

Tipo de esquizofrenia na qual se encontram os seguintes critérios:

- A. Todos os seguintes são dominantes:
  - (1) discurso desorganizado;
  - (2) comportamento desorganizado;
  - (3) afecto embotado ou inapropriado.
- B. Não se encontram critérios que preencham o Tipo Desorganizado.

Fonte: DSM-IV-TR (2006, p. 314).

**Esquizofrenia catatónica:** A esquizofrenia catatónica é dominada por distúrbios psicomotores proeminentes que podem alternar entre extremos tais como hipercinesia e estupor, ou entre a obediência automática e o negativismo. As atitudes e as posturas a que os doentes foram compelidos a tomar podem ser mantidas por longos períodos. Um padrão marcante da afeção pode ser constituído por episódios de excitação violenta. O fenómeno catatónico pode estar combinado com um estado oniróide com alucinações cénicas vívidas (CID-10, 1997).

**Tipo Catatónico,** do DSM-IV-TR (2002), é dominado por perturbações da psicomotricidade; um ou mais dos seguintes sintomas deve dominar o quadro clínico: estupor ou mutismo, excitação, posturas bizarras ou inapropriadas, negativismo, rigidez, flexibilidade cérea, perseveração de palavras ou frases.

**Quadro 3.** Critérios de diagnóstico para o tipo catatónico

Tipo de esquizofrenia na qual o quadro clínico é dominado pelo menos por dois dos seguintes:

- (1) imobilidade motora como a evidenciada por catalepsia (incluindo a flexibilidade cérea) ou estupor;
- (2) atividade motora excessiva (aparentemente sem objetivo e não influenciada pelos estímulos externos);
- (3) negativismo extremo (uma resistência a todas as instruções aparentemente sem motivo ou a manutenção de uma postura rígida contra todas as tentativas para ser mobilizado) ou mutismo;
- (4) peculiaridades dos movimentos voluntários como os evidenciados pela postura (tomada de posturas voluntárias inapropriadas ou bizarras), movimentos estereotipados, maneirismos dominantes ou trejeitos dominantes;
- (5) ecolalia ou ecopraxia.

Fonte: DSM-IV-TR (2006, p. 315).

**Esquizofrenia Indiferenciada:** Afeções psicóticas que preenchem os critérios diagnósticos gerais para a esquizofrenia mas que não correspondem a nenhum dos subtipos incluídos, ou que exibam padrões de mais de um deles sem uma clara predominância de um conjunto particular de características diagnósticas (CID-10, 1997).

O **tipo Indiferenciado** do DSM-IV-TR (2006) é reservado para aqueles doentes que não se enquadram em nenhum dos subtipos descritos ou apresentam sintomas de mais de um dos subtipos, sem predominância de nenhum deles.

**Quadro 4.** Critérios de diagnóstico para o tipo indiferenciado

Tipo de esquizofrenia na qual os sintomas que preenchem o Critério A estão presentes, mas não são encontrados os critérios para os Tipos Paranóide, Desorganizado ou Catatónico.

Fonte: DSM-IV-TR (2002, p. 316).

**Depressão Pós-esquizofrénica:** Episódio depressivo eventualmente prolongado que ocorre ao fim de uma afeção esquizofrénica. Ao menos alguns sintomas esquizofrénicos «positivos» ou «negativos» devem ainda estar presentes, porém não dominam o quadro clínico. Este tipo de estado depressivo é acompanhado por um maior risco de suicídio. Se o doente não apresentar mais nenhum sintoma esquizofrénico, deve-se fazer um diagnóstico de episódio depressivo. Se os sintomas esquizofrénicos ainda são aparentes e proeminentes, deve-se então manter o diagnóstico da forma clínica apropriada da esquizofrenia (CID-10, 1997).

**Esquizofrenia Residual:** Estádio crónico da evolução da doença esquizofrénica, com uma progressão nítida de um estágio precoce para um estágio tardio, o qual se caracteriza pela presença persistente de sintomas «negativos», embora não forçosamente irreversíveis, tais como a lentidão psicomotora; a hipoatividade; o embotamento afetivo; passividade e a falta de iniciativa; a pobreza da quantidade e do conteúdo do discurso; pouca comunicação não-verbal (expressão facial, contacto ocular, modulação da voz e gestos), falta de cuidados pessoais e desempenho social medíocre.

De acordo com o DSM-IV-TR (2006), o **tipo residual** é o último subtipo e consiste no estágio crónico da esquizofrenia, em que há uma progressão clara de um quadro inicial para um quadro tardio, em que ocorrem predominantemente os sintomas negativos. A sua evolução pode estar limitada no tempo e representar uma transição entre um episódio completo e uma remissão completa. Porém, o tipo residual pode estar constantemente presente durante vários anos, com ou sem exacerbações agudas.

**Quadro 5.** Critérios de diagnóstico para o tipo residual

Tipo de esquizofrenia na qual se encontram os seguintes critérios:

- A. Ausência de ideias delirantes dominantes, de alucinações, de discurso desorganizado, bem como ausência de comportamento marcadamente desorganizado ou catatônico.
- B. Existe uma evidência constante da perturbação, traduzida pela presença de forma atenuada de sintomas negativos ou de dois ou mais sintomas presentes no Critério A da Esquizofrenia, apresentados (por exemplo, crenças estranhas, experiências perceptuais estranhas).

Fonte: DSM-IV-TR (2006, p. 316).

**Esquizofrenia Simples:** perturbação caracterizada pela ocorrência insidiosa e progressiva de excentricidade de comportamento, incapacidade de responder às exigências da sociedade, e um declínio global do desempenho. Os padrões negativos característicos da esquizofrenia residual (por exemplo: embotamento do afeto e perda da volição), desenvolvem-se sem serem precedidos por quaisquer sintomas psicóticos manifestos (CID-10,1997).

**Outras esquizofrenias:** Classifica quadros que não têm aceitação uniforme da literatura, como por exemplo: ataque esquizofreniforme SOE; a esquizofrenia cenestopática; a psicose esquizofreniforme SOE e a perturbação esquizofreniforme SOE. Exclui as perturbações esquizofreniformes breves (CID-10, 1997).

**Esquizofrenia não especificada:** Utilizada quando não foi possível classificar o doente em nenhuma das demais categorias anteriormente citadas (CID-10, 1997).

#### 1.4. Diagnóstico

A maioria das doenças psiquiátricas são muito difíceis de diagnosticar e a esquizofrenia não constitui exceção, uma vez que não existem testes que possam identificar alguém com esquizofrenia. É muito complicado chegar ao diagnóstico de esquizofrenia, especialmente na fase precoce da doença, porque a característica fundamental desta perturbação é a variabilidade da tipologia dos sintomas e da sua evolução (Reis et al., 2007).

O diagnóstico depende da exclusão de outras causas que possam originar sintomas semelhantes aos da esquizofrenia (tais como abuso de drogas, epilepsia, tumores cerebrais e disfunção tiroideia). É importante excluir outras doenças, porque algumas vezes as pessoas têm sintomas mentais graves, ou mesmo psicoses, devido a situações médicas subjacentes que não são diagnosticadas. Por este motivo, uma história clínica deve ser colhida e um exame físico e testes laboratoriais devem ser efetuados para excluir outras causas possíveis, antes de concluir que alguém sofre de esquizofrenia. Além disso, como as drogas que se consomem habitualmente podem causar sintomas semelhantes aos da

esquizofrenia, devem ser pesquisadas estas substâncias em amostras de sangue ou de urina dos doentes em causa (Rosa & Elkis, 2007).

De facto, não existem sintomas característicos e definidos para todos os doentes, mas sim uma associação recorrente dos sintomas. Além disso, o indivíduo que sofre desta doença nem sempre manifesta todos os aspetos da mesma, ainda que, de modo constante, sejam afetados o pensamento, o comportamento e a emoção. É importante conhecer a personalidade pré-mórbida do doente e pesquisar a presença de acontecimentos particularmente stressantes, como o primeiro emprego ou o serviço militar, que possam ter desencadeado uma situação que já estava biologicamente determinada desde o nascimento (Almeida et al., 2010).

Apesar das imensas sistematizações de diagnóstico (WHO, CID-10, DSM-IV-TR), “que reuniram consenso internacional por parte de clínicos e investigadores, a falta de um critério de diagnóstico totalmente seguro para a esquizofrenia leva a que tenham que ter em conta, para além dos aspetos globais do quadro clínico e da evolução da doença, os antecedentes hereditários e pessoais, a personalidade e o funcionamento psico-sócio-educacional prévios e a própria resposta à terapêutica” (Reis et al., 2007, p.639).

Após ter excluído outras causas, o médico deve então efetuar um diagnóstico, baseando-se apenas nos sintomas observados no doente e descritos pelo mesmo e pela família. Isto pode provocar problemas e atrasos no diagnóstico porque muitos sintomas podem só ser evidentes quando a doença já está avançada. Mesmo nessa altura, para que se possa estabelecer um diagnóstico formal, os sintomas devem estar presentes durante pelo menos seis meses (Kikkert et al., 2006).

### Quadro 6. Critérios de Diagnóstico para Esquizofrenia

A. Sintomas característicos: Dois (ou mais) dos seguintes, cada qual presente por uma porção significativa de tempo durante o período de 1 mês (ou menos, se tratados com sucesso):

- (1) Delírios
- (2) Alucinações
- (3) Discurso desorganizado (por ex., frequente descarrilamento ou incoerência)
- (4) comportamento amplamente desorganizado ou catatônico
- (5) Sintomas negativos, isto é, embotamento afetivo, alogia ou avolição

Nota: Apenas um sintoma do Critério A é necessário se os delírios são bizarros ou as alucinações consistem de vozes que comentam o comportamento ou os pensamentos da pessoa, ou duas ou mais vozes conversando entre si

B. Disfunção social/ocupacional: Por uma porção significativa do tempo desde o início da perturbação, uma ou mais áreas importantes do funcionamento, tais como trabalho, relações interpessoais ou cuidados pessoais, estão acentuadamente abaixo do nível alcançado antes do início (ou, quando o início dá-se na infância ou adolescência, fracasso em atingir o nível esperado de aquisição interpessoal, acadêmica ou ocupacional)

C. Duração: Sinais contínuos da perturbação persistem por pelo menos 6 meses. Este período de 6 meses deve incluir pelo menos 1 mês de sintomas (ou menos, se tratados com sucesso) que satisfazem o critério A (isto é, sintomas da fase ativa) e pode incluir períodos de sintomas prodrômicos ou residuais. Durante esses períodos prodrômicos ou residuais, os sinais da perturbação podem ser manifestados apenas por sintomas negativos ou por dois ou mais sintomas relacionados no Critério A presentes de uma forma atenuada (por ex., crenças estranhas, experiências perceptuais incomuns)

D. Exclusão de perturbação Esquizoafetivo e Perturbação do Humor: A Perturbação Esquizoafetivo e a Perturbação do Humor com Aspectos Psicóticos foram descartados, porque (1) nenhum Episódio Depressivo Maior, Maníaco ou Misto ocorreu concomitantemente aos sintomas da fase ativa; ou (2) se os episódios de humor ocorreram durante os sintomas da fase ativa, sua duração total foi breve relativamente à duração dos períodos ativo e residual.

E. Exclusão de substância/condição médica geral: A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., uma droga de abuso, um medicamento) ou a uma condição médica geral.

F. Relação com uma Perturbação Invasivo do Desenvolvimento: Se existe uma história de Perturbação Autista ou uma outra Perturbação Invasiva do Desenvolvimento, o diagnóstico adicional de Esquizofrenia é feito apenas se delírios ou alucinações proeminentes também estão presentes por pelo menos 1 mês (ou menos, se tratados com sucesso).

Fonte: DSM-IV-TR (2006, p. 312).

## 2. Cuidador informal

O cuidador informal pode ser uma pessoa da família, um amigo, um vizinho ou uma entidade sem fins lucrativos e que é responsável pela assistência e prestação de cuidados à pessoa doente ou dependente (Resende & Dias, 2008). Acresce Sequeira (2007) que as pessoas estão unidas não só por ligações de consanguinidade, mas também afetivas. Estas definições ainda são complementadas por Santos (2005) que refere que não são apenas os laços sentimentais, mas também a proximidade geográfica, a convivência numa residência e a utilização das mesmas redes de apoio, que facilitem os laços/proximidade entre as pessoas. Os cuidadores informais realizam cuidados que excedem o que é designado de “normal”, ou seja, é uma assistência nas atividades de vida diária (AVD).

Sequeira (2007) refere que os cuidadores informais se distinguem em: cuidador principal/primário (pessoa a quem é depositado a responsabilidade total); em secundário

---

(alguém que ajude ocasionalmente ou regularmente na prestação de cuidados); e em terciário (ajuda esporadicamente).

Partilhando da mesma opinião, Saraiva (2008) refere que a prestação de cuidados informais não se reparte de forma equitativa, uma vez que existe um cuidador principal, sobre o qual recaem as maiores responsabilidades e o maior número de tarefas de apoio. De acordo com o contexto do cuidar (tarefas desenvolvidas), os cuidadores têm sido caracterizados em dois tipos diferentes: cuidadores primários e cuidadores secundários.

Nas palavras de Oliveira (2009), o cuidador principal será aquele que tem a total ou a maior parte da responsabilidade pelos cuidados prestados ao familiar dependente, enquanto os cuidadores secundários correspondem aos familiares, vizinhos e voluntários que prestam cuidados complementares.

Segundo Rolo (2009), o cuidador informal principal é a pessoa que proporciona a maior parte dos cuidados, que não é remunerada e sobre quem recai mais de metade da responsabilidade dos cuidados ao ser dependente. O cuidador informal principal pode ser auxiliado por outros familiares, amigos, voluntários ou profissionais, e, neste caso, há um cuidador principal e todos os que servem de suporte ou de apoio são cuidadores secundários, podendo identificar-se vários cuidadores secundários para a mesma pessoa.

Também Sequeira (2007) refere que o cuidador principal é aquele sob quem é depositada a responsabilidade integral de cuidar, supervisionar, orientar e acompanhar a pessoa idosa que necessita de cuidados, e o cuidador secundário é alguém que ajuda na prestação de cuidados em colaboração com o cuidador principal. Esta colaboração pode passar pela prestação direta de cuidados ou por apoio económico, em atividades de lazer e atividades de âmbito social.

Apesar de se fazer a distinção destes dois tipos de cuidadores, é importante ressaltar que a existência de um cuidador principal não pressupõe necessariamente a existência de um cuidador secundário. Independentemente do tipo de cuidador informal, seja ele principal ou secundário, com mais ou menos experiência no âmbito do cuidar, todos apresentam um papel relevante no suporte de apoio à prestação de cuidados da pessoa idosa dependente no domicílio, contudo, os amigos e vizinhos apenas assumem a responsabilidade pelo cuidar em situações pontuais, devido à inexistência de família ou quando não existe nenhum elemento capaz de assumir o papel de cuidador (Sequeira, 2007).

Por este motivo, os cuidadores familiares são aqueles que merecem maior destaque, uma vez que “são em número claramente superior e assumem o papel, normalmente, por períodos mais longos, exercendo mais tipos de cuidados” (Sousa, Figueiredo, & Cerqueira, 2006, p. 53).

---

De acordo com Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006), o ato de cuidar traduz uma atividade complexa com dimensões psicológicas, éticas, sociais, demográficas, clínicas, técnicas e comunitárias. Estas atividades incluem as tarefas instrumentais (transporte, gestão do dinheiro, tarefas domésticas, medicação, entre outras) e as de cuidados pessoais, sendo assim um cuidado extraordinário.

### 2.1. Funções e perfil do cuidador

Em Portugal, a maioria dos cuidados a doentes dependentes são prestados pelas famílias (Pinto, 2007). Figueiredo, Lima e Sousa (2009, p. 98) referem que “cerca de 80% do apoio aos doentes dependentes é proporcionado pelos prestadores informais de cuidados, na maioria, familiares”.

O cuidador informal está mais relacionado com o género feminino, cuja idade oscila entre os 45 e os 60 anos; o grau de parentesco (cônjuge, filha/o e na ausência destes são os amigos e/ou vizinhos); estado civil (casados) e a proximidade geográfica (coabitação ou vivem próximo do doente). No entanto, a participação do género masculino é crescente (Figueiredo, 2007). Sequeira (2010) complementa mencionando os quatro fatores de determinação do cuidador informal, que são a relação familiar, coresidência, género e as condicionantes relativas aos descendentes. O mesmo autor advoga que a responsabilidade pelo cuidado recai habitualmente sobre os familiares mais próximos, uma vez que a maioria dos cuidadores é o conjugue ou a filha.

Paúl e Fonseca (2005, p. 207) concluem que a tarefa de cuidar é executada maioritariamente por elementos do género feminino, todavia, a escolha do cuidador “recai habitualmente sobre a filha economicamente mais desfavorecida, mais marcada pela tradição familiar, sem profissão ou reformada e solteira” ou sobre o “filho único”. Quando a família é composta exclusivamente por homens, estes também assumem o papel. Os amigos e vizinhos raramente são cuidadores principais.

Apesar de algumas divergências, consegue-se perceber pela caracterização dos cuidadores informais, feita nos vários estudos, que, apesar de todas as alterações que se operam nas estruturas e funções familiares na atualidade, a família continua a ser, “em Portugal e nos países do sul da Europa, a unidade básica de suporte a todos aqueles que carecem de cuidados” (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006, p. 53) e, perante uma situação de dependência, esta assume naturalmente o papel de prestador de cuidados, pois parece há muito ser-lhe um papel culturalmente atribuído (Cattani & Girardon-Perlini, 2004).

Sequeira (2010, p. 161) menciona que em cada família é “possível identificar de forma diferenciada o papel esperado de cada membro” e, portanto, a identidade do cuidador estará intrinsecamente ligada à “história pessoal e familiar, com base em contextos sociais e culturais, pelo que o cuidar constitui um aspeto normativo da vida de alguns dos membros da família”. As características pessoais, valores culturais e o seu posicionamento face ao cuidado, também influenciam a escolha do cuidador.

Da mesma forma, a proximidade física e afetiva e a disponibilidade laboral favorecem este processo (Figueiredo, 2007; Sequeira, 2010).

Moreira (2001) refere que as funções/tarefas do cuidador informal mais importantes são a de proporcionar apoio emocional e segurança perante o amor, aceitação, interesse e compreensão e a proteção da saúde do ser cuidado, promovendo os cuidados que os seus membros necessitam. De acordo com o mesmo autor, as funções de maior relevo são também as de socialização, as afetivas e as de proteção.

De acordo Sequeira (2007, p.104), as funções do cuidador informal são:

- Providenciar uma vigilância de saúde adequada;
- Promover a autonomia e a independência;
- Adotar o ambiente de modo a prevenir os acidentes;
- Promover um ambiente seguro no domicílio e no exterior;
- Assegurar um ambiente confortável e um sono adequado;
- Promover a participação/envolvimento familiar;
- Supervisionar a atividade;
- Promover a comunicação e a socialização;
- Promover a manutenção ou a estimulação pelo interesse no desenvolvimento de um projeto pessoal, história de vida, religião;
- Estimular a manutenção de uma ocupação/atividade;
- Supervisionar/incentivar as atividades físicas, de lazer e sociais;
- Supervisionar, ajudar ou substituir ao nível das atividades de vida diárias, autocuidado;
- Prestar outros cuidados de acordo com cada contexto específico e segundo as orientações dos profissionais de saúde.

O mesmo autor refere que o desempenho das funções do cuidador informal depende do tipo/frequência das necessidades de cuidados a prestar, do contexto familiar e do contexto em que o ser cuidado está inserido. Para Moreira (2001), estas estão relacionadas com a estrutura familiar, divisão e repartição de trabalhos, estatuto socioeconómico e etnia.

## 2.2. Sobrecarga do cuidador informal do doente com esquizofrenia

A esquizofrenia é um transtorno mental que ocorre em cerca de 1% da população mundial, sem diferença significativa entre os géneros. Ainda que haja relatos mais antigos, só no século XVIII é que se começou a valorizar os sintomas psíquicos, dando origem à sua classificação (Sadock & Sadock, 2006).

Tradicionalmente, os doentes com transtornos mentais graves, como a esquizofrenia, eram tratados em regime de isolamento devido à suposta periculosidade que ofereciam à sociedade. Essa ideologia, produto dos ideais da Revolução Francesa, apontava o asilo psiquiátrico como local propício para a recuperação da saúde mental. Desta forma, o dito “alienado” era visto como um sujeito sem razão, logo, sem direitos, desejos ou cidadania (Almeida et al., 2010).

Contudo, a partir da década de 1960 do século XX, surge, em Itália, um movimento de reforma psiquiátrica, denunciando a atenção dada aos doentes em regime de isolamento, propondo-se novos dispositivos terapêuticos, alicerçados no tratamento dentro da própria comunidade. Este movimento tinha como um dos pressupostos a desconstrução do paradigma da loucura, valorizando o sujeito com o seu sofrimento em detrimento do tratamento da “doença” (Torre & Amarante, 2006).

Como tal, esta reforma não consistia somente na substituição das práticas antigas por outras mais modernas, mas numa quebra de paradigmas, ou seja, consistia no rompimento com a Psiquiatria da época, objetivando a desinstitucionalização da loucura, deslocando-a da instituição hospitalar para um modelo de assistência em saúde mental centrado na comunidade, orientado por um projeto de atenção psicossocial. Assim, para além do mero destaque dos sintomas, tratamento farmacológico e hospitalização, passa-se a valorizar a promoção da saúde, projetos terapêuticos, a cidadania, a reabilitação e reinserção social e, sobretudo, os projetos de vida dos doentes, ou seja, estes deixam de se vistos sob o ponto de vista unicamente biomédico, para passarem a ser encarados numa perspetiva biopsicossocial (Hirdes, 2009).

A esquizofrenia, à semelhança de outras doenças, provoca uma rutura na organização da dinâmica familiar, fazendo com que a pessoa doente e os seus cuidadores informais repensem nas atividades diárias, papéis e conceitos (Gomes, Mendonça e Pontes, 2002). Neste contexto, é recorrente que os cuidadores informais se deparem com situações ainda não experienciadas, levando a uma reorganização das formas de pensar, sentir e agir. No entanto, essa reorganização não ocorre no vazio. Ao deparar-se com uma situação não

---

familiar, a pessoa recorre aos conhecimentos e às experiências adquiridas anteriormente e compartilhadas com o grupo social no qual está inserida (Almeida et al., 2010).

Como referem Alves et al. (2009), o doente esquizofrénico sofre intensamente com a sua condição, o que se repercute no seio familiar. Os mesmos autores acrescentam que vários estudos revelam que quando um dos membros da família adoece, todos os seus membros são afetados. Há uma alteração nas suas atividades sociais normais. A esquizofrenia afeta não só o doente, mas toda a família de modo que, após lidar com a psicose por vários anos, todos sofrem alterações.

Soares (2009), com base no seu estudo, centrado em cuidadores informais de doentes esquizofrénicos, apurou que a confirmação do diagnóstico e o início da doença constituem-se como alguns dos fatores que geram inúmeras mudanças no contexto familiar. Como tal, os cuidadores informais acabam por ficar sobrecarregados pelas exigências inerentes à doença e ao tratamento. A convivência com um doente esquizofrénico acaba por representar um grande encargo monetário, subjetivo, pessoal e social.

Nem todos os cuidadores informais possuem condições estruturais, económicas e emocionais para conduzir satisfatoriamente os aspetos da convivência com esta doença mental. De alguma forma elaboram a experiência, lidam com o seu sofrimento e com as expectativas, o que pode resultar na viabilização da convivência com a doença, procurando apoios na sua rede de conhecidos, no sistema de crenças e em tratamentos alternativos. Enquanto unidade, a família é vista como um sistema e os seus membros, como componentes deste, resultando em influências recíprocas (Azevedo, 2005).

O modo como o cuidador informal interpreta a doença mental influencia as práticas de cuidados adotados, dependendo do sucesso da reabilitação das relações estabelecidas entre aquele que cuida e o que é cuidado (Azevedo, 2005).

Na mesma linha de pensamento, Ballone (2005) refere que a esquizofrenia é uma doença que altera toda a estrutura vivencial do indivíduo. O estereótipo de louco é denominado pela cultura, em que o indivíduo esquizofrénico causa estranheza social ao desconsiderar a realidade, agindo de forma oposta aos costumes aceites pela cultura, menosprezando a razão.

Os resultados de uma investigação realizada em Portugal revelam que 64,4% dos doentes com esquizofrenia vivem dependentes da família e apenas 18,6% referem ter uma relação com um cônjuge. Por outro lado, 35% encontram-se em situação de desemprego, 33,7% estão reformados e 41,5% afirmaram não desenvolver atividades sociais com amigos ou familiares, mantendo apenas ligações com o familiar que assumiu o papel de seu cuidador. No que diz respeito à qualidade de vida destes doentes, 70,6% reportaram sentir

---

dificuldade em executar as suas atividades diárias e 25% não são capazes de realizar tarefas relacionadas com cuidados e higiene pessoal, o que os torna bastante dependentes do seu cuidador informal (Alves, 2006).

Neste sentido e fazendo-se referência a Almeida et al. (2010), na maioria das vezes, a pessoa que realiza a função de cuidador do doente com esquizofrenia não está preparada para exercê-la, sendo a sua sobrecarga muito significativa. Os cuidados podem incluir, além de auxílio em atividades da vida diária, o acompanhamento do tratamento como um todo, o que, por norma, acarreta implicações na qualidade de vida do cuidador informal, o qual se sente com uma enorme sobrecarga física e psicológica.

Na mesma linha, Rizzo e Schall (2008) referem que ser cuidador informal de um doente com esquizofrenia envolve aspetos económicos, práticos e emocionais aos quais os cuidadores/familiares são submetidos. Como tal, estes cuidadores/familiares têm a necessidade de apoio por parte de profissionais de saúde no sentido de obter maior suporte social e mais informações sobre a patologia em si e sobre como lidar com o doente durante as crises (Melman, 2002).

Barroso et al. (2007), avaliando a sobrecarga de cuidadores/familiares de doentes psiquiátricos, concluíram que 84% dos doentes residiam com os seus familiares. Os autores associam essa variável a um maior nível de sobrecarga, já que o convívio com o doente no domicílio pode contribuir para a elevada frequência de tarefas de assistência realizadas pelos cuidadores no quotidiano. A associação entre a convivência e a sobrecarga foi demonstrada noutros estudos, como é exemplo o de Provencher et al. (2003), que encontrou uma significativa associação entre a convivência com o doente e o stresse em cuidadores de doentes psiquiátricos, os quais apresentavam grande sobrecarga física, económica e psicológica.

Almeida et al. (2010) avaliaram os fatores de sobrecarga em cuidadores/familiares de doentes esquizofrénicos, tendo apurado que os mesmos apresentavam alterações nas atividades da vida diária, mudanças na rotina diária, diminuição dos momentos de lazer, problemas de saúde, medo de adoecer, sentiam obrigatoriedade do cuidado, preocupações com o custo do tratamento, aspetos financeiros, com fracas expectativas em relação ao futuro. Estes fatores foram indicativos de sobrecarga e com forte influência na qualidade de vida dos cuidadores/familiares do doente esquizofrénico. Foram, igualmente, identificados quatro fatores de redução da sobrecarga: apoio social e familiar, presença de espaços para aliviar as tensões, afastamento físico do doente e valorização do tratamento farmacológico. De acordo com os mesmos autores, os cuidadores também relataram o medo de adoecer fisicamente, o que se relaciona com o cansaço e com o medo de adoecer psiquicamente.

---

Este último aspeto está associado com o convívio diário com o doente e com a sensação de vulnerabilidade que isto causa, como se o cuidador pudesse “ficar igual” ao doente (Almeida et al., 2010).

Teixeira (2005), com base no seu estudo, que objetivou avaliar a sobrecarga de familiares de cuidadores do doente esquizofrénico, verificou que os cuidadores revelaram sobrecarga objetiva, devido às consequências das alterações da rotina de vida diária e dos projetos de vida, da diminuição da vida social, da supervisão de comportamentos problemáticos. O cuidado ao doente requer adaptações na vida diária e os cuidadores acabam por desistir ou mudar os seus objetivos, deixam de viver a sua realidade e passam a viver uma realidade construída a partir do convívio com o doente.

O estudo de Tucker Barker e Gregoire (1998), que analisou a sobrecarga dos familiares cuidadores de doentes esquizofrénicos, também identificou a necessidade de um tempo para si mesmos, por parte dos cuidadores. O afastamento físico do doente ocorreu com bastante ênfase, como um fator de suavização da sobrecarga e aumento da sua qualidade de vida.

A sobrecarga de ordem prática, traduzida pela dependência do doente, gera uma tensão quotidiana no cuidador, que agrega essas atividades a outras responsabilidades da vida diária. Esse aspeto agrava-se ainda mais em cuidadores que sobrevivem com baixas condições financeiras (Pergoraro & Caldana, 2008). No seu estudo qualitativo, realizado com familiares de doentes esquizofrénicos, os mesmos autores observaram uma perceção negativa da qualidade de vida dos cuidadores devido às agressões e às tentativas de suicídio dos doentes. Face à possibilidade de suicídio, os familiares sentem-se impotentes e agem no sentido de evitar tal comportamento. O risco de suicídio também aparece como um fator que pode gerar sensação de culpa no cuidador por não se apercebido antes.

A saúde é um dos parâmetros mais importantes a ser contemplado quando se considera a sobrecarga física e psicológica de um indivíduo. Um estudo conduzido para avaliar a sobrecarga de familiares cuidadores de doentes esquizofrénicos demonstrou que a saúde vem sempre em primeiro lugar na conceção da qualidade de vida relatada pelos participantes, sobressaindo as agressões a que estão sujeitos por parte do familiar doente, havendo registo de cuidadores com sintomas de depressão (Teixeira, 2005).

Rudge e Morse (2007) também referem os distúrbios emocionais experienciados pelo cuidador, as preocupações, os sentimentos negativos e os incómodos gerados pelo facto de ter que cuidar de um familiar esquizofrénico, resultando mesmo em depressão. De uma maneira geral, os cuidadores consideram que o cuidar assume um carácter de

---

obrigatoriedade, como se não houvesse outra possibilidade de escolha, ou seja, cuidam porque têm que cuidar, como se fosse um destino imutável e inexorável.

A contribuir para um aumento da sobrecarga psicológica dos cuidadores de doentes com esquizofrenia está também a preocupação constante com a possibilidade de não haver um cuidador substituto para os doentes no futuro ou dos mesmos terem que ir para uma instituição ou terem um futuro indeterminado (Rudge & Morse, 2007; Teixeira, 2005).

De acordo com Brito (2004), são exatamente os sintomas negativos da esquizofrenia e não propriamente os sintomas mais visíveis da doença os que perturbam o cuidador informal e o relacionamento familiar, até porque em muitos casos os familiares não os reconhecem como associados à doença, sendo mais facilmente atribuídos a características/defeitos da personalidade do doente.

Neste âmbito há a salientar as vantagens das intervenções familiares, sobressaindo o cuidador informal, no seu conjunto, têm sido comprovadas. Estas parecem reduzir eficazmente as taxas de recaída psicótica no decurso do tratamento, em estudos com um *follow-up* de até 15 meses (Guedes, 2008). McFarlane et al. (2003) demonstraram como a utilização suplementar de intervenções familiares pode reduzir cerca de quatro vezes as taxas de recaída a um ano e entre 20 e 50% as taxas de recaída e readmissão hospitalar a dois anos, em comparação com o tratamento individual clássico não complementado com as mesmas. No entanto, todas as abordagens requerem nove a doze meses para atingir o nível de eficácia descrito na literatura (McFarlane et al., 2003).

De entre as intervenções familiares as de tipo psicoeducativo dirigidas por profissionais a famílias de doentes com esquizofrenia são consideradas uma componente fundamental numa abordagem geral, com vista ao tratamento e à recuperação do doente, até porque um vasto corpo de investigação tem demonstrado que ir ao encontro das necessidades das famílias contribui também, de forma evidente, para melhorar a situação do doente e o bem-estar da família como um todo (Gonçalves-Pereira et al., 2006).

As intervenções psicoeducativas para os cuidadores informais de doentes com esquizofrenia têm como principal objetivo reduzir os níveis de stresse do cuidador, proporcionando informação acerca da doença e formas de tratamento, melhorando os padrões de comunicação com o cuidador informal e as estratégias de *coping*, assim como as competências deste para a resolução de problemas (Organização Mundial de Saúde, 2002, cit. por Gomes, 2008).



**II Parte**  
**Investigação Empírica**

---



## 1. Metodologia do estudo

Este capítulo apresenta uma descrição de todas as operações necessárias para o desenvolvimento da presente investigação, designadamente expõem-se os objetivos da investigação, a questão de investigação, as variáveis consideradas, os participantes, o instrumento de colheita de dados; o processo de recolha de dados e os pressupostos éticos considerados; bem como as técnicas e medidas estatísticas utilizadas para o procedimento estatístico.

### 1.1. Métodos

De acordo com o Plano Nacional de Saúde Mental (2008), os estudos epidemiológicos demonstram que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental tornaram-se na principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade nas sociedades atuais.

A esquizofrenia, sendo uma entidade emblemática na Saúde Mental e na Psiquiatria, encontra-se entre os dez principais motivos de sobrecarga social a longo prazo, com taxas de prevalência na população mundial (Mueser & McGurk, 2004).

O diagnóstico de esquizofrenia é o responsável pelo aumento do número médio de dias de internamento nos serviços de Psiquiatria, com uma média de 35,4 dias *versus* 20, dias, no internamento geral de Psiquiatria. No que se reporta ao internamento, a esquizofrenia foi a principal causa de procura de cuidados (36,5%) e nas consultas externas foi o terceiro motivo de procura de consulta médica com 12,4% (DGS, 2007).

Os doentes esquizofrénicos estão sujeitas a uma significativa quantidade de diversidades e dificuldades, resultantes da doença e da pressão do meio ambiente. A perda de competências, os défices neurocognitivos, a terapêutica e os seus efeitos colaterais, a sintomatologia, o estigma, entre outros, torna o doente com esquizofrenia mais dependente de terceiros, sendo os seus cuidadores informais, na maioria dos casos, familiares (Carvalho, 2011).

A esquizofrenia, como doença do foro mental, tem algumas características específicas, assim como a família possui determinadas regras de conduta e de funcionamento muito próprias, pelo que a junção das duas, não é apenas a soma das partes (Carvalho, 2011). A presença de uma doença, como a esquizofrenia, no seio familiar, alterara todo o percurso familiar e evidencia algumas das dificuldades e fragilidades do doente e de toda a família. Todas as famílias, de uma forma individual, sofrem com a

---

presença de uma doença mental, por desesperança, por impotência, por medo e ansiedade no futuro, aumentando a sua sobrecarga física, psicológica e económica (Martens & Addington, 2006).

A doença crónica é sempre motivo de preocupação, no entanto, quando a doença de um dos membros da família é do foro da saúde mental, como é o caso da esquizofrenia, é vivenciada pelos cuidadores informais, de forma mais dramática, como se de um processo de “luto” se tratasse (Oliveira, 2005).

Os momentos de crise obrigam os membros da família a aprender e a lidar com uma série de problemas, que não tinham sido confrontados antes, nomeadamente a diminuição dos cuidados pessoais, a agressividade, os comportamentos inapropriados, a falta de adesão ao tratamento, o isolamento social, mudanças de humor, ansiedade, abuso de substâncias, comportamentos maníacos, comportamentos delirantes e o risco de suicídio (Yacubian & Neto, 2008). De acordo com os mesmos autores, os comportamentos do doente esquizofrénico, associados à falta de informação sobre a doença, são causas frequentes de stresse e tornam a família mais suscetível aos casos de ansiedade, depressão e raiva, resultando numa maior sobrecarga.

Num estudo realizado com cuidadores informais de doentes portugueses com esquizofrenia, verificou-se que 64,4% dos doentes vivem dependentes da família. No que se refere à sobrecarga dos seus cuidadores informais, concluiu-se que 70,5% desses cuidadores sentem dificuldade em executar as suas atividades diárias, 76,5% apresentam comorbilidade de ansiedade e depressão, cerca de metade referem sentir cansaço físico e 25% têm a sua vida social comprometida (Marques-Teixeira et al., 2006).

Face a esta problemática, formularam-se as seguintes questões de investigação:

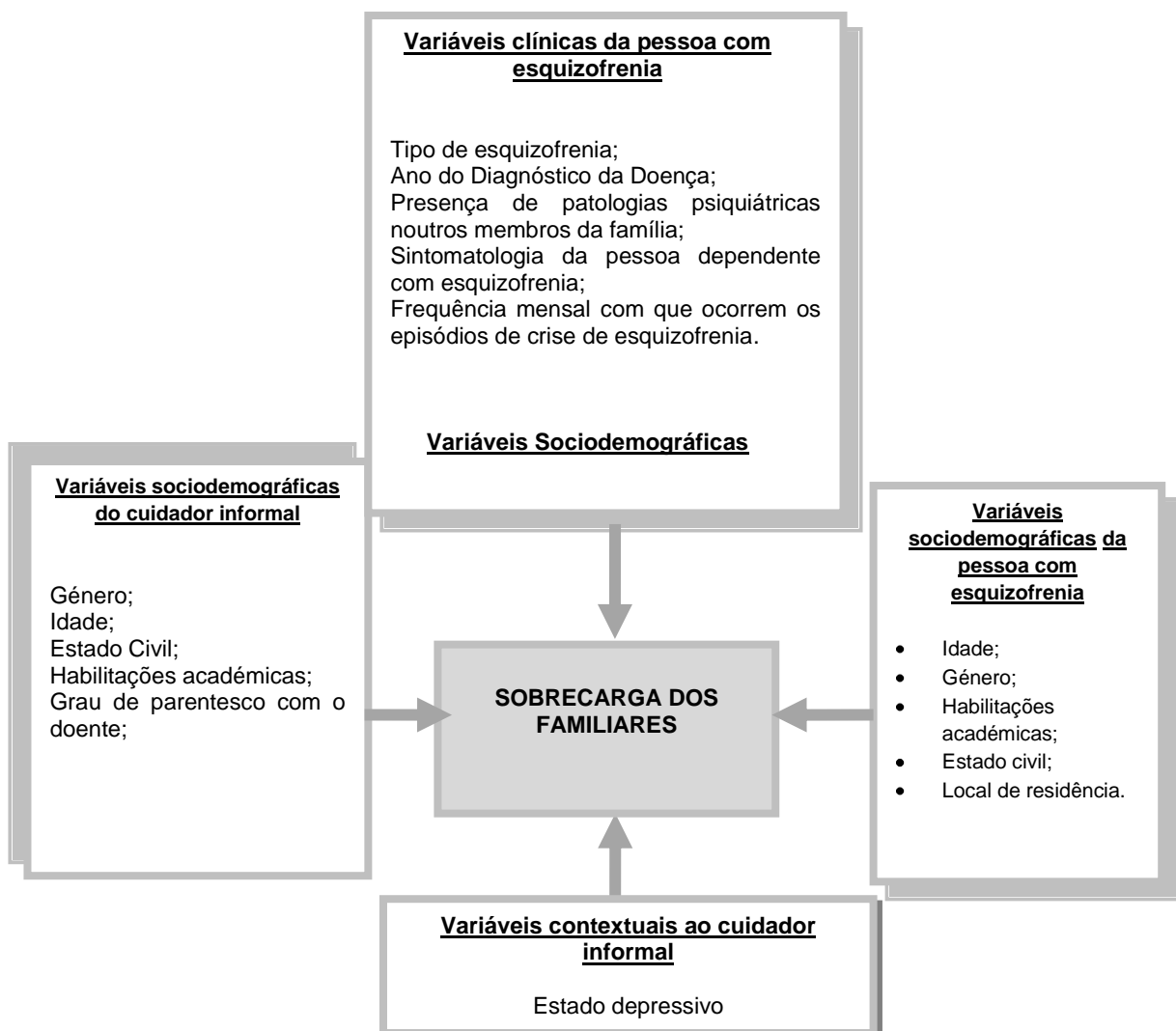
- Que fatores influenciam a sobrecarga dos familiares que coabitam com a pessoa com esquizofrenia?
- Que variáveis sociodemográficas, clínicas e contextuais ao cuidador interferem na sobrecarga dos familiares que coabitam com a pessoa com esquizofrenia.
- Que relação existe entre o estado depressivo e a sobrecarga dos familiares que coabitam com a pessoa com esquizofrenia?
- Haverá uma correlação estatisticamente significativa entre a depressão e a s dos familiares que coabitam com a pessoa com esquizofrenia?

Para se poder dar resposta às questões formuladas, foram delineados os seguintes objetivos:

- Avaliar a sobrecarga dos familiares que coabitam com a pessoa com esquizofrenia;
- Analisar em que medida as variáveis sociodemográficas, clínicas e contextuais interferem na sobrecarga dos familiares que coabitam com a pessoa com esquizofrenia.
- Analisar a relação entre estado depressivo e a sobrecarga dos familiares que coabitam com a pessoa com esquizofrenia.

De acordo com as questões de investigação e dos objetivos, apresentamos o esquema conceptual de base, constituído pelas variáveis que se consideraram as mais relevantes para a presente investigação. Assim, a Figura 1 é ilustrativa da articulação das variáveis estudadas.

**Figura 1** – Esquema conceptual de base (desenho de investigação)



Com o esquema apresentado procura-se dar a conhecer o tipo de relação que se pretende estabelecer entre as variáveis independentes e a variável dependente. No presente estudo considera-se como **variável dependente** a sobrecarga dos familiares que coabitam com a pessoa com esquizofrenia, operacionalizada através da *Escala de Zarit – Escala de sobrecarga do cuidador* – de Sequeira (2007). **As variáveis independentes** incluem as variáveis sociodemográficas, variáveis clínicas e variáveis contextuais.

O tipo de estudo delineado para esta investigação e, analogamente ao que ocorre na maioria de pesquisas com amostras comunitárias, tem as características dos estudos quantitativos, em corte transversal, descritivo e correlacional, explicativo, e retrospectivo, com o qual se procura estudar o modo como variáveis pessoais e situacionais se repercutem na sobrecarga dos familiares que coabitam com a pessoa com esquizofrenia.

Assim, o tipo de pesquisa escolhida para esta investigação abarca as seguintes características:

- Segue métodos do estudo de análise quantitativa – dado que se pretende garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e de interpretação;
- Insere-se no tipo de investigação não experimental – porque não se pretende manipular as variáveis em estudo, ainda que objetive alcançar evidências que expliquem a razão pela qual ocorre um determinado fenómeno, isto é, facultar um determinado sentido de causalidade (Fortin, 2009)

Trata-se de estudo transversal, na medida em que se “caracteriza pelo facto de a causa e o efeito estarem a ocorrer simultaneamente, embora a causa possa existir só no momento atual, ou existir desde algum tempo no passado, ou, por fim, ser uma característica do indivíduo” (Campana, Padovani, Iaria, Freitas, Paiva & Hossne, 2001, p.129)

Tem igualmente características de um estudo descritivo e correlacional, porque se recolheu informação acerca de conceitos ou variáveis que se pretendem analisar, particularizando as suas propriedades e as características. Por um lado, conferindo a possibilidade de fazer predições; por outro lado, objetiva avaliar-se a relação que existe entre dois ou mais conceitos categorias ou variáveis (Campana et al., 2001). Trata-se de um estudo de relações entre pelo menos duas variáveis, sem a intervenção ativa do investigador, para que não haja qualquer influência dessas variáveis (Fortin, 2009).

Trata-se ainda de um estudo explicativo, na medida em que o seu propósito é o de responder às causas dos acontecimentos, sucessos e fenómenos físicos e sociais, isto é, o procura-se a explicação da razão pela qual se está perante maior ou menor sobrecarga dos

familiares que coabitam com a pessoa com esquizofrenia e como esta variável se relaciona com as restantes variáveis.

## 1.2. Participantes

Para este estudo recorreu-se a uma amostragem não probabilística por conveniência, constituída por familiares que coabitam com a pessoa com esquizofrenia.

Com a finalidade de garantir que a amostra seja o mais homogénea possível, consideraram-se os seguintes critérios de inclusão: ter idade superior a 18 anos; coabitar com um familiar esquizofrénico; sem perturbações do foro mental; autorização para a participação no estudo depois de devidamente informados e esclarecidos.

Os participantes são, no total, 95 cuidadores informais de doentes esquizofrénicos, dos quais 32 são do género masculino (34%) e 63 do género feminino (66%). A maioria dos participantes possui idade igual ou superior a 40 anos ( $n=75$ ; 79%), enquanto os restantes possuem idade igual ou inferior a 39 anos (21%).

### 1.2.1. Caracterização socio demográfica

#### Idade

Constatou-se no grupo de participantes do género masculino a maioria (78,1%) possuem idades iguais ou superiores a 40 anos, sendo esta uma situação análoga às participantes do género feminino, onde há um claro predomínio de mulheres na mesma faixa etária (81%). Não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p=,789$ ) (cf. Tabela 1).

Tabela 1 - Género em função da idade

Idade \ Género	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
<=39 anos	7	21,9	12	19,0	19	20,0	,2	-2	,745	,471
>= 40 anos	25	78,1	51	81,0	76	80,0	-,1	,1		
Total	32	100	63	100	95	100				

#### Estado civil

Em ambos os grupos instituídos, no que se refere ao estado civil, constatou-se que quer para o masculino (62,5%), quer para o feminino (61,9%) predominam os participantes

casados ou a viver em união de facto. Não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p=,569$ ) (cf. Tabela 2).

Tabela 2 - Género em função do estado civil

Género Estado civil	Masculino		Feminino		Total		Residuais		$\chi^2$	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Solteiro(a)/ Divorciado(a)/ Viúvo (a)	12	37,5	24	38,1	36	37,9	,0	,0	,955	,569
Casado (a)/ União de facto	20	62,5	39	61,9	59	62,1	,0	,0		
Total	32	100	63	100	95	100				

### Habilitações académicas

Verificou-se que quer no grupo de participantes do género masculino (59,4%), quer no grupo de sujeitos da amostra do género feminino (61,9%) há o predomínio de pessoas com habilitações literárias inferiores ao Ensino Secundário, seguindo-se as que possuem o Ensino Secundário. Não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p=,892$ ) (cf. Tabela 3).

Tabela 3 – Habilitações académicas em função do género

Género Habilitações académicas	Masculino		Feminino		Total		Residuais		$\chi^2$	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Menos que o Ensino Secundário	19	59,4	39	61,9	58	61,1	-,1	,1	,228	,892
Ensino Secundário	9	28,1	15	23,8	24	25,3	,3	-,2		
Ensino Superior	4	12,5	9	0,5	13	13,7	-,2	,1		
Total	32	100	63	100	95	100				

### Grau de parentesco com o doente

Quanto ao grau de parentesco com o doente esquizofrénico, constatou-se que os valores percentuais mais elevados foram o do pai (50%) e o da mãe (55,6%), seguindo-se, no grupo dos participantes do género masculino os irmãos (25%) e no grupo dos participantes do género feminino o cônjuge (14,3%). Salienta-se que todos afirmaram ser cuidadores habituais do doente com esquizofrenia. Registou-se diferenças estatisticamente significativas ( $p=,000$ ) (cf. Tabela 4).

Tabela 4 – Grau de parentesco com o doente em função do género

Género Grau de parentesco	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Pai	16	50,0	0	0,0	16	16,8	4,6	-3,3	58,366	,000
Mãe	0	0,0	35	55,6	35	36,8	-3,4	2,4		
Sobrinho(a)	1	3,1	1	1,6	2	2,1	,4	-,3		
Irmão(ã)	8	25,0	7	11,1	15	15,8	1,3	-,9		
Amigo(a)	1	3,1	0	0,0	1	1,1	1,1	-,8		
Cunhado(a)	1	3,1	1	1,6	2	2,1	,4	-,3		
Cônjuge	3	9,4	9	14,3	12	12,6	-,5	,4		
Tio(a)	2	6,2	3	4,8	5	5,3	,2	-,2		
Filho(a)	0	0,0	3	4,8	3	3,2	-1,0	,7		
Primo(a)	0	0,0	4	6,3	4	4,2	-1,2	,8		
Total	32	100	63	100	95	100				

### 1.3. Instrumentos

Para se avaliar as variáveis em estudo, o instrumento de colheita de dados é constituído, primeiro, por um questionário, segundo, por duas escalas (cf. Anexo I).

#### 1.3.1. Questionário

O questionário comporta três partes, conforme se apresenta:

**Caracterização sociodemográfica** - Permite recolher dados relevantes sobre o perfil sociodemográfico dos familiares que coabitam com a pessoa com esquizofrenia, através de seis questões sobre: género; idade; estado civil; habilitações académicas; grau de parentesco com o doente.

**Variáveis clínicas** - contém um conjunto de sete questões que possibilitam fazer um perfil clínico do doente: tipo de esquizofrenia; ano do diagnóstico da doença; tipo de medicação; outras doenças do foro psiquiátrico, antes do diagnóstico de esquizofrenia; presença de patologias psiquiátricas noutros membros da família; sintomatologia da pessoa dependente com esquizofrenia; frequência mensal com que ocorrem os episódios de crise de esquizofrenia.

**Variáveis contextuais** – Reúne cinco questões, através das quais se pode fazer a caracterização da pessoa com esquizofrenia, tais como idade, género, habilitações académicas, estado civil e local de residência.

### 1.3.2. Inventário e escala

**a) - Inventário de Depressão de Beck (BDI – Beck Depression Inventory)** de Mendelson, Mock e Erbaugh, 1961; versão portuguesa de Vaz Serra & Pio Abreu, 1973).

É um inventário de autorresposta constituído por 21 itens, destinado a medir a severidade de sintomas depressivos. A sintomatologia depressiva aparece organizada em seis tipos de sintomas: afetivos, cognitivos, motivacionais, delirantes, físicos e funcionais (padrão de sono, apetite, peso e libido). Cada item apresenta quatro, cinco ou seis afirmações, ordenadas segundo a severidade do sintoma (inexistente, leve, moderado e grave). A tarefa do sujeito consiste em escolher a afirmação que está mais próxima do seu estado atual. O estudo das suas propriedades psicométricas mostrou que é um instrumento com boa fidedignidade e validade, sendo o alpha de Cronbach de .84. Foi utilizada a versão portuguesa aferida por Vaz Serra e Pio Abreu (1973a, 1973b).

Relativamente à população portuguesa, estes autores sugerem que o valor 12 representa o ponto de corte acima do qual se estabelece a diferença entre a população normal e deprimida. Deste modo, consideram-se como valores de referência os dos autores, ou seja, os indivíduos: **Não apresentam sintomatologia depressiva**, quando o somatório global do Inventário de Depressão de Beck for inferior a 12; apresentam **ânimo depressivo leve**, se pontuarem com valores entre os 12 e os 17; apresentam **ânimo depressivo médio**, se pontuarem com valores entre os 18 e os 23; apresentam **ânimo depressivo grave**, se pontuarem com valores superiores ou iguais a 24.

#### **Consistência interna do Inventário de Depressão de Beck**

Na presente investigação procedeu-se ao estudo da consistência interna do Inventário do inventário da Depressão de Beck, para a presente amostra. Assim, iniciou-se a avaliação das propriedades psicométricas através dos estudos de fiabilidade. Os estudos de fiabilidade dizem respeito ao grau de confiança ou de exatidão que se pode ter na informação obtida. Procuram avaliar a estabilidade temporal ou fiabilidade teste reteste e a consistência interna ou homogeneidade dos itens. A primeira medida referida não foi efetuada neste estudo na medida em que sendo a escala um instrumento para medir um estado que pode modificar-se em qualquer instante, o teste-reteste não é relevante como medida de fiabilidade.

A consistência interna diz respeito ao grau de uniformidade e de coerência entre as respostas dos inquiridos a cada um dos itens que compõem a prova. Como ponto de referência os valores apresentados por Pestana e Gageiro (2005) são:

*Alfa* de Cronbach < 0,60 → inadmissível

0,60 < *alfa* de Cronbach < 0,70 → fraca

0,70 < *alfa* de Cronbach < 0,80 → razoável

0,80 < *alfa* de Cronbach < 0,90 → boa

0,90 > *alfa* de Cronbach → muito boa

Assim, com o intuito de se verificar a homogeneidade e consistência interna, procedeu-se ao cálculo dos valores correlacionais de cada item com o global da escala e do coeficiente de *alfa* de Cronbach (cf. Quadro 7). Assim, notamos que a correlação item total, em todos os itens, é superior a 0.20, oscilando as mesmas entre 0.409 no item 9 “ideias suicidas” o que se traduz numa percentagem de variância explicada de 44.5% e ( $r = 0.762$ ) no item 2 “Pessimismo” com uma variabilidade de 70.4%. Contudo o item que se apresenta com maior percentagem de variância explicada é o item 17 “Suscetibilidade a Fadiga” com 76.1% de percentagem de variância explicada. Quanto aos valores de *alfa* de cronbach obtidos em cada item, podemos classificá-los de muito bons, porquanto são todos superiores a 0.90, com um *alfa* global de 0.923.

Pelo que podemos afirmar que estamos perante uma consistência interna muito boa.

Quadro 7 – Inventário de Depressão de Beck estudo da consistência interna

	Itens	M	DP	R/item	R <sup>2</sup>	<i>Alfa</i> (s/item)
1	Tristeza	1,01	,765	,683	0,646	0,917
2	Pessimismo	1,12	,562	,762	0,704	0,917
3	Senso de Fracasso	,76	,795	,574	0,533	0,919
4	Insatisfação	1,03	,573	,618	0,565	0,919
5	Culpa	,74	,853	,669	0,738	0,917
6	Expectativa de punição	1,02	,799	,603	0,720	0,919
7	Auto-desgosto	,78	,801	,633	0,717	0,918
8	Auto-acusações	,95	,735	,557	0,645	0,919
9	Ideias Suicidas	,57	,613	,409	0,445	0,922
10	Choro	,86	,820	,626	0,593	0,918
11	Irritabilidade	1,17	,679	,544	0,511	0,920
12	Interação Social	1,22	,732	,597	0,614	0,919
13	Indecisão	1,55	,579	,497	0,383	0,921
14	Mudança da Imagem Corporal	1,04	,886	,484	0,480	0,921
15	Retardo para o Trabalho	1,32	,718	,523	0,643	0,920
16	Insónia	1,35	,755	,607	0,618	0,918
17	Suscetibilidade a Fadiga	1,29	,581	,734	0,761	0,917
18	Anorexia	,89	,691	,596	0,661	0,919
19	Perda de Peso	,40	,675	,517	0,592	0,920
20	Preocupação Somática	,77	,916	,592	0,619	0,919
21	Perda do Interesse Sexual	1,34	1,088	,532	0,523	0,922

**b) - Escala de sobrecarga do cuidador:**

Na sua versão original, este instrumento era constituído por 29 questões tendo posteriormente sido revisto pelos seus autores e reduzido a 22 questões.

Esta escala foi traduzida e adaptada para a população portuguesa por Sequeira (2007). Permite avaliar a sobrecarga objetiva e subjetiva dos cuidadores informais, explorando os efeitos negativos sobre estes, em áreas distintas da sua vida: social, pessoal, situação financeira, situação emocional e tipo de relacionamento.

Cada questão é avaliada segundo uma escala tipo *Likert* com cinco possíveis respostas: nunca (1); quase nunca (2); às vezes (3); muitas vezes (4); quase sempre (5). O score global varia entre 22 e 110 e quanto mais elevado maior a sobrecarga. Pode classificar-se de acordo com a pontuação obtida em: sem sobrecarga quando a cotação é inferior a 46; entre 46 e 56 – sobrecarga ligeira; superior a 56 – Sobrecarga intensa.

O autor que a validou e adaptou à população Portuguesa revela que este instrumento apresenta boa consistência interna ( $\alpha=0,93$ ), salientando que a análise fatorial permite identificar 4 fatores criados empiricamente. O primeiro fator intitulado “impacto da prestação de cuidados”, engloba os itens relativos à sobrecarga relacionada com a prestação de cuidados diretos, sendo constituída por 11 itens (1,2,3,6,8,10,11,12,13,17,22). O segundo fator intitulado “relação interpessoal” engloba os itens relacionados com relação entre o cuidador e a pessoa alvo de cuidados. Estes itens avaliam o impacto interpessoal que resulta da relação de prestação de cuidados (associados às dificuldades de interação). É constituído por 5 itens (4,5,16,18,19). O terceiro fator intitulado “expectativas face o cuidar” está relacionado com as expectativas que o cuidador tem relativamente à prestação de cuidados, centrando-se essencialmente nos meios, receios e disponibilidades. É constituído por 4 itens (7,8,14,15). O quarto fator denominado “perceção de autoeficácia”, refere-se à opinião do cuidador relativamente ao seu desempenho. É constituído por 2 itens (20,21).

**Consistência interna da escala de Sobrecarga do Cuidador**

A avaliação das propriedades psicométricas é feita através do **estudo da fiabilidade** com a determinação do coeficiente de alfa de Cronbach, do coeficiente de bipartição ou método das metades (split-half).

O quadro 8 expõe as estatísticas (médias e desvios padrão), as correlações obtidas entre cada subescala e o índice global. Tendo em conta os valores de alfa de Cronbach estes podem ser caracterizados por: muito bons ao situarem-se entre os 0.906 (nos itens 10 “Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar “ e 11 “Considera que não tem

uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?") e os 0.918 no item 20 ("Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?").

Pelos coeficientes de correlação item total corrigido os itens 20 e 21 são os que se apresentam mais problemáticos no que se refere à consistência interna dado apresentarem valores correlacionais inferiores a 0.20, pelo que numa análise mais conservadora deveriam ser eliminados. Todavia a sua exclusão pouco afetaria o alfa global.

Relativamente aos índices médios e desvios padrões constata-se alguma fragilidade e variabilidade, com valores em vários itens inferior ao valor médio esperado e noutros itens acima desse valor.

O coeficiente de bipartição de Split Half ou método das metades indica-nos valores de alfa de Cronbach ligeiramente mais fracos, do que o alfa para a globalidade da escala (0.914), mas que podem ser qualificados de bons já que para a primeira metade se obteve um valor de 0.860 e para a segunda de 0.826 (cf. Quadro 8).

Quadro 8 – Estatísticas e Valores Correlacionais da Escala de Sobrecarga do Cuidador

Nº Item	Itens	Média	dp	R/item	Alphas/item
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?	2.52	1.096	0.255	0.916
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?	2.18	1.095	0.578	0.910
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?	2.28	1.064	0.575	0.910
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?	1.50	0.948	0.456	0.912
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?	1.69	0.971	0.447	0.912
6	Considera que a situação atual afeta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?	1.88	1.066	0.697	0.908
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?	3.13	1.248	0.491	0.912
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?	3.12	1.486	0.594	0.910
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?	1.99	1.133	0.730	0.907
10	Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?	2.13	1.186	0.734	0.906
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?	2.00	1.279	0.720	0.906
12	Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?	1.76	1.120	0.706	0.907
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?	1.61	1.034	0.652	0.909
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?	3.25	1.591	0.403	0.915
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?	2.49	1.374	0.513	0.911
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	1.94	1.254	0.670	0.908
17	Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?	1.85	1.086	0.671	0.908
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	1.42	0.867	0.499	0.912
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?	2.15	1.167	0.634	0.909
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	2.20	1.163	0.185	0.918
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?	2.07	1.183	0.207	0.917
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?	2.11	1.317	0.737	0.906
<b>Coeficiente Split-half</b>				0.860	
				0.826	
<b>Coeficiente alpha Cronbach global</b>				0.914	

Apresentamos, no quadro 9, os valores de alfa de cronbach por subescala. Iniciando pela escala de impacto na prestação de cuidados, os coeficientes de alpha de Cronbach

continuam a dar boas indicações da sua consistência interna ao oscilarem entre 0,891 e os 0,919, podendo por tal facto ser classificados de bons. O coeficiente de bipartição de split-half (0,790), para a primeira metade e (0,861) para a segunda, embora ligeiramente inferiores que o valor global, mantém uma razoável consistência interna.

Analisando os coeficientes totais corrigidos, notamos pela mesma tabela que o item que melhor se correlaciona com os restantes é o item “Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?” que explica 57,76% da sua variabilidade e o que menor correlação estabelece é o item “Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?” com apenas uma variabilidade de 5,56%

Os resultados **das relações interpessoais** revelam que o item “Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?” é o que apresenta maior índice médio mas o de menor variabilidade diz respeito ao item “Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?” Olhando para os valores de alfa de Cronbach verificamos que estes oscilam entre 0,693 no item “Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?” e 0,759 no item “Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?” podendo classificar-se de razoáveis (cf. quadro 9) para um valor de alfa global para esta escala de 0,766. O coeficiente de bipartição de split half manifesta também razoável consistência entre os itens que o constituem pois na primeira metade o alfa de cronbach foi de 0,587 e na segunda metade de 0,636.

No que respeita ao **fator Expectativas com o Cuidar** obtiveram-se valores de alfa razoáveis ao oscilarem entre 0,652 “Considera que o seu familiar está dependente de si?” e 0,735 “Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?” com um valor global para o total da escala de 0,758 (cf. quadro 8). Os valores de split-half tanto na primeira metade (alfa= 0,582) como na segunda metade (alfa = 0,514) são admissíveis para as ciências sociais. O item que melhor se correlaciona com os restantes é o item “Considera que o seu familiar está dependente de si?” apresentando uma variabilidade de 41,12%.

Finalmente no que concerne à subescala percepção da autoeficácia, dado tratar-se de uma escala com dois itens, não é aplicável o estudo da sua consistência interna. Todavia o valor de alfa global é bom ao pontuar com 0,882.

Quadro 9 – Consistência interna por subescalas da escala sobrecarga do cuidador

Fatores	Itens	M	DP	R item-total	Alfa de Cronbach (s/item)
Impacto da prestação de cuidados	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?	2,52	1,096	0,235	0,918
	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?	2,18	1,095	0,602	0,900
	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?	2,28	1,064	0,525	0,904
	Considera que a situação atual afeta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?	1,88	1,066	0,701	0,895
	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?	1,99	1,133	0,760	0,891
	Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?	2,13	1,186	0,756	0,891
	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?	2,00	1,279	0,748	0,891
	Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?	1,76	1,120	0,751	0,892
	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?	1,61	1,034	0,660	0,897
	Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?	1,85	1,086	0,685	0,895
	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?	2,11	1,317	0,715	0,894
Relação Interpessoal	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?	1,50	0,948	0,478	0,743
	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?	1,69	0,971	0,425	0,759
	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	1,94	1,254	0,598	0,703
	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	1,42	0,867	0,595	0,711
	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?	2,15	1,167	0,617	0,693
Expectativas com o Cuidar	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?	3,13	1,284	0,513	0,725
	Considera que o seu familiar está dependente de si?	3,12	1,486	0,642	0,652
	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?	3,25	1,591	0,588	0,685
	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?	2,49	1,374	0,491	0,735
Percepção de Auto-eficácia	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	2,20	1,163	,790	-
	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?	2,07	1,183	,790	-

No quadro 10 apresentamos um quadro síntese onde pretende comparar os índices de alfa de cronbach por subescala e do coeficiente de bipartição o nosso estudo com os obtidos na validação para a versão portuguesa. Como se verifica nas subescalas expectativas como cuidar e percepção de autoeficácia valores de alfa são ligeiramente superior aos do autor da escala. O valor de alfa global, tal como já referimos, é semelhante ao da escala original.

Quadro 10 – Valores de alfa de conbach para as subescalas da sobrecarga do cuidador e valor global

Sub escalas	Nº itens	Alfa de Cronbach			Alfa de Cronbach versão portuguesa
		(Split-half)		Total	
		Parte 1	Parte2		
Impacto da prestação de cuidados	11	0.790	0.861	0.906	0.93
Relação Interpessoal	5	0.587	0.636	0.766	0.83
Expectativas com o Cuidar	4	0.582	0.514	0.758	0.67
Percepção de Autoeficácia	2	Não aplicável		0.882	0.80
Sobrecarga global	22	0.860	0.826	0.914	0.93

Reportando-nos à matriz de correlação de Pearson entre as diferentes domínios que constituem a escala de sobrecarga do cuidador. Notamos a existência de correlações positivas entre os diferentes fatores, o que nos permite afirmar que ao aumento dos índices de cada um dos fatores corresponde aumento no outro fator com o qual se correlaciona ou vice-versa. O maior valor correlacional, situa-se entre as relações interpessoais vs impacto na prestação de cuidados ( $r= 0.790$ ) explicando 62,4% da sua variabilidade e o menor na percepção da autoeficácia com as relações interpessoais ( $r= 0.025$ ). Por outro lado é também notório que os maiores índices correlacionais se obtêm com o valor global da escala com exceção para a prestação da autoeficácia, sendo que o impacto na prestação de cuidados com a sobrecarga global, explica mais de 80.0% da sua variabilidade (cf. Quadro 11).

Quadro 11 - Matriz de Correlação de Pearson entre subescalas da sobrecarga do cuidador

	Impacto prestação cuidados	Relação Interpessoal	Expectativas com o Cuidar	Percepção de Autoeficácia
Relação Interpessoal	0.790***	--	--	--
Expectativas com o Cuidar	0.573***	0.430***	--	--

No quadro 12 é reportada a validade discriminante do item que se traduz pela diferença entre a correlação do item com a escala a que pertence por comparação com a correlação do item com as escalas a que não pertence.

Podemos verificar que todos os itens estabelecem correlações positivas e significativas com as subescalas sendo não significativas apenas entre o item 1, 20 com as expectativas do cuidar e os itens 20 e 21 com a importância na prestação dos cuidados, relações interpessoais e expectativas de cuidar. A correlação é sempre maior com o resultado da subescala do qual o item faz parte.

Quadro 12 - Correlação dos itens com as subescalas da sobrecarga do cuidador

	Itens	Imp. prestação cuidados r	Relação Interpessoal	Expectativas cuidar r	Percepção autoeficácia r
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?	0.349***	0.204**	0.192n.s.	0.321**
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?	0.677***	0.379***	0.415***	0.624***
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?	0.608***	0.458***	0.445***	0.620***
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?	0.479***	0.660***	0.210*	0.504***
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?	0.507***	0.624***	0.170n.s.	0.496***
6	Considera que a situação atual afeta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?	0.759***	0.691***	0.363***	0.731***
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?	0.411***	0.391***	0.713***	0.553***
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?	0.561***	0.374***	0.819***	0.655***
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?	0.811***	0.677***	0.450***	0.763***
10	Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?	0.810***	0.586***	0.552***	0.768***
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?	0.807***	0.617***	0.474***	0.759***
12	Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?	0.803***	0.642***	0.366***	0.742***
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?	0.723***	0.671***	0.291**	0.689***
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?	0.351***	0.197*	0.800***	0.487***
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?	0.429***	0.373***	0.710***	0.577***
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	0.695***	0.789***	0.450***	0.713***
17	Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?	0.746***	0.555***	0.424***	0.708***
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	0.532***	0.733***	0.185n.s.	0.540***
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?	0.604***	0.790***	0.459***	0.678***
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	0.117n.s.	0.005n.s.	0.191n.s.	0.257*
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?	0.167n.s.	0.043n.s.	0.133n.s.	0.280**
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?	0.783***	0.731***	0.513***	0.774***

#### 1.4. Análise dos dados

Após a recolha de dados, efetuou-se uma primeira análise a todos os questionários para eliminarmos aqueles que se encontrassem incompletos ou mal preenchidos.

Na análise dos dados recorreu-se à estatística descritiva e analítica. Em relação à primeira, determinamos frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central ou de localização como médias e medidas de variabilidade ou dispersão como

amplitude de variação, coeficiente de variação e desvio padrão, para além de medidas de assimetria e achatamento, de acordo com as características das variáveis em estudo.

O Coeficiente de variação permite comparar a variabilidade de duas variáveis devendo os resultados obtidos serem interpretados (Pestana & Gageiro, 2009).

Coeficiente de variação	Classificação do grau de dispersão
0% - 15%	Dispersão baixa
16% - 30%	Dispersão moderada
>30%	Dispersão alta

No que respeita à estatística inferencial, recorreremos a testes paramétricos e a testes não paramétricos.

A utilização de testes paramétricos exige a verificação simultânea de duas condições, a primeira é que as variáveis de natureza quantitativa possuam a distribuição normal e a segunda que as variâncias populacionais sejam homogéneas caso se esteja a comparar duas ou mais amostras.

A estatística não paramétrica, como alternativa aos testes paramétricos, foi utilizada quando a condição da homogeneidade/normalidade de variâncias entre os grupos não se verificou (Maroco, 2007) e quando os grupos não se revelaram homogéneos, isto é quanto o quociente entre o número de elementos que constituem a amostra maior com a menor foi superior a 1,5 (Pestana & Gageiro, 2009).

Assim, entre os testes não paramétricos aplicámos o **teste de U Mann-Whitney** que é um teste alternativo ao teste t-Student para comparar as médias de duas amostras independentes. O único pressuposto exigido para a aplicação deste teste é que as duas amostras sejam independentes e aleatórias e que as variáveis em análise sejam numéricas ou ordinais (Maroco, 2007).

Recorreremos também à aplicação do **Coeficiente de correlação de Spearman**, pois trata-se de uma correlação linear  $r$  entre as variáveis X e Y, mede o grau de associação ou de relação linear mútua entre as variáveis X e Y. O coeficiente de correlação é adimensional e situa-se no intervalo  $-1 \leq r \leq 1$ . A validade estatística do coeficiente de correlação linear pressupõe que as duas variáveis são aleatórias e provêm de uma população normal bivariada (Maroco, 2007). O coeficiente de Correlação de Spearman mede a intensidade da relação entre variáveis ordinais. Aplica-se igualmente em variáveis intervalares/rácio como alternativa ao R de Pearson, quando neste último se viola a normalidade. No caso em que os dados não formam uma nuvem “bem comportada”, com alguns pontos muito afastados dos restantes, ou em que parece existir uma relação crescente ou decrescente em formato de curva, o Coeficiente de correlação de Spearman é mais apropriado. Este varia entre -1 e

1. Quanto mais próximo estiver destes extremos, maior será a associação entre as variáveis. O sinal negativo da correlação significa que as variáveis variam em sentido contrário, isto é, as categorias mais elevadas de uma variável estão associadas a categorias mais baixas da outra variável (Maroco, 2007).

O tratamento dos dados foi realizado através do programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) Versão 20.0.

## 2. Resultados

Neste capítulo procedemos à apresentação dos resultados referentes aos dados recolhidos. De forma a facilitar a análise dos dados estatísticos obtidos, estes estão expostos em quadros precedidos da respetiva análise. Este capítulo encontra-se estruturado em duas partes, a primeira diz respeito à análise descritiva e a segunda à análise inferencial.

### 2.1. Análise descritiva

#### 2.2.1. Variáveis clínicas da pessoa com esquizofrenia

##### Tipo de esquizofrenia

No que se refere ao tipo de esquizofrenia, registou-se que quer no grupo de cuidadores do género masculino (81,2%), quer no grupo de sujeitos da amostra do género feminino (58,7%) há o predomínio de doentes com esquizofrenia do tipo paranóide. Não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p=,171$ ) (cf. Tabela 5).

Tabela 5 – Tipo de esquizofrenia em função do género

Género Tipo de esquizofrenia	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Tipo Paranóide	26	81,2	37	58,7	63	66,3	1,0	-,7	5,004	,171
Tipo Indiferenciado	1	3,1	3	4,8	4	4,2	-,3	,2		
Tipo Residual	1	3,1	3	4,8	4	4,2	-,3	,2		
Não sabe	4	12,5	20	31,7	24	25,3	-1,4	1,0		
Total	32	100	63	100	95	100				

##### Tempo de diagnóstico

Verificou-se que no grupo de participantes do género masculino (51,6%) foi diagnosticada a esquizofrenia a seu familiar há 21 anos ou superior a este tempo de diagnóstico, enquanto no grupo dos participantes do género feminino (50,8%) a prevalência residiu no tempo de diagnóstico de 20 anos ou inferior a tal. Não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p=,500$ ) (cf. Tabela 6).

Tabela 6 – Tempo de diagnóstico em função do género

Tempo de diagnóstico \ Género	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
<=20 anos	15	48,4	30	50,8	19	20,0	-,1	,1	,049	,500
>= 21 anos	16	51,6	29	49,2	76	80,0	,1	-,1		
Total	31	100	59	100	90	100				

### Idade do doente com esquizofrenia

Verificou-se que a maioria dos doentes com esquizofrenia (68,6%) do género masculino possui 40 anos ou idades superiores a esta faixa etária, sendo esta é uma situação análoga à registada no grupo de doentes do género feminino (64,5%). Não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p=,425$ ) (cf. Tabela 7).

Tabela 7 – Idade do doente com esquizofrenia em função do género

Idade do Doente com Esquizofrenia \ Género	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
<=39 anos	20	31,2	11	35,5	31	32,6	-,2	,3	,170	,425
>= 40 anos	44	68,8	20	64,5	64	67,4	,1	-,2		
Total	64	100	31	100	90	100				

### Coabitação

Registou-se que são os doentes do género masculino que vivem com familiares diretos os que mais se evidenciam (62,3%), sendo esta uma situação análoga às doentes do género feminino (71%), as quais também coabitam com familiares diretos. Não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p=,285$ ) (cf. Tabela 8).

Tabela 8 – Coabitação em função do género da pessoa com esquizofrenia

Coabitação \ Género	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Familiares diretos	40	62,5	22	71,0	31	32,6	-,3	,4	,661	,282
Outros	24	37,5	9	29,0	64	67,4	,4	-,5		
Total	64	100	31	100	90	100				

### 2.1.2. Sintomatologia depressiva do cuidador informal

Na Tabela 9 estão representadas as estatísticas referentes à sintomatologia depressiva. Assim, de acordo com os dados apurados, poder-se-á dizer que se obteve um mínimo de 0,00 e um máximo de 43,00, com um desvio padrão de 9.92. Não há diferenças estatisticamente significativas, uma vez que  $p=0,139$ .

Tabela 9 - Estatísticas relativas à sintomatologia depressiva

	Min	Max	Média	dp	CV	Sk/erro	K/erro	Ks (p)
<b>Sintomatologia depressiva</b>	0.00	43.00	21.16	9.92	46,88	0.070	-1.18	0.139

Apresentamos na Tabela 10 os resultados obtidos de acordo com a classificação preconizada pelos autores da escala da Depressão. Assim, constatou-se que quer nos participantes do género masculino, quer nos do género feminino, prevalecem os que revelam depressão média, com 37,50% e 63,50%, respetivamente. A ausência de depressão é a menos representativa. Aqui constatamos diferenças estatísticas significativas ( $p=0,032$ ) para um  $X^2=6,868$ , o que nos leva a inferir uma depressão tendencialmente mais marcada para o género feminino.

Tabela 10 - Distribuição dos inquiridos segundo os sintomas depressivos e o género

Género \ Depressão	Masculino (n=32)		Feminino (n=63)		Total (n=95)		$X^2$	p
	N	%	N	%	N	%		
<b>Ausência de depressão</b>	9	28.1	7	11.1	16	16.8	<b>6.868</b>	<b>0.032*</b>
<b>Depressão leve</b>	11	34.4	16	25.4	27	28.4		
<b>Depressão média</b>	12	37.5	40	63.5	52	54.7		

\* $p<0,05$

Em primeiro lugar refere-se que se recodificou esta variável considerando os participantes que tinham depressão e os que não tinham depressão.

A análise da Tabela 11 demonstra que quer nos sujeitos do género feminino, quer nos sujeitos do género masculino, dominam os inquiridos com sintomatologia depressiva, com 71,90% e 88,90%, respetivamente, para o género masculino e feminino. Verificou-se que os participantes sem sintomatologia depressiva são menos representativos na amostra em estudo. Constatou-se diferenças estatísticas significativas ( $p=0,036$ ) para um  $X^2=4,386$ ,

o que leva a induzir uma manifestação depressiva tendencialmente mais marcada para o género feminino.

Tabela 11 – Distribuição dos inquiridos segundo os sintomas depressivos e o género

Género	Masculino (n=32)		Feminino (n=63)		Total (n=95)		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%		
<b>Sintomas depressivos</b>								
<b>Sem</b>	9	28.10	7	11.10	16	16.80	<b>4.386</b>	<b>0.036*</b>
<b>Com</b>	23	71.90	56	88.90	79	83.20		

\*p<0,05

Já em relação à idade, verificamos, pela análise da Tabela 12, que nos sujeitos com idade ≤ 39 anos domina a ausência de depressão, com 42,10%; enquanto nos participantes com idade ≥ 40 anos salientamos a presença de depressão média, com 61,80%. Assim, constatamos diferenças bastante estatísticas significativas (p=0,002) para um X<sup>2</sup>=12,588, o que nos leva a induzir uma depressão tendencialmente mais marcada para os inquiridos mais velhos.

Tabela 12 - Distribuição dos inquiridos segundo os sintomas depressivos e a idade

Idade	≤ 39 anos (n=19)		≥ 40 anos (n=76)		Total (n=95)		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%		
<b>Depressão</b>								
<b>Ausência de depressão</b>	8	42.10	8	10.50	16	16.80	<b>12.588</b>	<b>0.002**</b>
<b>Depressão leve</b>	6	31.60	21	27.60	27	28.40		
<b>Depressão média</b>	5	26.30	47	61.80	52	54.70		

\*\*p<0,01

Já em relação à idade, apurou-se, pela análise da Tabela 13, que quer nos sujeitos com idade ≤ 39 anos, quer nos participantes com idade ≥ 40 anos, dominam os inquiridos com sintomatologia depressiva, com 57,90% e 89,50% respetivamente para os mais novos e mais velhos. Registou-se que os participantes sem sintomatologia depressiva são os menos representativos na amostra em estudo. Constatou-se diferenças estatísticas bastante significativas (p=0,001) para um X<sup>2</sup>=10,823, o que leva a inferir a existência de uma manifestação depressiva tendencialmente mais marcada para os inquiridos mais velhos.

Tabela 13 - Distribuição dos inquiridos segundo os sintomas depressivos e a idade

Idade	≤ 39 anos (n=19)		≥ 40 anos (n=76)		Total (n=95)		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%		
<b>Sintomas depressivos</b>								
<b>Sem</b>	8	42.10	8	10.50	16	16.80	<b>10.823</b>	<b>0.001**</b>
<b>Com</b>	11	57.90	68	89.50	79	83.20		

\*\*p&lt;0,01

Analisando a Tabela 14, verifica-se que a grande maioria dos inquiridos sem e com sintomas depressivos são casados ou vivem em união de facto, respetivamente com 62,50% e 62,00%. Uma vez mais se constatou que os participantes sem sintomatologia depressiva estão em menor representatividade. Verificou-se que existem diferenças estatísticas bastante significativas ( $p=0,001$ ) para um  $X^2=10,823$ , sugerindo uma manifestação sintomatológica tendencialmente mais marcada para os inquiridos não casados.

Tabela 14 - Distribuição dos inquiridos segundo os sintomas depressivos e o estado civil

Sintomas Depressivos	Sem (n=16)		Com (n=79)		Total (n=95)		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%		
<b>Estado civil</b>								
<b>Solteiro(a)/Divorciado(a)/Viúvo(a)</b>	6	37.50	30	38.00	36	37.90	<b>0.001</b>	<b>0.972</b>
<b>Casado(a)/União de facto</b>	10	62.50	49	62.00	59	62.10		

\*\*p&lt;0,01

Relativamente às habilitações académicas, pode salientar-se, pela análise da Tabela 15, que 43,80% dos inquiridos sem sintomas depressivos possuem o ensino secundário, e 67,10% da amostra com sintomas depressivos possuem menos que o ensino secundário. Os inquiridos com ensino superior são os menos representativos em termos de sintomatologia depressiva. Registou-se a presença de diferenças estatísticas significativas ( $p=0,027$ ) para um  $X^2=7.202$ , sugerindo uma manifestação sintomatológica tendencialmente mais marcada para os inquiridos com habilitações literárias mais baixas.

Tabela 15 - Distribuição dos inquiridos segundo os sintomas depressivos e as habilitações académicas

Sintomas Depressivos \ Habilidade Académica	Sem (n=16)		Com (n=79)		Total (n=95)		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%		
<b>Menos que o Ensino Secundário</b>	5	31.20	53	67.10	58	61.10	<b>7.202</b>	<b>0.027</b>
<b>Ensino Secundário</b>	7	43.80	17	21.50	24	25.30		
<b>Ensino Superior</b>	4	25.00	9	11.40	13	13.70		

\*\*p&lt;0,01

Analisando a Tabela 16, pode dizer-se que 56,20% dos sujeitos da amostra sem sintomas depressivos residem com outras pessoas sem serem familiares diretos, enquanto a maioria dos inquiridos com sintomatologia depressiva reside com familiares diretos (70,90%). Constatou-se diferenças estatísticas significativas ( $p=0,036$ ) para um  $X^2=4,386$ , o que nos leva a induzir uma manifestação de sintomatologia depressiva tendencialmente mais marcada para os familiares diretos.

Tabela 16 - Distribuição dos inquiridos segundo os sintomas depressivos e o grau de parentesco

Sintomas Depressivos \ Grau de Parentesco	Sem (n=16)		Com (n=79)		Total (n=95)		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%		
<b>Familiares diretos</b>	7	43.80	58	70.90	63	66.30	<b>4.386</b>	<b>0.036</b>
<b>Outros</b>	9	56.20	23	29.10	32	33.70		

\*\*p&lt;0,01

Pode salientar-se, pela análise da Tabela 17, que a totalidade (100%) dos inquiridos com sobrecarga ligeira não apresenta sintomas depressivos, enquanto 85,90% da amostra com sobrecarga intensa apresenta sintomatologia depressiva. Verificou-se que existem diferenças estatísticas altamente significativas ( $p=0,000$ ) para um  $X^2=15,296$ , o sugere a presença de uma manifestação de sobrecarga intensa tendencialmente mais marcada para os inquiridos com sintomatologia depressiva.

Tabela 17 - Distribuição dos inquiridos segundo os sintomas depressivos e a sobrecarga

Sobrecarga	Sobrecarga ligeira (n=3)		Sobrecarga intensa (n=92)		Total (n=95)		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%		
Sintomas depressivos								
Sem	3	100.00	13	14.10	16	16.80	15.296	0.000**
Com	---	---	79	85.90	79	83.20		

\*\*p&lt;0,01

## 2.2. Análise inferencial

Neste subcapítulo pretende-se realizar a análise inferencial do trabalho, assim através da aplicação de testes paramétricos e não paramétricos, valida-se as questões de investigação propostas anteriormente.

2.2.2. Variáveis sociodemográficas dos familiares de pessoas com esquizofrenia e sobrecarga

### Relação entre sobrecarga, idade e género

Para se saber a influência do género dos cuidadores informais na sua sobrecarga, efetuou-se um teste *U de Mann-Whitney* (cf. Tabela 18). Apurou-se que foram os cuidadores do género feminino a obter médias mais elevadas em todos fatores da sobrecarga, comparativamente aos cuidadores do género masculino, mas as diferenças só são estatisticamente significativas para o Fator 1 - *Impacto da prestação de cuidados* (p=0,030).

No que se refere à variável idade, também se efetuou um teste *U de Mann-Whitney* (cf. Tabela 18), cujos resultados demonstram que os participantes com idades iguais ou superiores a 40 anos foram os que revelaram médias mais elevadas em todos fatores da sobrecarga, com exceção do Fator 4 - *Perceção de autoeficácia*, registados nos inquiridos com idade igual ou inferior a 39 anos, ou seja as variáveis em estudo são independentes.

Tabela 18 - Testes U de Mann-Whitney relacionando o género e a idade com a sobrecarga

Dimensões da sobrecarga Variáveis	Fator 1 - IPC	Fator 2 - RI	Fator 3 - EFC	Fator 4 - PAE	Sobrecarga total
	Ord. média	Ord. média	Ord. média	Ord. média	Ord. média
<b>Género</b>					
Masculino	39.42	42.88	46.63	43.72	41.25
Feminino	52.36	50.60	48.70	50.17	51.43
<b>(p)</b>	0.030*	0.191	0.726	0.258	0.089
<b>Idade</b>					
≤39 anos	41.29	40.55	39.03	49.97	40.92
≥40 anos	49.68	49.86	50.24	47.51	49.77
<b>(p)</b>	0.235	0.183	0.109	0.715	0.210

Com base nos resultados apresentados na Tabela 19, pode dizer-se que os cuidadores solteiros obtiveram, em todos os fatores, médias mais elevadas, condizentes com maior sobrecarga exceto no Fator 1 - *Impacto da Prestação de Cuidado*, registados nos casados (33,66). Assumindo o teste de Levene igualdade de variâncias não se encontraram diferenças estatísticas significativas em nenhum dos fatores, em conformidade com os resultados do *Teste t de student*, inferindo-se que o estado civil não é preditor da sobrecarga.

Tabela 19 – Teste t de student relacionado o estado civil e a sobrecarga

	Solteiro		Casado		Levene	t	p
	Média	Dp	Média	Dp			
<b>Fator 1 - IPC</b>	35.89	6.41	36.66	6.22	0.644	-0.580	0.563
<b>Fator 2 - RI</b>	16.72	2.50	16.61	2.76	0.732	0.199	0.843
<b>Fator 3 - EFC</b>	16.36	2.23	15.73	1.84	0.099	1.499	0.137
<b>Fator 4 - PAE</b>	6.11	1.28	5.93	1.13	0.474	0.712	0.478
<b>Fator Total</b>	75.08	9.87	74.93	9.25	0.545	0.075	0.940

### Relação entre sobrecarga e habilitações literárias

Na Tabela 20 estão expostos os resultados da aplicação do teste de análise de variância a um fator (ANOVA). Em conformidade com o mesmo, pode verificar-se que os cuidadores informais que têm habilitações inferiores ao ensino secundário obtiveram as médias mais elevadas, em todos os fatores da escala, isto é possuem mais sobrecarga, não existindo diferenças estatísticas significativas em nenhum dos fatores ( $p > 0,05$ ), o que nos permite afirmar que as habilitações académicas não influenciam a sobrecarga face ao cuidar da pessoa com esquizofrenia.

Tabela 20 - Teste ANOVA relacionando as habilitações académicas e a sobrecarga

	Menos secundário		Secundário		Superior		F	p	% V.E.
	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp			
<b>Fator 1 - IPC</b>	37.01	5.49	35.79	7.55	34.54	7.01	0.966	0.384	2.057
<b>Fator 2 - RI</b>	17.00	2.51	16.37	2.82	15.61	2.81	1.645	0.199	0.618
<b>Fator 3 - EFC</b>	16.15	2.02	15.50	1.84	16.00	2.24	0.904	0.409	1.927
<b>Fator 4 - PAE</b>	6.09	1.20	5.87	1.15	5.85	1.20	0.391	0.677	0.843
<b>Fator Total</b>	76.26	8.44	73.34	10.34	72.00	11.54	1.474	0.234	3.104

### Relação entre a sobrecarga e grau de parentesco

Pela análise dos resultados da Tabela 21, pode dizer-se que os familiares diretos do doente com esquizofrenia revelam mais sobrecarga, exceto na *Perceção de Autoeficácia*, com relação de dependência apenas para o referido Fator.

Tabela 21 - Teste U de Mann-Whitney o grau de parentesco com o doente e a sobrecarga

	Familiares diretos Ordenação média	Outros Ordenação média	Mann-whitney	p
<b>Fator 1 - IPC</b>	53.27	37.63	676.00	0.090
<b>Fator 2 - RI</b>	50.13	43.80	873.50	0.284
<b>Fator 3 - EFC</b>	50.37	43.33	858.50	0.234
<b>Fator 4 - PAE</b>	43.57	56.72	729.00	0.021*
<b>Fator Total</b>	51.66	40.80	777.50	0.069

2.2.2. Variáveis clínicas (tipo de esquizofrenia, patologia noutros membros da família) na sobrecarga dos familiares de pessoas com esquizofrenia

### Relação entre sobrecarga, tipo de esquizofrenia e patologia mental

Com o intuito de se saber a influência do tipo de esquizofrenia na sobrecarga dos cuidadores informais, efetuou-se um teste *U de Mann-Whitney* (cf. Tabela 22). Os resultados demonstram que a sobrecarga é superior os cuidadores informais com familiares com uma esquizofrenia não paranóide revelam com, com exceção na *Relação interpessoal* e nas *Expectativas face o cuidar*. Mais sobrecarga, mas sem significância estatística, o que nos permite afirmar que a sobrecarga do cuidador informal é independente do tipo de esquizofrenia que possui o doente.

Já para a presença de patologia mental noutro familiar, pelo teste de *U de Mann-Whitney* (cf. Tabela 22), verificou-se que os inquiridos com outros familiares com esta patologia foram os que revelaram mais sobrecarga com exceção das *Expectativas face o cuidar* e *Perceção de autoeficácia*, onde se registaram *ranks* médios mais elevados para os participantes que não têm outros familiares com esquizofrenia não se registando porém significâncias estatísticas.

Tabela 22 - Testes U de Mann-Whitney relacionando as variáveis clínicas com a sobrecarga

Dimensões da sobrecarga	Fator 1 - IPC	Fator 2 - RI	Fator 3 - EFC	Fator 4 - PAE	Sobrecarga total
Variáveis	Ord. média	Ord. média	Ord. média	Ord. média	Ord. média
<b>Esquizofrenia</b>					
Paranoide	46.71	49.42	48.28	47.61	47.60
Outras	50.55	45.20	47.45	48.77	48.80
<b>(p)</b>	0.520	0.476	0.889	0.840	0.841
<b>Patologia noutros membros</b>					
Sim	53.43	49.69	45.48	46.24	52.19
Não	46.46	47.52	48.72	48.50	46.81
<b>(p)</b>	0.306	0.747	0.631	0.728	0.430

#### **Variáveis sociodemográficas dos doentes com esquizofrenia (idade, género, estado civil e residência) e a sobrecarga dos familiares cuidadores**

Com o objetivo de se saber a influência da idade do doente com esquizofrenia na sobrecarga dos seus cuidadores, efetuou-se um teste *U de Mann-Whitney* (cf. Tabela 23). Assim, verificou-se que os participantes que cuidam de um doente esquizofrénico na faixa etária inferior ou igual a 39 anos foram os que revelaram mais sobrecarga em todos os fatores, com exceção das *Expectativas face o cuidar*, onde predominam os participantes cujo doente esquizofrénico tem idade superior ou igual a 40 anos, Constatou-se que existem diferenças estatisticamente bastante significativas apenas para o Fator 1 - *Impacto da prestação de cuidados* ( $p=0,001$ ) e significativa para a sobrecarga global ( $p=0,010$ ), inferindo-se assim que estas variáveis são as únicas predictoras relativamente à idade

No que se refere ao género do doente com esquizofrenia, com o teste *U de Mann-Whitney*, constatou-se o predomínio de uma sobrecarga mais elevada nos cuidadores informais que de um doente esquizofrénico do género feminino em todos os fatores da sobrecarga comparativamente com os cuidadores informais de doentes esquizofrénicos do

género masculino. Somente no *Impacto da prestação de cuidados* ( $p=0,030$ ) foram encontradas significâncias estatísticas

Quanto ao estado civil do doente com esquizofrenia, também através da aplicação do teste *U de Mann-Whitney*, se apurou que a maior sobrecarga é encontrada nos cuidadores cujo familiar esquizofrénico não é casado em todos os fatores da escala, comparativamente aos que são casados e/ou vivem em união de fatores mas não se encontraram diferenças estatisticamente significativas.

No referente à zona de residência do doente com esquizofrenia, salienta-se que os *ranks* médios mais elevados são os dos participantes, cujo familiar esquizofrénico reside numa zona urbana, em todos os fatores da sobrecarga, comparativamente aos sujeitos que cuidam de um familiar esquizofrénico que reside numa zona rural, sem significância estatística

Tabela 23 - Testes U de Mann-Whitney relacionando as variáveis sociodemográficas do doente com esquizofrenia e sobrecarga

Dimensões da sobrecarga Variáveis	Fator 1 - IPC	Fator 2 - RI	Fator 3 - EFC	Fator 4 - PAE	Sobrecarga total
	Ord. média	Ord. média	Ord. média	Ord. média	Ord. média
<b>Idade</b>					
≤39 anos					
≥40 anos	61.27	55.81	46.39	49.92	58.42
	41.57	44.22	48.78	47.07	42.91
<b>(p)</b>	0.001**	0.052	0.688	0.621	0.010*
<b>Género</b>					
Masculino					
Feminino	39.42	42.88	46.63	43.72	41.25
	52.36	50.60	48.70	50.17	51.43
<b>(p)</b>	0.030*	0.191	0.726	0.258	0.089
<b>Estado civil</b>					
Casado/união					
Outro	38.75	41.55	32.85	44.90	35.10
	49.09	48.86	49.78	48.36	49.52
<b>(p)</b>	0.261	0.429	0.063	0.694	0.117
<b>Residência</b>					
Urbano	48.16	48.26	48.13	48.63	48.37
Rural	43.17	40.00	44.17	28.83	36.67
<b>(p)</b>	0.757	0.605	0.805	0.200	0.469

### Variável contextual (sintomatologia depressiva) e sobrecarga dos familiares de pessoas com esquizofrenia.

Procurou-se averiguar de que forma o score global da sintomatologia depressiva influenciava a sobrecarga e as suas dimensões (scores) e, para isso, optámos por aplicar uma *Correlação de Pearson*.

Pela análise da Tabela 24, verificou-se a existência de correlações positivas em todos os fatores, sugerindo que com o aumento do score na escala da sintomatologia

depressiva aumentam os scores nos fatores da sobrecarga e sobrecarga global. Em termos de sobrecarga geral, obteve-se uma correlação positiva ( $r$  geral=0,498 – associação positiva moderada), revelando que com o aumento da sintomatologia depressiva, a sobrecarga diminui. Assim, constatou-se que essas associações se revelam com diferenças estatísticas bastante significativas ( $p < 0,01$ ) e altamente significativas ( $p < 0,001$ ). Estes resultados sugerem a sintomatologia depressiva está correlacionada com a sobrecarga dos cuidadores informais de doentes com esquizofrenia.

Tabela 24 - Correlação relacionando a sobrecarga e suas dimensões com a depressão

Depressão	r	p
Fator 1 Impacto da prestação de cuidados	0.463	0.000***
Fator 2 Relação interpessoal	0.349	0.001**
Fator 3 Expectativas face o cuidar	0.363	0.000***
Fator 4 Perceção de autoeficácia	0.119	0.249
Sobrecarga global	<b>0.498</b>	<b>0.000***</b>

\*\* $p < 0,01$

\*\*\* $p < 0,001$

### 3. Discussão

Nesta parte do trabalho procede-se à discussão dos resultados, tendo-se como ponto de partida as questões de investigação e os objetivos delineados, fazendo-se igualmente referência aos fundamentos teóricos expostos na primeira parte.

Começa-se por dizer que se apurou que, nos dois grupos instituídos para o género, houve um predomínio de cuidadores do género feminino, a quem, por norma, cabe o papel de cuidador informal de um familiar doente, no caso concreto de um doente com esquizofrenia.

Figueiredo (2007) definiu o perfil do cuidador, o qual está relacionado mais com o género feminino cuja idade oscila entre os 45 e os 60 anos; o grau de parentesco (cônjuge, filha/o e na ausência destes são os amigos e/ou vizinhos); estado civil (casados) e a proximidade geográfica (coabitação ou vivem próximo do doente). No entanto, a participação do género masculino é crescente. Sequeira (2007) complementa, mencionando os quatro fatores de determinação do cuidador informal, que são a relação familiar, coresidência, género e as condicionantes relativas aos descendentes.

Dias (2011), no seu estudo, verificou também que a maioria dos cuidadores de doentes com esquizofrenia era do género feminino (78,40%), sendo maioritariamente as mães (62,20%), com idade média de 59,14 anos, o que é corroborado com a presente investigação.

Vários estudos têm demonstrado que a presença de um doente mental na família resulta numa considerável sobrecarga para os seus membros (Magliano, et al., 2000; Jungbauer et al., 2003). Essa sobrecarga pode, inclusivamente, originar transtornos psicológicos, tais como: a ansiedade e a depressão, que ocorrem mais frequentemente nas mulheres que cuidam dos seus filhos ou maridos doentes mentais. Tendo-se em vista a natureza crónica da doença mental, o familiar é submetido ao efeito prolongado do evento stressor envolvido, na experiência quotidiana de cuidar do doente, o que pode afetar a sua própria saúde mental (Martens e Addington, 2006; Rammohan et al., 2002).

No que se refere à sobrecarga dos cuidadores informais de doentes esquizofrénicos, pode dizer-se que se verificou que os inquiridos do género feminino obtiveram médias mais elevadas em todos os fatores da sobrecarga, comparativamente aos elementos do género masculino, mas com significado estatístico apenas para o impacto da prestação de cuidados ( $p=0,030$ ). Estes resultados estão em conformidade com os apurados em relação à sintomatologia depressiva, ou seja, foram as inquiridas que revelaram mais sintomatologia depressiva, denotando, mais sobrecarga. Uma vez mais se reitera o perfil dos cuidadores

---

informais, sendo maioritariamente mulheres, com relação de parentesco direto com o doente. Neste sentido salienta-se Almeida et al. (2010), cujo estudo demonstrou igualmente um predomínio de mulheres a desempenhar o papel de cuidadoras informais de um familiar com esquizofrenia, revelando as mesmas uma grande sobrecarga familiar, que se refere ao impacto causado no meio familiar pela convivência com o doente, envolvendo aspetos económicos, práticos e emocionais. Os cuidadores informais sobrecarregados têm menor saúde mental.

As cuidadoras desenvolvem maiores níveis de stresse do que os homens (Frias, Tuokko & Rosenberg, 2005; Giacomini et al., 2005; Mehta, 2005); apresentam menor autoestima e valores mais altos de ansiedade e de sintomatologia depressiva, com fortes repercussões na sua qualidade de vida (Frias et al., 2005; Martins, 2006). Neste sentido e tendo em conta a experiência profissional relembra-se que são normalmente as mulheres que detêm na família o papel de *olhar por*. Por outro lado, tem-se verificado na prática profissional que as mulheres cuidadoras de doentes com esquizofrenia, sobretudo filhos e maridos, revelam cansaço, mormente psicológico, uma vez que esta tarefa lhes traz implicações para as várias dimensões da sua vida (física, psicológica, social, profissional e económico), resultando numa maior sobrecarga. Para elas, há uma obrigação moral que conduz a um maior envolvimento com a pessoa doente, aumentando os estados de stresse, nomeadamente, quando das crises psicóticas. A sua sobrecarga, nos seus diferentes domínios, é influenciada também pelo número de consultas e pelo número de internamentos psiquiátricos.

Apurou-se que os familiares diretos do doente com esquizofrenia revelam médias mais elevadas em todos os fatores, exceto na perceção de autoeficácia, existindo diferenças estatísticas significativas ( $p=0,021$ ) apenas para esse fator. Deste modo, pode dizer-se que o elemento da família que assume o papel de cuidador vai desenvolver várias tarefas que vão estar diretamente relacionadas com as necessidades do recetor (Martins, 2006). Tarefas novas, desconhecidas e imprevisíveis, para além das que já vinham a acontecer no seu quotidiano e que vão desencadear naquele uma série de sentimentos como medo, culpa, incerteza no futuro, responsabilidade pelo doente, sensação de descontrolo emocional, angústia e tristeza que comprometem o seu bem-estar (Fernandes & Garcia, 2009; Pinquart & Sorensen, 2006; Silveira, Caldas & Carneiro, 2006; Sousa, 2007).

Este papel traz ao familiar cuidador mudanças substanciais na sua vida individual e familiar. Cuidar de uma pessoa com esquizofrenia obriga a grande dispêndio de tempo, energia, novas tarefas, por vezes desagradáveis e desconfortáveis, por períodos de tempo imprevisíveis (Pinquart & Sorensen, 2006). Deste modo, as consequências do cuidar fazem-se sentir a nível físico, emocional e social e manifestam-se por alterações sentidas pelos

cuidadores, nomeadamente complexidade das tarefas, desleixo com o seu autocuidado, diminuição das horas de sono, insónia e conseqüente cansaço, irritabilidade, depressão, stresse emocional, redução do convívio social, frustração, comprometimento nos comportamentos de promoção da saúde, medo, desinteresse pela vida, desânimo e baixa qualidade de vida (Fernandes & Garcia, 2009a; Sena & Gonçalves, 2008).

Salienta-se que também se constatou que os inquiridos que cuidam de doentes esquizofrénicos mais novos ( $\leq 39$  anos) obtiveram, em todos os fatores da sobrecarga, as médias mais elevadas, com exceção das expectativas face o cuidar, onde predominam os utentes com idades iguais ou superiores a 40 anos, mas com bastante significado estatístico apenas para o impacto da prestação de cuidados ( $p=0,001$ ) e significativo para a sobrecarga global ( $p=0,010$ ).

Martins (2006) encontrou mais implicações na vida pessoal, menos satisfação com o papel e com o familiar e maior sobrecarga global nos cuidadores mais velhos, o que corrobora os dados alcançados na presente investigação. Tendo em conta estes dados, e de acordo com Sousa et al. (2007), os cuidadores de doentes com doença psiquiátrica ressentem-se tanto a nível estrutural, processual, cognitivo e emocional, aumentando a sua sobrecarga. No momento de assumir o papel de cuidador, a pessoa, por norma, ainda não está consciente das exigências associadas a este papel. Cuidar de uma pessoa com esquizofrenia obriga a grande dispêndio do tempo pessoal e energia, implica desenvolver novas e, muitas vezes, tarefas desagradáveis e desconfortáveis.

A sobrecarga física, emocional e social está diretamente relacionada com as características do cuidador, como seja a idade, género, grau de parentesco, falta de apoio dos serviços de saúde e vinculação ao cuidar (Armstrong-Esther et al., 2005; Fernandes & Garcia, 2009b; Giacomini, Uchoa & Lima Costa, 2005; Martins, 2006).

Constatou-se igualmente que, nos dois grupos instituídos para o género, houve um predomínio de inquiridos com depressão média, com 37,50% e 63,50% respetivamente para o género masculino e feminino, resultando em diferenças estatísticas significativas ( $p=0,032$ ) para um  $X^2=6,868$ , o que leva a induzir uma depressão tendencialmente mais marcada para o género feminino. Nos sujeitos com idade  $\leq 39$  anos, predomina a ausência de depressão, com 42,10%; enquanto nos participantes com idade  $\geq 40$  anos registou-se a presença de depressão média, com 61,80%. Assim, constatou-se diferenças bastante estatísticas significativas ( $p=0,002$ ) para um  $X^2=12,588$ , o que leva a inferir a presença de uma depressão tendencialmente mais marcada para os inquiridos mais velhos. Estes resultados corroboram os alcançados por Guedes (2008), tendo sido observado que os cuidadores informais de doentes com esquizofrenia que possuíam mais idade apresentavam maiores

níveis de sobrecarga e revelavam graus mais elevados de sintomatologia depressiva. Maurin e Boyd (2010) referem que a sobrecarga afeta a saúde mental dos cuidadores informais com destaque para as medidas de sobrecarga subjetiva.

Basheer et al. (2005), através do seu estudo, também verificaram que os cuidadores de doentes esquizofrénicos mais velhos eram os que apresentavam maior nível de depressão e de ansiedade, quando comparados com cuidadores de doentes mais novos.

Constatou-se também que quer nos sujeitos do género feminino, quer nos sujeitos do género masculino, dominaram os inquiridos com sintomatologia depressiva, com 71,90% e 88,90% respetivamente, para o género masculino e feminino. Sem sintomatologia depressiva é o menos representativo. Neste sentido, registou-se diferenças estatísticas significativas ( $p=0,036$ ) para um  $X^2=4,386$ , o que sugere a presença de uma manifestação depressiva tendencialmente mais marcada para o género feminino. Estes resultados corroboram os anteriormente analisados.

Na pesquisa de St. Onge e Lavoie (2007), com uma amostra de 99 familiares a presença de sintomatologia depressiva nas mulheres cuidadoras de doentes com doença mental, onde estava incluída a esquizofrenia, foi maior do que nos homens. Segundo os autores, isto resulta da sobrecarga sentida pelo familiar cuidador informal por ter que cuidar dos seus filhos e/ou maridos doentes. No estudo de Martens e Addington (2006), com 41 familiares de doentes esquizofrénicos, o impacto no bem-estar psicológico foi relacionado com aspetos diferenciados da experiência do cuidado, tais como o estigma associado à doença mental, os comportamentos inadequados do doente e o sentimento de perda por parte do familiar cuidador, resultando em sintomatologia depressiva.

Relação à idade, apurou-se que quer nos sujeitos com idade  $\leq 39$  anos, quer nos participantes com idade  $\geq 40$  anos, dominam os inquiridos com sintomatologia depressiva, com 57,90% e 89,50% respetivamente para os mais novos e mais velhos. Sem sintomatologia depressiva é o menos representativo. Deste modo, registaram-se diferenças estatísticas bastante significativas ( $p=0,001$ ) para um  $X^2=10,823$ , o que leva a inferir uma manifestação depressiva tendencialmente mais marcada para os inquiridos mais velhos. Estes resultados estão igualmente em conformidade com os anteriormente expostos em relação à idade dos sujeitos da amostra e a presença de depressão.

Há, portanto, na literatura da especialidade, evidência de que a sobrecarga sentida pelos familiares mais velhos, cuidadores de doentes com esquizofrenia, pode resultar em consequências negativas para a sua saúde mental. A deterioração na saúde mental dos familiares cuidadores, por outro lado, pode contribuir para uma maior frequência de situações de conflito ou de stresse para com o doente, o que afetaria o próprio tratamento

ou os cuidados prestados, uma vez que eles reagem com dificuldade a acontecimentos interpessoais stressantes (Martens & Addington, 2006). O efeito da sobrecarga na saúde mental dos familiares cuidadores pode ser atenuado por fatores mediadores, como a capacidade de enfrentar situações de adversidade e o suporte social que o familiar possui (Guedes, 2008; Rose, 2006).

Verificou-se igualmente que a grande maioria dos inquiridos sem e com sintomas depressivos são casados ou vivem em união de facto, respetivamente com 62,50% e 62,00%, resultando em diferenças estatísticas bastante significativas ( $p=0,001$ ) para um  $X^2=10,823$ , o que leva a induzir uma manifestação sintomatológica tendencialmente mais marcada para os inquiridos não casados. Estes dados não corroboram os encontrados por Guedes (2008), pois, na sua amostra, houve um predomínio de cuidadores casados ou em união de facto a manifestar sintomatologia depressiva.

Relativamente às habilitações académicas, pode salientar-se que 43,80% dos inquiridos sem sintomas depressivos possuem o ensino secundário e 67,10% com sintomas depressivos possuem menos que o ensino secundário. Os inquiridos com ensino superior são os menos representativos. Encontraram-se diferenças estatísticas significativas ( $p=0,027$ ) para um  $X^2=7.202$ , sugerindo uma manifestação sintomatológica tendencialmente mais marcada para os inquiridos com habilitações literárias mais baixas. Estes resultados poder-se-ão dever ao facto de as pessoas com menos habilitações académicas não terem tanto acesso a informações e, conseqüentemente, a ganhos de conhecimento acerca da doença do seu familiar e da forma como lidar com o mesmo. Por outro lado, as pessoas com mais habilitações académicas estarão melhor informadas sobre os aspetos psicossociais que envolvem o estigma da esquizofrenia, ou seja, entre as razões que podem levar à estigmatização da esquizofrenia, podem referir-se o pouco conhecimento acerca do que é a esquizofrenia e sobre os processos atuais de tratamento; os preconceitos e as ideias populares, sem fundamento científico, mas que estão enraizadas na nossa cultura e que levam as pessoas a ter medo de conviver com pessoas que sofrem de perturbação mental, por pensarem que essas pessoas podem ser conflituosas e perigosas, ou não saberem comportar-se em sociedade. Estes fatores poderão redundar em sintomatologia depressiva no familiar cuidador, uma vez que o mesmo tem de ter a capacidade para lidar, em simultâneo, com o familiar doente e com as conseqüências da estigmatização.

A experiência profissional tem demonstrado que a sociedade leiga vê a esquizofrenia com bastante negatividade, sentindo-se amedrontados e talvez até ameaçados, já que a opinião de algumas pessoas é de que se deve manter o indivíduo aprisionado nos hospitais psiquiátricos, em casa, ou mantidos sob efeito de medicamentos. Por norma, alega-se que um esquizofrénico é incapaz de produzir algo suficientemente ideal para os ditos “normais”,

o que causa muita pressão psicológica nos seus familiares cuidadores. Muitas vezes, o familiar cuidador sente-se desvalorizado ou excluído socialmente, gerando sofrimento psicológico. Na literatura é perentoriamente assumido que as pessoas com doença mental são discriminadas socialmente e/ou vítimas de estigma social (Graham et al., 2003). Este processo discriminatório e/ou estigmatizante estende-se a todos aqueles que a rodeiam, nomeadamente aos familiares cuidadores. Os cuidadores de pessoas com esquizofrenia experienciam vergonha, medo e embaraço (Werner, & Heinik, 2008). De acordo com Werner (2005), a simpatia, a compaixão e a consternação estão associadas a uma diminuição de comportamentos discriminatórios. Por outro lado, a rejeição, o ridículo e a pouca tolerância estão associados a um aumento de discriminação, resultando numa maior sobrecarga dos próprios cuidadores informais.

Verificou-se igualmente que 56,20% da amostra sem sintomas depressivos reside com “outros” elementos, a grande maioria dos inquiridos com sintomatologia depressiva reside com familiares diretos. Constatou-se diferenças estatísticas significativas ( $p=0,036$ ) para um  $X^2=4,386$ , o que nos leva a induzir uma manifestação de sintomatologia depressiva tendencialmente mais marcada para os familiares diretos. Estes resultados corroboram o que a literatura referencia acerca de quem assume, por norma, o papel de cuidador informal de um familiar doente, ou seja, os familiares mais diretos, grosso modo, as mulheres (Siqueira, 2010). Estes cuidadores informais podem estar expostos durante muitos anos a exigências físicas e emocionais, consideradas como stressores crónicos, que podem gerar um distresse psicológico, e fatores de risco para comportamentos não adaptativos, resultando em depressão (Vitaliano, Zhang, & Scanlan, 2003).

Verificou-se que a totalidade (100%) dos inquiridos com sobrecarga ligeira não apresenta sintomas depressivos, ao passo que 85,90% da amostra com sobrecarga intensa apresenta sintomatologia depressiva. Verificou-se que existem diferenças estatísticas altamente significativas ( $p=0,000$ ) para um  $X^2=15,296$ , sugerindo que os sujeitos com sobrecarga intensa apresentam tendencialmente mais sintomatologia depressiva. Estes resultados corroboram os encontrados por Train et al. (2005), segundo os quais há uma forte relação entre os níveis de sobrecarga elevados e a sintomatologia depressiva nos cuidadores de doentes com doença mental.

Verificou-se a existência de correlações positivas em todos os fatores da sobrecarga, sugerindo que com o aumento do score na escala de depressão, aumentam os scores nos fatores da sobrecarga e sobrecarga global. Assim, constatou-se que essas associações resultaram em diferenças estatísticas bastante significativas ( $p<0,01$ ) e altamente significativas ( $p<0,001$ ), o que leva a concluir que existem efeitos significativos da depressão na sobrecarga dos cuidadores informais de doentes com esquizofrenia .

Tendo em conta estes resultados, pode dizer-se que os mesmos vão ao encontro dos apurados por Dias (2011), uma vez que a autora concluiu que a atividade de cuidar de um doente esquizofrénico afeta a saúde mental dos familiares cuidadores, estando igualmente correlacionadas a depressão e com o aumento da sua sobrecarga.

Em suma, perante uma situação de doença de um familiar, como é o caso da esquizofrenia, a pessoa é confrontada com múltiplos desafios, que exigem dela capacidade de adaptação, capacidade para mobilizar determinados recursos (*coping*) e, ainda, a capacidade para se autocuidar, o que implica também gerir a sua própria vida. É neste sentido que, a ação dos enfermeiros é decisiva para a promoção ou proteção da saúde, para a prevenção da redução da sobrecarga física e psicológica destes familiares.

A relação terapêutica torna-se a ferramenta mais importante que o enfermeiro possui para trabalhar com as pessoas em Saúde Mental. Neeb (2000) argumenta que este trabalho envolve a parceria com utente e a sua família, de modo a atender às múltiplas facetas do transtorno psicopatológico. Para isso, o enfermeiro deve assumir o compromisso com um trabalho multidisciplinar e possuir conhecimentos para agir de acordo com cada situação e condições das pessoas que necessitam de ajuda. Esta forma de olhar/acolher diariamente os seus familiares de doentes esquizofrénicos só é conseguida quando se cuida “emprestando”, por momentos, um pouco de nós mesmos no estabelecer de uma relação de ajuda terapêutica, com a finalidade de “nos envolvermos” no problema do outro, com o “seu sentir” o problema.



## Conclusão

O presente trabalho de investigação, centrado na problemática da sobrecarga dos familiares/cuidadores informais do doente com esquizofrenia, contribuiu para uma ampliação de conhecimentos a diferentes níveis, tais como: profissionais, académicos e investigativos, sem menosprezar a dimensão pessoal e social nele contida.

Profissionalmente permitiu o aprofundar de conhecimentos na área de saúde mental. Possibilitou reequacionar modos de ação com aplicação na prática profissional.

Em termos académicos possibilitou consolidar conhecimentos teórico-práticos sustentados cientificamente que permitiram agir com maior segurança na relação estabelecida.

Assim, através do quadro concetual, concluiu-se que, ao longo do ciclo vital, o ser humano vivência etapas que poderão ser, por si só, geradoras de conflito interno e que aumentam a sua sobrecarga, como é o caso concreto da prestação de cuidados informais a um familiar com esquizofrenia. A desarmonia interna do indivíduo leva ao desequilíbrio da sua homeostase e, conseqüentemente, à crise. Porém, de acordo com a bibliografia consultada, um acontecimento pode ser gerador de crise para determinadas pessoas, mas não o ser para outras. Muitas vezes, a crise não tem a ver com o acontecimento em si, mas antes com a interpretação que a pessoa faz dele ou a ameaça que representa na fase do seu ciclo vital. Neste sentido, é a interpretação e a percepção de ameaça do acontecimento que tende a provocar um importante nível de stresse e de angústia, causando, inclusive, sintomatologia depressiva, que impede o indivíduo de, por si só, utilizar os seus recursos internos e externos para reencontrar o seu equilíbrio e desempenhar, de forma harmoniosa, os seus papéis pessoais, familiares e sociais. Nesta linha de pensamento, quando a capacidade de adotar estratégias na resolução de problemas não se revela ajustada por parte dos familiares de doentes esquizofrénicos, o confronto necessário para a transição e adaptação aos estímulos stressores torna-se ineficaz e a pessoa “entra em crise”, ameaçando a sua saúde física e mental.

Neste contexto, e tendo como ponto de referência o paradigma do cuidar, e na essência da prática de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria, o profissional de saúde deve executar uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde do doente, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família. Como tal, o enfermeiro deve ajudar o familiar do doente com esquizofrenia a melhorar a compreensão que tem de si próprio, das suas crenças, dos seus receios e das suas dificuldades na prestação de cuidados ao seu familiar doente, para adquirir, na sua ação, congruência e

---

confiança na relação com o familiar doente, assumindo assim o papel de cuidador consciente numa aliança terapêutica, em parceria com os profissionais de saúde.

Desta feita, os profissionais de saúde devem ter uma atitude, essencialmente, centrada nas dificuldades que os familiares do doente com esquizofrenia possam, dando-lhes a possibilidade de expressar as suas dúvidas e, angústias e receios. Assim, estar-se-á a proceder de forma eficaz na aliança terapêutica, que tem por base o processo de comunicação assertiva. Ao investir na comunicação, na disponibilidade de tempo, na utilização das suas capacidades intelectuais e afetivas, o enfermeiro está a contribuir para uma intervenção adequada, em função das necessidades manifestadas pelo familiar do doente com esquizofrenia, ajudando-o a minimizar a sua sobrecarga.

Acresce mencionar que uma aliança terapêutica eficaz exige, segundo Chalifour (2008), uma capacidade de abertura e de conhecimento de si e de reconhecimento da forma como estes processos são expressados, negados, deturpados ou recusados no profissional e na pessoa. Esta competência está em conformidade com as habilidades, capacidades e competências dos enfermeiros.

Como unidade de competências, a Ordem dos Enfermeiros (2010) refere que o enfermeiro de Saúde Mental e Psiquiatria executa uma avaliação das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, avaliando a repercussão para a saúde mental da interface pessoa, sua família e todos os sistemas que a rodeiam, assim como executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história da saúde mental da pessoa. Refere ainda que o enfermeiro deve avaliar os fatores promotores e protetores do bem-estar e saúde mental do doente e dos seus familiares, executando igualmente uma avaliação das capacidades internas da pessoa e os recursos externos para manter e recuperar a sua saúde mental, avaliando o impacto que esse problema tem na vida da pessoa com ênfase na funcionalidade e autonomia.

Dando continuidade à contribuição da elaboração do presente trabalho, a sua dimensão investigativa pretendeu encontrar respostas para as questões de investigação inicialmente elaboradas, tendo-se concluído, através do estudo empírico que a variável género interferiu significativamente no Fator 1 - *Impacto da prestação de cuidados*, bem como a variável grau de parentesco com o doente esquizofrénico, nomeadamente foram os familiares não diretos do doente com esquizofrenia revelam médias mais elevadas no Fator 4 - *Perceção de Autoeficácia*. Concluiu-se que a variável sociodemográfica idade do doente com esquizofrenia interferiu na sobrecarga dos seus cuidadores, mais concretamente ao nível do Fator 1 - *Impacto da prestação de cuidados* e na Sobrecarga Global. A variável

---

género do doente com esquizofrenia interferiu estatisticamente na sobrecarga do seu familiar cuidador, mais concretamente no Fator 1 - *Impacto da prestação de cuidados*.

Concluiu-se igualmente que houve uma correlação estatisticamente significativa entre a sintomatologia depressiva e a sobrecarga dos familiares que coabitam com a pessoa com esquizofrenia.

Estes resultados levam a concluir que o enfermeiro assume um papel importante junto dos familiares de doentes com esquizofrenia, sobretudo junto daqueles que têm uma maior sobrecarga, decorrente da prestação de cuidados ao seu familiar doente. Logo, um enfermeiro, que desempenhe funções com famílias de pessoas com esquizofrenia, deve, segundo Townsend (2011, p. 136), “facilitar a mudança na estrutura familiar”, para uma melhor adaptação. Para isso, o enfermeiro tem um papel de integrador da família, devendo-se unir à família para que possa haver reestruturação. É necessário igualmente haver uma avaliação da estrutura familiar, uma vez que a família do doente esquizofrénico pode apresentar dificuldades na interação com o seu familiar doente. Nesta avaliação, analisam-se, como afirma Townsend (2011, p. 136), “os padrões transicionais, a flexibilidade e o potencial de mudanças do sistema, limites e estágio de desenvolvimento da família e o papel do paciente identificado no sistema”.

Deste modo, sugere-se que os enfermeiros ajudem a reestruturar a família, estabelecendo uma aliança terapêutica, “tornando-se parte” dessa mesma família, podendo trabalhar o sistema e facilitar as circunstâncias para permitir mudanças estruturais, resultando na potenciação de menor sobrecarga dos familiares que coabitam com um doente esquizofrénico, atendendo, inclusive, às características próprias desta patologia. Assim, os enfermeiros devem ajudar na resolução de conflitos que surgem da convivência com um familiar esquizofrénico; auxiliar os familiares a reduzir a sua ansiedade; dar-lhe condições para lutar contra as forças destrutivas que podem interferir diretamente na sua qualidade de vida; fortalecer a família contra perturbações críticas e fomentar a identidade familiar e os seus valores próprios, no sentido de ajudar os familiares a diminuir a sua sobrecarga.

Como tal, sugere-se uma intervenção em grupo, para os familiares/ cuidadores, ajudando-os a lidarem com acontecimentos desgastantes do papel de cuidador do doente com esquizofrenia e ajudá-los a crescer e a evoluir, de forma a lidarem, o melhor possível, com a situação do seu familiar. Esta intervenção apoia o cuidador a lidar e a assumir a difícil tarefa de “cuidar” de um familiar com esquizofrenia. Esta tarefa cria stresse e traz sobrecarga, o que pode diminuir as reservas do cuidador em adaptar-se efetivamente à sua

---

situação. O enfermeiro pode ajudar o familiar a ultrapassar as consequências negativas da situação e a estabelecer novas vias para uma melhor e mais positiva adaptação à situação.

Ao terminar-se este trabalho e ao ter-se chegado a este patamar, acredita-se ter atingido todos os objetivos que nos propusemos no seu início. Todavia, ao longo da sua realização foram surgindo limitações, sobretudo no que se refere ao preenchimento dos questionários, cuja amostra ficou aquém das expectativas, ou seja, não se conseguiu uma amostra mais dilatada (N=95), o que não permite a generalização dos resultados a outras amostras. Assim, sugere-se a continuidade desta investigação com o recurso a um estudo longitudinal e numa amostra maior, o que provavelmente se reverterá num conhecimento mais aprofundado do fenómeno em estudo.

Termina-se com a consciência que a necessidade de refletir está sempre presente na pessoa que deseja evoluir pessoal e profissionalmente. Por isso, procurou-se refletir na sobrecarga dos familiares que coabitam com um doente esquizofrénico e desempenham o papel de cuidador, o que passou principalmente pela necessidade de se evoluir, de se aperceber dos erros, medos e das interligações que se efetuam na profissional. Independentemente da vida profissional e pessoal serem realidades paralelas, elas estão associadas, pois uma condiciona a outra, chegando mesmo a formar uma linha única.

Admite-se que se amadureceram os conhecimentos que se possuía, enquanto profissional de enfermagem a exercer num Serviço de Psiquiatria, na implementação desta investigação, que ajudou a esclarecer o posicionamento perante a temática e a conhecer melhor os familiares que, face aos seus problemas no contacto diário com um doente esquizofrénico, demonstraram possuir uma grande sobrecarga. Salienta-se que aprofundar conhecimentos, que funcionam como ferramentas da relação de ajuda, permitirá ir ao encontro do outro, desenvolvendo-se não só a capacidade de criar relações interpessoais e intrapessoais facilitadoras de crescimento, como também o próprio crescimento pessoal e profissional. Não se pode dizer que é fácil, mas pode afirmar-se que foi muito gratificante a realização deste trabalho, na medida em que contribuiu para o desenvolvimento da capacidade de “ir e voltar”, o que se consolidou com a aquisição e desenvolvimento das competências em enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

## Bibliografia

- Almeida, M.M.; Schal, V.T.; Martins, A.M. & Modena, C.M (2010). A sobrecarga de cuidadores de pacientes com esquizofrenia. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*; 32(3): 73-79.
- Rosa, M. & Elkis H. (2007). Adesão em esquizofrenia.
- Almeida, M.M; Schal, V.T; Martins, A.M. & Modena, C.M. (2010). A sobrecarga de cuidadores de pacientes com esquizofrenia. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul*; 32: 3-14.
- Alves, T.M. (2006). The psychopathological factors of refractory schizophrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(2): 108-112.
- Âmbar. Pinto, C. (2007). *Razão e Sensibilidade no Cuidado Informal - Narrativas de Homens Idosos Cuidadores*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro.
- Ballone, G. J. (2005). *Esquizofrenias*. [Consult. em 17 de Março de 2013]. Disponível em: PsiqWeb.
- Barroso, S.M., Bandeira, M. & Nascimento. E. (2007). Sobrecarga de familiares de pacientes atendidos na rede pública. *Rev Psiquiatr Clin.*; 34(6):270-7.
- Campana, A.O.; Padovani, C.R.; Iaria, C.T.; Freitas, C.B.D.; Paiva, S.A.R. & Hossne, W.S. (2001). *Investigação científica na área médica*. São Paulo: Manole.
- Cattani, R. & Girardon-Perlini, N. (2004). Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 6 (2); 254-271.
- Diniz, D.P. & Schor, N. (2006). *Qualidade de vida*. Brasil: Editora Manole Lda..
- DSM - IV - TR (2006). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editora.
- Figueiredo, D. (2007). *Prestação familiar de cuidados a idosos dependentes com e sem dependência*. Dissertação de Doutoramento em Ciências da Saúde, Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro. Paúl, C. & Fonseca, A. (2005). *Psicossociologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Filho, M.D.O.S.; Sousa, A.O.; Parente, A.C.B.V. & Martins, M.C.C. (2010). Avaliação da sobrecarga em familiares cuidadores de pacientes esquizofrênicos adultos. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 15(3): 639-647.
- Fortin, M. F. (2009). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

- Hirdes, A. (2009). A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. *Ciência e saúde Coletiva* (Rio de Janeiro), 14(1): 297-305.
- Imaginário, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formasau.
- Kikkert, M.J., Schene, A.H., Koeter, M.W.J. et al. (2006). Medication adherence in schizophrenia: exploring patients 'carers' and professionals views. *Schizophrenia Bulletin*; 32: 4, 786-794.
- Marques-Teixeira J.; Pereira, A.; Silva, A.; Marieiro, A.; Humberto, J. & Guerreiro, M. (2006). Caracterização de doentes portugueses com esquizofrenia: resultados da avaliação do estudo observacional SOHO no início do estudo. *Saúde Mental*, VII(4): 13-21.
- Martins, I. (2006). *AVC – Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Loures: Framausau.
- Melman J. (2002). *Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares*. São Paulo: Escrituras.
- Moniz, J.M.N. (2003). A enfermagem e a pessoa idosa - a prática de cuidados como experiência formativa. Loures: Lusociência.
- Oliveira, R.M.P. (2009). Família do paciente psiquiátrico: o retrato de uma ilustre desconhecida. *Revista Maringá*. Vol. 26, 1: 213-222.
- Pergoraro, R.F. & Caldana, R.H.L. (2006). Sobrecarga de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Psicol Estudo*; 11(3):569-77.
- Pimentel, F.L. (2006). *Qualidade de vida e oncologia*. Coimbra: Almedina.
- Pimentel, L. (2001). *O Lugar do Idoso na Família: Contextos e Trajectórias*. Coimbra: Quarteto.
- Provencher, H. & Mueser, K. (2003). Positive and negative symptom behaviors and caregiver burden in the relatives of persons with schizophrenia. *Schizophr Res.*; 26:71-80.
- Pull, C. (2005). Diagnóstico da esquizofrenia: uma revisão. In M. Maj & N. Sartorius (Orgs.), *Esquizofrenia* (pp. 13-70). Porto Alegre: Artmed.
- Ramos, R.M.C. (2004). Esquizofrenia. *Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba*, 6(1): 1-4. Azevedo, D.M. (2005). *A esquizofrenia sob a Ótica Familiar: o discurso dos cuidadores*. Campina Grande. Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual da Paraíba.
- Regulamento n.º 129/2011 da Ordem dos Enfermeiros.

- 
- Reis, M., Marcolin, M. & Elkis H. (2007). Evaluation of the factors interfering with drug treatment compliance among Brazilian patients with schizophrenia. *Rev Bras Psiquiatria*, 27(3), 178-184.
- Resende, M.C.F. & DIAS, E.C. (2008). Cuidadores de idosos: um novo / velho trabalho. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, 4: 785-800.
- Ricarte, L. F. C. S. (2009). *Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Rizzo, D.C. & Schall, V.T. (2008). Representações sociais de cuidadores principais de pacientes com demência. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*; 30(1):39-48.
- Rolo, L. (2009). *Sobrecarga e Satisfação com a Vida*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro.
- Rosa, M. & Elkis H. (2007). Adesão em esquizofrenia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(2),189-192.
- Rudge, T. & Morse. K. (2004). Did anything change? Care givers and schizophrenia after medication changes. *Psychiatr Ment Health Nurs.*; 11: 3-11.
- Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (2006). *Compêndio de Psiquiatria: Ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto alegre: Artmed.
- Santos, P.A. (2005). O familiar cuidador em ambiente domiciliário: sobrecarga física, emocional e social [Em linha]. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2005. Dissertação de mestrado. [Consult. em 17 de Março de 2013]. Disponível em WWW: <URL: [http://cuidadoscontinuados.no.sapo.pt/tese/tese\\_completa.pdf](http://cuidadoscontinuados.no.sapo.pt/tese/tese_completa.pdf)>.
- Saraiva, S. (2008). *O cuidador informal ao idoso dependente*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes: diagnósticos e intervenções*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas Lda.
- Moreira, I. (2001). *O doente terminal em contexto familiar*. Coimbra: Formassau.
- Sousa, L.; Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em Família – Os cuidados familiares na velhice*. Porto:

- Tomey, A.M. (2004). Nancy Roper et alii. – Os elementos da enfermagem baseado num modelo de vida. In: Tomey, A.M. e Alligood, M.R. *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Loures, Lusociência, pp. 405-422.
- Tucker, C., Barker, A. & Gregoire A. (1998). Living with schizophrenia: caring a person with severe mental illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 33: 305-9.



Assinale as suas respostas.

O presente questionário destina-se à recolha de dados no âmbito da realização da tese de Mestrado em Educação para a Saúde.

O seu preenchimento é livre. Agradeço, desde já, a disponibilidade e colaboração.

Os dados serão tratados apenas , para fins académicos, salvaguardando a confidencialidade, com o pressuposto do anonimato na resposta a este questionário.

### *Variáveis Sociodemográficas*

**1. Género:**

Masculino  Feminino

**2. Idade:**

Até aos 20 anos

Dos 21 anos aos 39 anos

Mais de 40 anos

**3. Estado Civil:**

Solteiro (a)/ Divorciado (a)/ Viúvo (a)

Casado (a)/ União de Facto

**4. Habilitações Académicas**

Menos que o Ensino Secundário

Ensino Secundário

Ensino Superior

**5. Grau de Parentesco com o doente** \_\_\_\_\_

**6. É o Cuidador habitual?**

Sim

Não

Se respondeu “Não” na questão anterior, terminou o seu questionário.

## Variáveis Clínicas

### 1. Tipo de Esquizofrenia

- Tipo Paranóide
- Tipo Desorganizado
- Tipo Catatónico
- Tipo Indiferenciado
- Tipo Residual
- Não Sabe

### 2. Ano do Diagnóstico da Doença \_\_\_\_\_

### 3. Tipo de Medicação

Medicamento	Jejum	Pequeno-almoço	Almoço	Lanche	Jantar	Deitar

### 4. Antes do diagnóstico de esquizofrenia, o doente já apresentava doenças do foro psiquiátrico?

- Sim
- Não

#### 4.1. Se sim, quais? \_\_\_\_\_

### 5. Existem patologias psiquiátricas noutros membros da família?

- Sim
- Não

#### 5.1. Se sim quais? \_\_\_\_\_

**6. Que sintomatologia encontra na pessoa dependente com esquizofrenia?**

Perda de iniciativa

Perda de interesse pelas actividades de vida diária

Humor depressivo

Isolamento

Comportamento inadequado

Não cuida da aparência pessoal

Não se preocupa com a higiene pessoal

Outros

Quais? \_\_\_\_\_

**7. Com que frequência mensal ocorrem os episódios de crise de esquizofrenia?**

De 0 a 5 Meses

De 6 a 10 Meses

Mais de 11 Meses

*Caracterização da Pessoa com Esquizofrenia*

**1. Idade:**

Até aos 20 anos

Dos 21 anos aos 39 anos

Mais de 40 anos

**2. Género:**

Masculino

Feminino

**3. Habilitações Académicas**

Menos que o Ensino Secundário

Ensino Secundário

Ensino Superior

#### 4. Estado Civil

Solteiro (a)/ Divorciado (a)/ Viúvo (a)

Casado (a)/ União de Facto

#### 5. Com quem vive?

Pais

Marido/Esposa

Irmão (ã)

Outro  Quem ?

#### 6. Local da Residência

Zona Urbana

Zona Rural

### Escala de Depressão de Beck (Beck Depression Inventory)

#### INSTRUÇÕES

Neste questionário existem grupos de afirmações. Por favor leia cuidadosamente cada uma delas. A seguir seleccione a afirmação, em cada grupo, que melhor descreve como se sentiu. NA SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE.

Certifique-se que leu todas as afirmações de cada grupo antes de fazer a sua escolha. No final clique no botão calcular para ver o resultado do seu inventário de depressão.

#### A – TRISTEZA

- Não me sinto triste.
- Sinto-me melancólico(a) ou triste.
- Estou triste e melancólico(a) o tempo todo e não consigo sair disso.
- Estou tão triste e infeliz que isso é extremamente doloroso.
- Estou tão triste e infeliz que não consigo suportar.

## **B – PESSIMISMO**

- Não estou particularmente triste ou desencorajado(a) em relação ao futuro.
- Sinto-me desencorajado(a) em relação ao futuro.
- Sinto que não tenho nada para alcançar.
- Sinto que nunca superarei meus problemas.
- Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar.

## **C – SENSO DE FRACASSO**

- Não me sinto um fracassado(a).
- Sinto que tenho fracassado(a) mais que uma pessoa comum.
- Sinto que tenho realizado muito pouca coisa que valha.
- Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
- Sinto que sou um completo fracasso como pessoa (pai, marido, mulher...).

## **D – INSATISFAÇÃO**

- Não estou particularmente insatisfeito(a).
- Sinto-me entediado(a) a maior parte do tempo.
- Não tenho gosto pelas coisas como costumava ter.
- Não consigo ter satisfação por nada, atualmente.
- Estou insatisfeito(a) com tudo.

## **E – CULPA**

- Não me sinto particularmente culpado(a).
- Sinto-me mal ou indigno(a) uma boa parte do tempo.
- Sinto-me bastante culpado (a).
- Sinto-me mal ou indigno (a), praticamente o tempo todo, agora. Sinto-me mal ou indigno (a), praticamente o tempo todo, agora.
- Sinto-me como se estivesse bem ruim e sem valor.

#### **F – EXPECTATIVA DE PUNIÇÃO**

- Não acho que esteja sendo punido.
- Tenho um pressentimento de que alguma coisa ruim possa acontecer comigo.
- Sinto que estou sendo punido(a) ou que irei ser punido.
- Sinto que mereço ser punido(a).
- Quero ser punido(a).

#### **G – AUTODESGOSTO**

- Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo.
- Estou desapontado(a) comigo mesmo.
- Não gosto de mim.
- Estou aborrecido(a) comigo mesmo.
- Eu me odeio.

#### **H – AUTO-ACUSAÇÕES**

- Não me sinto, de qualquer modo, pior que os outros.
- Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.
- Eu me culpo sempre por minhas falhas.
- Eu me culpo por tudo de mau que acontece.

#### **I – IDEIAS SUICÍDAS**

- Não tenho quaisquer pensamentos sobre prejudicar a mim mesmo(a).
- Tenho pensamentos sobre prejudicar a mim mesmo(a), mas eu não os colocaria em prática.
- Sinto que estaria em melhor situação morto(a).
- Sinto que minha família estaria em melhor situação se eu estivesse morto(a).
- Eu me mataria se pudesse.

#### **J – CHORO**

- Não choro mais do que o habitual.
- Choro mais agora do que costumava.
- Agora, choro o tempo todo.
- Costumava ser capaz e chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.

#### **K – IRRITABILIDADE**

- Não sou mais irritado agora do que já fui.
- Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.
- Atualmente sinto-me sempre irritado.
- Não me irrito mais com as coisas que costumavam me irritar.

#### **L – INTERAÇÃO SOCIAL**

- Não perdi o interesse pelas outras pessoas.
- Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.
- Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.
- Perdi todo o meu interesse pelas outras pessoas.

#### **M – INDECISÃO**

- Tomo decisões tão bem quanto antes.
- Adio as tomadas de decisões mais do que costumava.
- Tenho mais dificuldade em tomar decisões do que antes.
- Não consigo mais tomar decisões.

#### **N – MUDANÇA DA IMAGEM CORPORAL**

- Não acho que minha aparência esteja pior do que costumava ser.
- Estou preocupado por estar parecendo velho ou sem interesse.
- Acho que há mudanças permanentes na minha aparência que me fazem parecer sem interesse.
- Acredito que pareço feio.

**O – RETARDO PARA O TRABALHO**

- Posso trabalhar tão bem quanto antes.
- Preciso de um esforço extra para fazer alguma coisa.
- Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.
- Não consigo mais fazer trabalho algum.

**P – INSÔNIA**

- Consigo dormir tão bem como o habitual.
- Não durmo tão bem quanto costumava.
- Acordo um a duas horas mais cedo que habitualmente e tenho dificuldade em voltar a dormir.
- Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.

**Q – SUCETIBILIDADE À FADIGA**

- Não fico mais cansado do que o habitual.
- Fico cansado com mais facilidade do que costumava.
- Sinto-me cansado ao fazer qualquer coisa.
- Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

**R – ANOREXIA**

- O meu apetite não está pior do que o habitual.
- O meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
- O meu apetite está muito pior agora.
- Não tenho nenhum apetite.

**S – PERDA DE PESO**

- Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum recentemente.
- Perdi mais de dois quilos e meio.
- Perdi mais de cinco quilos.

- Perdi mais de sete quilos.

#### **T – PREOCUPAÇÃO SOMÁTICA**

- Não estou mais preocupado com minha saúde do que o habitual.
- Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou prisão de ventre.
- Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.
- Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.

#### **U – PERDA DO INTERESSE SEXUAL**

- Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.
- Estou menos interessado por sexo do que costumava estar.
- Estou muito menos interessado em sexo atualmente.
- Perdi completamente o interesse por sexo.

Escala de sobrecarga do cuidador (Sequeira, 2007)

A Escala de Zarit é uma escala que avalia a sobrecarga objectiva e subjectiva do cuidador informal. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modos se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela realmente necessita?					
	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda outras tarefas por fazer?					
	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?					
	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					
	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a relação com os seus amigos/familiares?					
	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
	Considera que o seu familiar está dependente de si?					
	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?					
	Considera que não tem uma vida privada como desejara devido ao seu familiar?					
	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visita devido ao seu familiar?					
	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					
	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					
	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
	Desejara poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do familiar?					