

1120
3200

DM
SILV/C.1

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA
MESTRADO EM PSICOPATOLOGIA E PSICOLOGIA CLÍNICA
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Família, Doença Mental e Reabilitação Psicossocial

Estudo da relação entre a percepção que as famílias de doentes psicóticos têm de si, da doença e da reabilitação e o seu envolvimento no processo de reabilitação psicossocial


Cristina M^a Magalhães de Oliveira Vieira da Silva n^o 1789

ORIENTADOR: Professor Doutor Rui Aragão Oliveira
Instituto Superior de Psicologia Aplicada



15728

2004

 Instituto Superior de Psicologia Aplicada
C.
Centro de
Documentação
Registo: 15728
Data: 13/4/05
Tel: 21 681 17 50 • bibispa@ispa.pt

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que contribuíram com o seu saber e/ou apoio para que fosse possível a realização desta dissertação:

- ao Professor Doutor Rui Aragão Oliveira pela orientação, incentivo e desafios que lançou ao longo deste processo;
- aos familiares que se disponibilizaram a participar no estudo, partilhando o seu sentir sobre realidades difíceis;
- aos profissionais que partilharam connosco a sua percepção do envolvimento das famílias, no processo de reabilitação, e desta forma se tornaram num pilar importante na concretização dos objectivos do estudo;
- à Dra. Claudia Silva pela extrema disponibilidade, ensinamentos e ajuda no tratamento estatístico;
- às colegas da Escola Superior de Saúde do Alcoitão pelo incentivo e apoio;
- à minha família e aos meus amigos que incondicionalmente me apoiaram;
- ao Rui, meu marido, pelo amor e dedicação, pelas horas que privou sem mim e as outras que passou ao meu lado, pela ajuda, paciência e incentivo;
- aos meus filhos Henrique e Gonçalo por preferirem o meu colo e por me darem o carinho, a força e a estabilidade que me permitem envolver e concretizar novos projectos e desafios.

Índice

RESUMO	VII
INTRODUÇÃO	8
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
BREVE PERSPECTIVA HISTÓRICA DA LOUCURA: ESTILOS ASSISTENCIAIS	13
<i>Idade Clássica</i>	<i>13</i>
<i>Idade Média e Idade Moderna</i>	<i>15</i>
<i>Idade Contemporânea - Um espaço para a loucura fora da instituição</i>	<i>19</i>
REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL	24
<i>Princípios da Reabilitação Psicossocial</i>	<i>25</i>
<i>Modelos de Reabilitação Psicossocial</i>	<i>29</i>
<i>Enquadramento da Reabilitação Psicossocial em Portugal</i>	<i>32</i>
A FAMÍLIA	36
<i>A Família da Pessoa com Doença Mental</i>	<i>36</i>
<i>A Família e a sua Percepção da Doença Mental</i>	<i>46</i>
<i>Família e Reabilitação Psicossocial</i>	<i>49</i>
Papel da Família na Reabilitação Psicossocial	52
Modelos Psicossociais de Intervenção com as Famílias	59
Envolvimento da Família na Reabilitação Psicossocial	63
METODOLOGIA	68
ENQUADRAMENTO DA PROBLEMÁTICA EM ESTUDO/ QUESTÕES ORIENTADORAS	68
DESENHO E TIPOLOGIA DO ESTUDO	71
POPULAÇÃO ALVO	72
<i>População Estatística ou Amostral</i>	<i>72</i>
CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS SERVIÇOS ONDE DECORREU O ESTUDO	73
VARIÁVEIS EM ESTUDO	75
<i>Seleccção</i>	<i>75</i>
<i>Operacionalização</i>	<i>75</i>
CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	77

INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS.....	79
<i>Escala de Diferencial Semântico</i>	80
<i>Escala de Avaliação do Envolvimento Familiar em Doentes em Reabilitação</i>	83
Estudo das Propriedades Psicométricas da Versão Portuguesa da FIAS	85
PROCEDIMENTO	101
APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	104
DISCUSSÃO DE RESULTADOS	139
CONCLUSÃO	153
BIBLIOGRAFIA	156
ANEXO 1	164
Estatística Descritiva – Caracterização da amostra em estudo (n=20).....	164
ANEXO 2	168
Escala de Diferencial Semântico	168
ANEXO 3	185
Escala de Avaliação do Envolvimento Familiar em Doentes em Reabilitação (EAEFR)	
– Versão final da tradução e adaptação portuguesa.....	185
ANEXO 4	188
Outputs da Estatística efectuada para estudo das propriedades métricas da EAEFR....	188

Índice de Figuras

FIGURA 1 – MODELOS DE INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL IN. RODRIGUEZ (2002)	62
FIGURA 2 - MODELO DE ENVOLVIMENTO E SUPORTE FAMILIAR DE BARRER'S (1988 CITADO POR MCNEILL, 1997) ...	65

Índice de Tabelas

TABELA 1 - CARACTERIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS EM ESTUDO: PERCENTAGEM E FREQUÊNCIA DAS VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO (N=20)	77
TABELA 2 - CARACTERIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS EM ESTUDO: ESTATÍSTICA DESCRITIVA DA IDADE E TEMPO DE PERTENÇA A GRUPO DE FAMÍLIAS	77
TABELA 3 – ESTATÍSTICA DESCRITIVA RELATIVA AO FAMILIAR DOENTE	78
TABELA 4 - FREQUÊNCIA DE SITUAÇÃO DE INTERNAMENTO DO FAMILIAR DOENTE (N=20)	78
TABELA 5 – VALOR MÉDIO DE CADA ITEM, DESVIO PADRÃO E VARIÂNCIA RESPECTIVOS, CORRELAÇÃO DOS ITENS/ TOTAL – RESULTADOS DA MÉDIA DA ESCALA TOTAL, DO DESVIO PADRÃO DA ESCALA TOTAL E DA MÉDIA DOS MÍNIMOS E MÁXIMOS (N=189)	87
TABELA 6 – RESULTADOS DO COEFICIENTE DE <i>ALPHA</i> DO ESTUDO EM ANÁLISE	89
TABELA 7 – FACTORES OBTIDOS (N=189)	91
TABELA 8 – COEFICIENTE <i>ALPHA</i> DOS FACTORES 1, 2 E 3.	92
TABELA 9 – CORRELAÇÕES CORRIGIDAS ITEM/SCORE DO FACTOR RESPECTIVO	93
TABELA 10 – CORRELAÇÕES ENTRE FACTORES E TOTAL DA ESCALA	94
TABELA 11 – FACTORES OBTIDOS (N=189)	95
TABELA 12 – COEFICIENTE <i>ALPHA</i> DOS FACTORES 1 E 2	96
TABELA 13 – CORRELAÇÕES CORRIGIDAS ITEM/FACTOR 1	97
TABELA 14 – CORRELAÇÕES CORRIGIDAS ITEM/SCORE DO FACTOR RESPECTIVO E ITEM/TOTAL	98
TABELA 15 – CORRELAÇÕES ENTRE FACTORES E TOTAL DA ESCALA	99
TABELA 16 – COEFICIENTE <i>ALPHA</i> DO TOTAL DA ESCALA	99
TABELA 17 - AVALIAÇÃO DA NORMALIDADE DA AMOSTRA AO NÍVEL DOS CONCEITOS QUE REMETEM PARA A PERCEPÇÃO DE SI	105
TABELA 18 – ESTATÍSTICA DESCRITIVA DOS CONCEITOS QUE REMETEM PARA A PERCEPÇÃO DE SI (N=20)	105

TABELA 19– WILCOXON: COMPARAÇÃO DOS FACTORES AVALIATIVO E POTÊNCIA DOS CONCEITOS QUE REMETEM PARA A PERCEPÇÃO DE SI (N= 20)	106
TABELA 20 - AVALIAÇÃO DA NORMALIDADE DA AMOSTRA AO NÍVEL DOS CONCEITOS QUE REMETEM PARA A PERCEPÇÃO DA DOENÇA.....	107
TABELA 21 – ESTATÍSTICA DESCRITIVA DOS CONCEITOS QUE REMETEM PARA A PERCEPÇÃO DA DOENÇA MENTAL ..	108
TABELA 22 – WILCOXON: COMPARAÇÃO DOS FACTORES AVALIATIVO E POTÊNCIA DOS CONCEITOS QUE REMETEM PARA A PERCEPÇÃO DA DOENÇA MENTAL	109
TABELA 23 – ESTATÍSTICA DESCRITIVA DOS CONCEITOS QUE REMETEM PARA A PERCEPÇÃO DOS APOIOS NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO	110
TABELA 24 – WILCOXON: COMPARAÇÃO DOS FACTORES AVALIATIVO E POTÊNCIA DOS CONCEITOS QUE REMETEM PARA A PERCEPÇÃO DOS APOIOS NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO	111
TABELA 25 - AVALIAÇÃO DA NORMALIDADE DA AMOSTRA AO NÍVEL DO FACTOR AVALIATIVO DAS DIMENSÕES EM ESTUDO	112
TABELA 26 – ANOVA DE FRIEDMAN PARA COMPARAÇÃO DO FACTOR AVALIATIVO DAS TRÊS DIMENSÕES EM ESTUDO	112
TABELA 27– ESTATÍSTICA DESCRITIVA: MÉDIA E DESVIO PADRÃO DO FACTOR AVALIATIVO DAS TRÊS DIMENSÕES EM ESTUDO	113
TABELA 28 - AVALIAÇÃO DA NORMALIDADE DA AMOSTRA AO NÍVEL DO FACTOR POTÊNCIA DAS DIMENSÕES EM ESTUDO	113
TABELA 29 – TESTE DE ESFERECIDADE – MAUCHLY’S	114
TABELA 30 – ANOVA PARA AMOSTRAS DEPENDENTES	114
TABELA 31 – PAIRWISE COMPARISONS	115
TABELA 32 – ESTATÍSTICA DESCRITIVA: MÉDIA E DESVIO PADRÃO DO FACTOR AVALIATIVO DAS TRÊS DIMENSÕES EM ESTUDO	115
TABELA 33 – CORRELAÇÃO DE SPEARMAN. RELAÇÃO ENTRE OS FACTORES AVALIATIVO E POTÊNCIA DE CADA UMA DAS DIMENSÕES (N=20).....	116
TABELA 34 – ESTATÍSTICA DESCRITIVA DOS RESULTADOS DA ESCALA EAEFR – SOLUÇÃO FACTORIAL DE DOIS EIXOS (N=20).....	118
TABELA 35 - AVALIAÇÃO DA NORMALIDADE DA AMOSTRA AO NÍVEL DOS FACTORES DA EAEFR	118
TABELA 36 – T-TEST. COMPARAÇÃO DOS FACTORES ENVOLVIMENTO E SUPORTE	119
TABELA 37– ESTATÍSTICA DESCRITIVA DOS ITENS DA ESCALA EAEFR ORDENADOS POR ORDEM DECRESCENTE	119
TABELA 38 – CORRELAÇÃO DE PEARSON: CORRELAÇÕES ENTRE OS ITENS DA EAEFR E O SCORE TOTAL DA MESMA	123
TABELA 39 – CORRELAÇÃO DE SPEARMAN. RELAÇÃO ENTRE OS CONCEITOS QUE REMETEM PARA A PERCEPÇÃO DE SI E OS RESULTADOS NA EAEFR (N=20)	126

TABELA 40 – CORRELAÇÃO DE SPEARMAN: RELAÇÃO ENTRE OS CONCEITOS QUE REMETEM PARA A PERCEPÇÃO DA DOENÇA E OS RESULTADOS DA EAEFR (N= 20)	127
TABELA 41 – CORRELAÇÃO DE SPEARMAN: RELAÇÃO DOS CONCEITOS QUE REMETEM PARA A PERCEPÇÃO DOS APOIOS NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO E RESULTADOS DA EAEFR.....	128
TABELA 42 – TESTE MANN – WHITNEY : COMPARAÇÃO DO GRUPO DE FAMILIARES COM MENOR ENVOLVIMENTO (GRUPO 1) COM O GRUPO DE MAIOR ENVOLVIMENTO (GRUPO 2) AO NÍVEL DOS FACTORES DOS CONCEITOS QUE REMETEM PARA A PERCEPÇÃO DE SI	130
TABELA 43 – TESTE MANN – WHITNEY : COMPARAÇÃO DO GRUPO DE FAMILIARES COM MENOR ENVOLVIMENTO (GRUPO 1) COM O GRUPO DE MAIOR ENVOLVIMENTO (GRUPO 2) AO NÍVEL DOS FACTORES DOS CONCEITOS QUE REMETEM PARA A PERCEPÇÃO DA DOENÇA.....	131
TABELA 44 – TESTE MANN – WHITNEY : COMPARAÇÃO DO GRUPO DE FAMILIARES COM MENOR ENVOLVIMENTO (GRUPO 1) COM O GRUPO DE MAIOR ENVOLVIMENTO (GRUPO 2) AO NÍVEL DOS FACTORES DOS CONCEITOS QUE REMETEM PARA A PERCEPÇÃO DO APOIO NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO	132
TABELA 45 - AVALIAÇÃO DA NORMALIDADE DA AMOSTRA AO NÍVEL DA VARIÁVEL PERTENÇA A GRUPO DE FAMÍLIAS	133
TABELA 46 - ESTATÍSTICA DESCRITIVA DA VARIÁVEL PERTENÇA A GRUPO FAMILIAR.....	134
TABELA 47 - T-TEST: COMPARAÇÃO ENTRE OS FAMILIARES QUE PERTENCEM A GRUPOS DE FAMÍLIAS E OS QUE NÃO PERTENCEM AO NÍVEL DA EAEFR.....	134
TABELA 48 - AVALIAÇÃO DA NORMALIDADE DA AMOSTRA AO NÍVEL DA VARIÁVEL GÉNERO DO FAMILIAR.....	135
TABELA 49 - ESTATÍSTICA DESCRITIVA DA VARIÁVEL GÉNERO DA FAMILIAR	135
TABELA 50 - TESTE MANN-WHITNEY: COMPARAÇÃO ENTRE OS FAMILIARES DO SEXO MASCULINO E FAMILIARES DO SEXO FEMININO AO NÍVEL DA EAEFR	136
TABELA 51 - AVALIAÇÃO DA NORMALIDADE DA AMOSTRA AO NÍVEL DA VARIÁVEL PARENTESCO COM O FAMILIAR DOENTE.....	136
TABELA 52 - ESTATÍSTICA DESCRITIVA DA VARIÁVEL RELAÇÃO COM O FAMILIAR DOENTE	137
TABELA 53 - TESTE MANN-WHITNEY: COMPARAÇÃO ENTRE O GRUPO DE MÃES E O GRUPO DE PAIS AO NÍVEL DA EAEFR	137
TABELA 54 - AVALIAÇÃO DA NORMALIDADE DA AMOSTRA AO NÍVEL DA VARIÁVEL ANOS DE EVOLUÇÃO DA DOENÇA E EAEFR	138
TABELA 55 – CORRELAÇÃO DE PEARSON: RELAÇÃO ENTRE ANOS DE EVOLUÇÃO DA DOENÇA E RESULTADOS NA EAEFR	138

RESUMO

Estima-se que em Portugal existam 60000 cidadãos com perturbações de saúde mental grave e prolongada. Estas obrigam a um processo longo e continuado de serviços onde se realça a importância de um trabalho de parceria efectiva entre doentes, técnicos, famílias e comunidade em geral, por forma a facilitar a reabilitação psicossocial a nível pessoal, social e profissional das pessoas doentes. A família, que em alguns casos funciona como rede de suporte nuclear, vê-se também perante uma realidade que não desejou.

O objectivo do nosso estudo foi perceber como é que as famílias de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia se percebem a si próprias, como percebem a doença mental e o processo de reabilitação psicossocial e verificar se esta percepção se relaciona com o seu envolvimento no processo de reabilitação.

Participaram no estudo 20 familiares de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, envolvidas em processo de reabilitação, respondendo à escala de diferencial semântico (Osgood, 1957) a qual foi analisada nos seus factores avaliativo e potência. Participaram também os técnicos de referência dos familiares doentes que, através do preenchimento da versão resultante do estudo das propriedades métricas da EAEFR (Oliveira, 1998), avaliaram o envolvimento das famílias na reabilitação.

Concluimos que o nível de envolvimento destas famílias, na reabilitação dos seus familiares doentes, se situa ligeiramente abaixo de um nível mediano e que as famílias da nossa amostra têm uma percepção positiva de si e da reabilitação e uma percepção negativa da doença mental.

Encontramos uma correlação negativa entre a força que percebem na sua família e nos técnicos de saúde mental e o seu envolvimento no processo de reabilitação. A percepção que fazem da qualidade das instituições psiquiátricas também se correlaciona negativamente como o envolvimento na reabilitação. Verificamos que quanto mais forte sentem o apoio psicossocial, mais se envolvem no processo.

Com base nestes resultados discutimos estratégias facilitadoras do envolvimento das famílias no processo de reabilitação dos seus familiares doentes.

INTRODUÇÃO

As doenças mentais graves e persistentes, da qual a esquizofrenia é paradigma, têm impacto sobre o indivíduo, sobre a família e sobre a comunidade. A esquizofrenia começa tipicamente perto do fim da adolescência e início da idade adulta e caracteriza-se por disfunções fundamentais do pensamento, da percepção e das emoções. Pessoas com esquizofrenia crónica constituíram outrora uma grande proporção de residentes em instituições asilares. Os avanços dos tratamentos e a atenção psicossocial mudou as práticas de abordagem a estas pessoas.

No último meio século, o modelo de atenção em saúde mental, mudou do enfoque institucional da pessoa com doença mental para um enfoque baseado na atenção comunitária. Esta mudança baseia-se no respeito pelos direitos humanos e no uso de intervenções e técnicas específicas.

Com a passagem da abordagem do doente com esquizofrenia para fora dos muros das grandes instituições, a pessoa doente, a família e a comunidade em geral passaram a ser elementos constituintes de um mesmo ambiente, que se mostra influente e influenciado pelos elementos que o constituem. Passaram todas as partes a ser consideradas fundamentais, no equilíbrio uns dos outros, no impacto pessoal e social que a doença tem no indivíduo, na família e na comunidade.

A família foi, ao longo da história, encarada de forma diferente na génese e evolução da doença mental, de responsável e culpada passa a ser encarada, na filosofia das abordagens psicossociais actuais, como elemento importante enquanto rede de suporte das pessoas que têm doença mental.

Ao considerarmos a prevalência de 1% da esquizofrenia, na população em geral, deparamo-nos com o número elevado de famílias que têm no seu seio um membro com doença mental.

Estas famílias vêm-se, muitas vezes, responsáveis por proporcionar apoio físico e emocional e arcam com o impacto negativo da estigmatização e da discriminação presentes ainda nos nossos dias, em todas as partes do mundo. Os encargos que recaem sobre as famílias incluem, entre outros aspectos, as dificuldades económicas, reacções emocionais à doença, o stress, a disrupção da rotina e a restrição das actividades sociais.

O nosso estudo debruça-se sobre as famílias de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia e o interesse pela temática surge na sequência da experiência clínica com doentes psicóticos e do trabalho em equipas que têm como modelo de referência o modelo de reabilitação psicossocial.

A reabilitação psicossocial é um processo onde o utente, a família, os técnicos e os agentes da comunidade interagem, por forma a que sejam desenvolvidas competências e dinamizados recursos que permitam a inserção ou reinserção com sucesso e satisfação do doente nos ambientes da sua escolha.

A reabilitação psicossocial pressupõe o envolvimento e a participação activa do indivíduo doente e de toda a sua rede de suporte sócio técnico. A família ou cuidadores aparecem-nos aqui como elementos relevantes.

Barrowclough e Tarrie (1992) referem-nos que durante a última década têm-se desenvolvido métodos psicológicos para lidar com os sintomas e outras consequências da esquizofrenia. Uma área importante tem sido o trabalho com as famílias e utentes, que tem demonstrado que o risco de recaída pode ser reduzido e a qualidade de vida do doente e da família aumentada, através da intervenção psicossocial.

Kendall e Hammen (1998) referem a importância da rede de suporte social, entre outros factores, reforçando que a família tem um papel preponderante na reabilitação do indivíduo. Com base nestes pressupostos têm sido desenvolvidos programas psicossociais para as famílias.

Reis (2004) refere que na reabilitação psicossocial, os técnicos devem adoptar uma atitude pró-activa, ter capacidade de trabalhar em equipa, revelar uma atitude não

recriminativa e serem capazes de trabalhar em parceria com as famílias. Conclui, então, que os resultados da intervenção familiar, redução das recaídas e dos internamentos, menor tempo de internamento, melhor integração social e familiar dos doentes, atestam a sua importância como tratamento complementar das pessoas com esquizofrenia, a ser integrado no arsenal terapêutico desta doença que tantos recursos e verbas exige para o seu tratamento.

As premissas da actual política de saúde mental, assentes em práticas de inclusão, num mundo competitivo e pouco solidário (que discrimina e estigmatiza aqueles que pensam de forma diferente ou não cumprem padrões de produtividade exigida nos nossos dias e os outros que com eles se relacionam), levaram-nos a questionar a forma como as famílias das pessoas com doença mental se percebem a si próprias, à doença mental e à reabilitação psicossocial.

O sucesso das práticas psicossociais está directamente relacionado com o envolvimento efectivo de todos os intervenientes da rede de suporte e o trabalho de parceria efectivo. A importância indiscutível que é dada actualmente à família, numa perspectiva de elemento fundamental desta rede, levantou-nos a questão de como é que estas famílias se envolvem no processo de reabilitação do seu familiar doente.

O objectivo do nosso estudo centra-se na compreensão desta percepção que a família tem de si, da doença e da reabilitação e do seu nível de envolvimento no processo de reabilitação, contribuindo desta forma para o estudo da relação entre estas variáveis.

Operacionalizámos a investigação através da aplicação da escala de diferencial semântico de Osgood (1957), a vinte familiares de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, integradas em programas de reabilitação psicossocial. Através da apresentação de conceitos que remetem para si próprios, para a doença, para os técnicos, as estruturas e os apoios na reabilitação recolhemos dados sobre a forma como as famílias sentem, percebem e se colocam face a si próprias, à doença mental e à reabilitação .

A aplicação da versão portuguesa da *Family Involvement Assessment Scale* (McNeill, 1997) designada por Escala de Avaliação do Envolvimento Familiar em Doentes em Reabilitação - EAEFR (Oliveira, 1998), aos técnicos de referência dos doentes e

famílias em estudo, permitiu-nos avaliar a percepção que os técnicos de saúde mental têm do envolvimento destas famílias no processo de reabilitação do seu familiar doente.

Uma vez que a versão portuguesa deste último instrumento não estava ainda estudada, iniciámos o nosso trabalho de campo com o estudo das propriedades métricas da EAEFR, através da aplicação do instrumento a profissionais que trabalham na área da reabilitação física e psiquiátrica. Estes profissionais avaliaram o envolvimento de 189 familiares e deram desta forma, um contributo para a adaptação de um instrumento que tem sido considerado poderoso na avaliação dos comportamentos adoptados pelos familiares no processo reabilitativo.

Iniciamos a nossa dissertação com um capítulo teórico que nos permite enquadrar a problemática em estudo e nos sustenta a discussão dos resultados encontrados.

Neste capítulo abordámos, num primeiro momento, a evolução histórica da concepção da doença mental, enfatizando os modelos assistenciais preconizados, por forma a chegarmos aos nossos dias e contextualizarmos as práticas actuais, assentes nos pressupostos de que os cuidados de saúde mental devem ser preferencialmente dados nos ambiente naturais da pessoa que tem doença mental e que o recurso ao internamento, cada vez mais breve, acontece quando outras respostas não se mostram eficazes ou quando no plano terapêutico se encontram vantagens para que o internamento temporário aconteça.

Este percurso histórico serviu-nos para enquadrar o capítulo seguinte que se debruçou sobre o conceito e filosofia da reabilitação psicossocial, onde a família é encarada como um parceiro importante enquanto elemento da rede de suporte da pessoa com doença mental.

O terceiro capítulo do enquadramento teórico versa a família, fazendo uma alusão breve à forma como esta tem sido encarada na doença mental, à família enquanto agregado que tem um elemento com doença mental, à representação da doença mental neste seio, à importância que tem sido reconhecida e hoje em dia inquestionável de parceria de trabalho com as famílias, às diferentes abordagens psicossociais às famílias de pessoas com doença mental e à forma como as famílias se posicionam neste processo.

Os resultados demonstraram que as famílias, participantes no estudo, têm uma percepção positiva de si e da reabilitação psicossocial e uma percepção negativa da doença mental.

Os técnicos de referência dos familiares doentes avaliaram o envolvimento da família a um nível ligeiramente abaixo de mediano.

Relativamente à relação entre as variáveis, verificamos que quanto mais força a família reconhece em si ou nos técnicos de saúde mental, menos se envolve no processo de reabilitação do seu familiar doente e quanto mais positiva é a avaliação da qualidade das instituições psiquiátricas também menor é o envolvimento das famílias no processo.

Verificamos também associação entre as variáveis percepção da força dos apoios psicossociais e envolvimento da família, sendo que quando mais positiva é a percepção do apoio psicossocial maior o nível de envolvimento no processo de reabilitação.

Não foram encontradas relações entre o género feminino ou masculino do familiar, a relação de parentesco com a pessoa doente, a pertença ou não a grupos de famílias e os anos de evolução da doença com o envolvimento da família no processo de reabilitação psicossocial.

Concluimos então a necessidade de desenvolvimento de estratégias de aproximação da relação técnico /família, com ênfase na importância da clarificação de papéis e reconhecimento da importância do trabalho de parceria efectivo, em que o reconhecimento da competência do outro ou de si não anule a importância de um trabalho conjunto e articulado de uma rede de apoio sócio técnico, reconhecida como fundamental no sucesso da abordagem à pessoa com doença mental.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Breve perspectiva histórica da loucura: estilos assistenciais

Ao longo da história, as sociedades foram encontrando formas de se relacionarem com a doença mental e a pessoa doente mental, formas estas influenciadas por correntes filosóficas, concepções científicas, sociais, políticas e até religiosas.

Para melhor contextualizarmos as múltiplas vertentes do conceito de reabilitação psicossocial, torna-se necessário retroceder cronologicamente e abordar, ainda que de forma sumária, alguns marcos historicamente importantes, quer na “visão da loucura”, quer na evolução dos modelos assistenciais para os indivíduos com perturbações psiquiátricas graves, que deram origem à criação de alternativas aos sistemas centrados no modelo hospitalar-asilar tradicional.

Idade Clássica

Oliveira (2002) no seu artigo *Trechos da história da loucura*, refere-nos que no contexto das culturas greco romanas, muito embora a loucura fosse tida como uma doença mental de facto, fazendo-se uma distinção primária entre os distúrbios mentais acompanhados de doença física e os distúrbios que não ocorriam na presença de qualquer mal físico aparente, prevalecia, todavia, a concepção de que a origem da doença mental estava em causas sobrenaturais, forças e razões de natureza mística.

Na Grécia antiga, os “doentes mais benignos ou sociáveis” andavam em liberdade, mas eram muitas vezes objecto de desprezo, abuso e postos a ridículo por parte da sociedade. Os casos considerados mais graves ou violentos foram encarcerados em casa, presos em cadeias ou até atirados de precipícios.

Na Roma antiga a situação era idêntica. Por um lado vendiam-se doentes para exposição em público, por outro havia famílias que recebiam estes doentes para lhes propor uma vida mais digna (Theunissen, 1991).

Deste contexto da loucura greco romana salientamos Hipócrates (460-377 a.C.) a quem coube a difícil tarefa de refutar a interpretação mágico religiosa da origem das doenças mentais. Foi o primeiro a assinalar a origem biológica destas manifestações, interpretando a doença como um desequilíbrio entre quatro humores básicos do corpo (sangue, bílis negra, bílis amarela e fleuma). Com base nesta teoria identificou alguns quadros clínicos como a epilepsia, a mania e a histeria (Fonseca, 1985).

O tratamento aconselhado por Hipócrates consistia em restabelecer o equilíbrio, através do recurso a drogas, regimes específicos ou ambos. Um outro aspecto importante do tratamento era a intenção de explicar e tornar claros para o doente todos os factos do seu padecimento (Oliveira, 2002).

Um outro nome que se destaca é o de Aristóteles (384-322 a.C.) para quem a doença mental correspondia a um transtorno orgânico uma vez que a alma não podia adoecer. A alma era um princípio vitalizador do corpo, com o qual estabelecia uma perfeita unidade, e dispunha de três faculdades fundamentais: a motora ou vegetativa, a da sensibilidade ou animal e a do pensamento ou racional.

No mundo romano, Galeno (150 a. C.), considerado génio da síntese e da criação, procurou explicar as diferentes estruturas do corpo humano pelas respectivas funções, todas participantes de uma globalidade coerente. Fazendo equivaler o estado de saúde a um estado de harmonia e um desvio desta à expressão da falência de uma parcela e à existência de uma causa-efeito, vai mais longe que Hipócrates na arte de prever a evolução da doença e de a relacionar com o psiquismo e forma de vida. A ele está também associado o início do desenvolvimento da farmacoterapia.

É também aos romanos que se devem importantes inovações nos métodos de tratamento das pessoas com doença mental, entre os quais a prescrição de dietas especiais, fisioterapia, ludoterapia e formas diversas de actividades de grupo (Santos, 2001).

Fonseca (1985) salienta que anteriormente à cultura grega, a medicina apoiava-se essencialmente em concepções de natureza mágica e intuitiva. Atribuía-se a origem da doença mental a influências extra-corporais de feitiço e de magia. Existia a

superstição de que a doença mental poderia representar a manifestação do abandono ou mesmo da ira divina; e daí a necessidade de penitências ou do esconjuro. Noutros momentos procuravam-se justificações científicas e origens orgânicas para a mesma.

O declínio da evolução social, que se seguiu à queda de Roma e invasões bárbaras, repercutiu-se em todos os ramos da ciência. O doente mental à deriva, ficou à mercê durante séculos, das explicações mágicas e sobrenaturais, da repressão, do sadismo reinante e até da possibilidade da sua exterminação.

Idade Média e Idade Moderna

Na idade média predominavam as ideias místicas e ocultistas. O louco é revivido como uma reencarnação do mal, uma figura maldita e particular objecto de superstição e feitiçaria. Os doentes mentais eram perseguidos, encarcerados em caves, enviados para as guerras ou abandonados.

Oliveira (2002) salienta que é também na sociedade e cultura medieval que a lepra e a figura do leproso inspiram práticas severas de segregação que seriam depois aplicadas na marginalização dos doentes mentais. Os leprosos eram confinados, fora das grandes cidades institucionais, para resguardar o resto da população do contágio. No final da idade média a lepra praticamente desaparece da sociedade ocidental, deixando, todavia, como herança os próprios leprosários que seriam ocupados pelos loucos. Em ambas as figuras, leproso e louco, são associadas imagens contraditórias de exclusão e representação sagrada. Se por um lado são observados como portadores do mal, por outro, ironicamente, o sofrimento e a exclusão são um meio de salvação da alma.

Os loucos, se por um lado podiam transmitir uma clarividência, uma sabedoria, uma marca divina, podiam também ser castigos divinos pelas faltas dos homens.

Divididos em várias categorias foram tratados diferentemente. Aos "loucos mansos" competia romper com a monotonia dos dias, nas aldeias o "idiota" era o divertimento, motivo de troca, ridicularização e humilhação, nos castelos ficou associado ao louco e

ao bobo a ideia de cômico, de irreverência, de excessos, de vulgaridade, escândalo, mas também a ideia de protecção e amuleto.

Outras formas de doença mental, as da “loucura furiosa” com os seus excessos de violência e brutalidade, seriam consideradas como perigos para a comunidade e alvos de algumas medidas: o exorcismo (como medida de Deus), depois a expulsão da terra, ou das terras sucessivas.

Aos considerados “muito perigosos” destinava-se-lhes o encarceramento, as jaulas, as grades, as correntes ou as torres de encarceramento construídas fora das muralhas, como a famosa Torre dos Loucos de Caen.

No renascimento, a loucura permanece ligada a representações místicas, distantes ainda de perspectivas de natureza científica e médica.

A expulsão em massa, a deportação para locais onde não pudessem voltar, não está confirmada historicamente mas é tema recorrente do imaginário e simbologismo da literatura e pintura da época. Foulcault (1997) refere que das naus romanescas ou satíricas, a *Narrenchiff* parece ter sido a única de existência real, uma vez que terão realmente existido esses barcos que transportavam a sua carga insana de cidade em cidade. O autor refere que era para o outro mundo que partia o louco na sua barca louca, e era do outro mundo que ele chegava quando desembarcava.

Embora esta época tenha sido marcada por algum retrocesso no que diz respeito à, mais uma vez, afirmação das causas da doença mental associadas ao sobrenatural, realçamos que as ideias humanistas da cultura greco-romana foram reproduzidas sobretudo pelos árabes.

A concepção humanista dos árabes fez com que se criassem, a partir do sec. VIII, os primeiros hospitais para os doentes mentais, submetendo-os a um tratamento “moralizante” (Fonseca, 1991). Os primeiros hospitais foram os de Fez (700), Bagdad (705), Cairo (800) e Damasco (1270).

Nos asilos e hospícios, os doentes mentais eram tratados em paralelismo com os delinquentes e marginais, os perturbadores da ordem, segurança e funcionalidade

social. Os asilos surgiram de certo modo para proteger e defender a sociedade dos “perturbadores da ordem social”. Foi o início de uma etapa asilar e institucionalizante, marcada pela criação de grandes instituições assistenciais.

A influência dos médicos árabes, levou a que mais tarde fossem fundados os primeiros asilos na península ibérica: Valência (1409), Zaragoza (1425), Sevilha (1436).

No entanto a “assistência hospitalar” na maior parte dos asilos existentes no sec. XVI era desastrosa, os hospitais serviam promiscuamente de refúgio de mendigos, enfermos e inválidos. Amontoavam-se seres humanos sem distinção de sexo ou doença, no mesmo quarto e até na mesma cama. Chegavam a acumular-se 10 a 15 pessoas por quarto, num ambiente de respiração defeituosa, imundice e mau cheiro (Igino Giordani citado por Fonseca, 1991).

Na Península Ibérica, a rainha D. Leonor e S. João de Deus fizeram reformas que se opunham a estas práticas. A reforma hospitalar da rainha D. Leonor, fundadora do hospital das Caldas, estabeleceu deveres e obrigações a todos os que ficaram ligados ao hospital. Foram exemplo destas obrigações as visitas médicas diárias, preocupações com a higiene e com as roupas dos doentes. Separou também os chamados “doentes curáveis”, dos chamados “incuráveis”, que constituiu uma distinção pioneira entre asilo e hospital.

Gameiro (1992) realça que João de Deus preconizou e desenvolveu uma assistência global, marcada pela articulação entre as dimensões bio-psico-social, a religiosa e espiritual, numa visão integral da pessoa. E por isso a sua hospitalidade foi curativa, cuidativa e consolidativa. ... acrescenta que a originalidade da sua obra se situa sobretudo no desenvolvimento das dimensões humanizadoras e dignificantes da assistência, articulando a dimensão sobrenatural com a humanização e avanços terapêuticos. Introduziu também a noção de equipa hospitalar (já definida anteriormente pela rainha D. Leonor) e po-la em prática integrando médicos, enfermeiros, auxiliares e os próprios doentes, na oferta de uma melhor assistência e prestação de cuidados.

No sentido do percurso humanizador e científico da psiquiatria, outras figuras merecem ser destacadas tais como o médico francês Philippe Pinel que, no final do séc. XVIII, separou o doente mental das pessoas de delito comum e acabou com os métodos repressivos, livrando os doentes mentais das suas correntes. Introduziu a chamada "terapia moral" que pretendia tratar o doente mental com dignidade e respeito e foi o primeiro grande impulsionador da metodologia científica na psiquiatria, não só porque lhe abriu toda uma perspectiva psicoterapêutica, mas também pela valorização do método experimental, a partir da análise e observação dos factos clínicos, no sentido da sua ordenação e nosografia. Elaborou uma classificação das doenças psíquicas em quatro grandes categorias: manias e delírios gerais, melancolias ou delírios exclusivos, demências e idiotas.

Na segunda metade do séc. XIX, surge o interesse pela procura da causalidade orgânica das doenças psíquicas, assim como a preocupação pela classificação das doenças e sistematização dos conhecimentos da psiquiatria.

No processo da descoberta de raízes e explicações científicas para as patologias psiquiátricas, sobressaem duas grandes figuras: Emídio Kraepelin (1856-1926) e Sigmund Freud (1856-1939). Com Kraepelin, a psiquiatria emancipa-se como disciplina autónoma, na área científico-natural da medicina, fazendo prevalecer os dados da observação clínica sobre os dados anatomo patológicos, e com Freud a história biográfica pessoal ganha importância na organização da história clínica e os factores psicológicos adquirem um papel predominante na elaboração e valorização da doença psíquica (Fonseca, 1985).

Mas na época do absolutismo houve claramente um movimento repressivo, devido ao grande crescimento populacional e a uma sobrecarga de trabalho por parte das famílias, sendo instauradas as chamadas casas de correcção e trabalho. Os doentes que eram capazes de trabalhar foram obrigados a trabalhos forçados e nos outros era exercida uma repressão massiva para "lhes tirar o mal".

A crescente institucionalização no séc. XIX, e a crescente dissolução da família alargada, assim como o empobrecimento da classe operária, tiveram como consequência uma maior dificuldade por parte dos familiares em cuidar do seu familiar doente mental. Houve então um aumento significativo de pessoas internadas, onde se

pretendia através de programas educativo-curativos torná-las membros úteis para a sociedade, mas não raramente a sua força de trabalho era explorada.

Praticamente até meados do séc. XX, o tratamento da doença mental caracterizou-se por um certo equilíbrio entre os factores custodiais e terapêuticos e o exercício de uma psiquiatria individual. O factor custodial estava não só condicionado pelas reminiscências asilares do passado, reflectidas nos muros altos que impediam entrar e sair, mas também pela estrutura social com relações sociais do tipo assimétrico, com uma sociedade estratificada, hierarquias muito limitadas e comunicações verticais. Embora houvesse, inicialmente no sec XIX, esforços para criar pequenas instituições com atmosferas familiares e dinâmicas diferentes, o declínio dos asilos deu-se no início do sec. XX.

Idade Contemporânea - Um espaço para a loucura fora da instituição

É após a 2ª guerra mundial que aparecem várias tendências inovadoras que nos conduzem aos designados movimentos de desinstitucionalização.

Por parte da medicina geral e da Psiquiatria houve, a partir dos finais dos anos 40, um grande interesse pelos estudos dos factores sócio culturais na etiologia da doença mental (Arenas, 1994).

Em 1946 abriu o primeiro hospital de dia que levou ao começo do "movimento terapêutico comunitário". Maxwell Jones, em 1953, criou a noção de "comunidade terapêutica" que pretendia a participação dos doentes com os colaboradores, na própria organização e gestão hospitalar.

Em 1963 é promulgada nos Estados Unidos a Lei dos Centros de Saúde Mental. Segundo esta lei, estes centros deveriam proporcionar um conjunto de serviços, que iam desde o internamento, acompanhamento pós-alta, hospital de dia, serviços de apoio na crise, serviços de reabilitação, lares de transição, consultoria e prevenção através de acções educativas (Altrocchi, Bellak, Baplan & Fairweather citados por Ornelas, 1996). Era então considerado que a Saúde Mental Comunitária era a forma

mais eficaz e humana para prestar assistência à maioria dos doentes mentais. Ornelas (1997) refere que a apresentação destas propostas, pelo presidente Kennedy ao Congresso Americano, foi um momento decisivo para a modificação da abordagem feita aos indivíduos com diagnóstico de doença mental e que a lei dos Centros de Saúde Mental Comunitários, desempenhou um papel decisivo na criação de um novo paradigma de intervenção na comunidade, modificando completamente o olhar sobre as respostas à doença mental que até aqui passava pela estadia prolongada em grandes instituições, à margem do mundo “fora da instituição”.

Foi também nos anos 50/60 que foram introduzidos os neurolépticos que permitiram uma redução drástica do internamento, nos hospitais psiquiátricos, no entanto não se mostraram suficientes, por si só, para os doentes mentais obterem e manterem uma vida adaptada e integrada.

Caplan introduziu nos anos 60 a ideia da psiquiatria preventiva, com noções de prevenção primária, secundária, terciária, mas também a prevenção quaternária (evitar a iatrogenização do doente e o hospitalismo).

Os conceitos de “neurose institucional” de Barton (1959), de “síndrome institucional” (1961) e de “hospitalismo” de Spitz entre outros, provocaram o início de uma luta contra os efeitos adversos da hospitalização e o interesse pelos aspectos sociais, familiares e ambientais do tratamento, com a criação de dispositivos na comunidade e a ênfase na assistência extra-hospitalar.

Ornelas (1989) refere que com a abertura dos Centros de Saúde Mental resultantes do Act Kennedy, com a hipótese da origem da loucura da escola inglesa, bem como os trabalhos de Goffman¹ e as críticas institucionais de Basaglia, desenvolveu-se um processo conhecido por **Desinstitucionalização Psiquiátrica**.

¹ Leva mais longe o conceito de “neurose institucional” introduzido por Barton e introduz a noção de “instituição totalitária” e “síndrome institucional”, na qual estabelece analogia entre os hospitais psiquiátricos e outras instituições como conventos, quartéis e prisões que suprimiriam a individualidade de cada um, ao assumirem o controle de todos os aspectos da vida dos seus elementos. Considerou que o internamento prolongado provocava sintomas de apatia, perda de interesse e iniciativa, atitudes de submissão e passividade, falta de expressão de sentimentos, deterioração de aptidões pessoais e sociais, perturbações do sono, deficiências na coordenação óptica e motora, entre outros. Estes sintomas foram vistos, pelo autor, como efeitos da hospitalização e das práticas institucionais e não da própria doença e considerado que diminuíam drasticamente a capacidade de aprendizagem.

Cordo (2003) refere que quando se iniciaram os movimentos de desinstitucionalização de pessoas com doença mental, acompanhados do conseqüente encerramento de numerosos hospitais psiquiátricos, em diversos países, nomeadamente em Itália, desde 1978 com a Lei Basaglia², ocorreram múltiplos fenómenos com impacto social negativo relevante, de que são exemplo o aumento de pessoas sem abrigo, o aumento da criminalidade, a prisão de psicóticos por crimes cometidos, etc. Acrescenta ainda que, apesar de tudo isto, houve uma aprendizagem importante que decorreu da necessidade de resolver novos problemas e, conseqüentemente, da necessidade de inovação na intervenção em psiquiatria e saúde mental.

Bacharach (1976 citado por Ekdawi & Conning, 1994) definiu desinstitucionalização como a diminuição de abordagens institucionais tradicionais, a favor de serviços baseados na comunidade. O processo de desinstitucionalização desencadeia-se assim em dois movimentos: por um lado a saída dos doentes psiquiátricos hospitalizados e por outro lado a progressiva substituição hospitalar pelo tratamento na comunidade (Arranz, 1989).

Rappaport (1990) refere que o movimento de desinstitucionalização foi incrementado por se concluir que as grandes instituições psiquiátricas eram na sua maioria responsáveis pelo surgimento e não resolução dos problemas emocionais. Ao mesmo tempo, sugeria-se que a desinstitucionalização poderia reduzir a estigmatização, os efeitos secundários do tratamento e possibilitar uma redução de custos na prestação de cuidados.

A desinstitucionalização implica uma abordagem comunitária, devendo existir não só cuidados na comunidade, mas também pela comunidade. Implica uma mudança no *locus* de tratamento, mas também nos objectivos, métodos e funcionamento desta abordagem. . Na perspectiva comunitária o objectivo passa a ser a emancipação das pessoas com doença mental e isto implica uma vasta gama de serviços em contextos locais. A desinstitucionalização falha quando a comunidade não se envolve, ou quando há falta de coordenação entre as várias entidades.

² Lei 180 de 1978, que altera profundamente a organização dos serviços de psiquiatria italianos, através de três medidas fundamentais: proibição das admissões em hospitais psiquiátricos (parcial após 1978, total a partir de 1982), criação de unidades de internamento psiquiátrico nos hospitais gerais e desenvolvimento de serviços multidisciplinares na comunidade.

Na segunda metade deste século começa a assistir-se a uma redução inexorável do papel dos hospitais psiquiátricos na prestação de cuidados diferenciados aos indivíduos com perturbações mentais, redução esta que ocorre inicialmente no território norte americano, mas que posteriormente se estende a grande parte dos países industrializados da Europa Ocidental.

No relatório da organização mundial de saúde (2001) é enfatizado, quando se apresenta uma evolução histórica da doença mental e dos cuidados prestados à pessoa com doença mental, que durante a segunda metade do século XX, ocorreu uma mudança no paradigma de atenção em saúde mental, devido em grande parte a três factores independentes. Primeiro registou-se progresso significativo na psicofarmacologia, como a descoberta de novas classes de drogas e novas formas de intervenção psicossocial. Segundo, o movimento dos direitos humanos transformou-se num fenómeno verdadeiramente internacional, sob a égide da Organização das Nações Unidas. Terceiro, foi incorporada a dimensão psicológica no conceito de saúde definido pela Organização Mundial de Saúde.

Em 1991, A Assembleia Geral das Nações Unidas adoptou os princípios para a protecção das pessoas com doenças mentais e a melhoria da atenção de saúde, dando realce à prestação de cuidados na comunidade e aos direitos da pessoa com doença mental.

O doente mental, e conseqüentemente o seu processo terapêutico, passa a ser conceptualizado numa perspectiva de globalidade, que tem em conta a inserção do indivíduo no seu contexto familiar e social - o olhar e encarar o indivíduo relacional, num jogo permanente de interacções e padrões comunicacionais complexos. Todo o seu enquadramento familiar, social e comunitário é considerado como parte integrante e necessariamente englobado no processo mórbido da doença mental.

Mesmo os hospitais psiquiátricos que perduram, modificaram a sua forma de abordagem ao doente mental incorporando cada vez mais a noção de um espaço permeável ao exterior, onde vivem e trabalham pessoas, com uma estrutura relacional e social específicas que se pretendem e querem terapêuticas. Tem sido possível assistir-se a uma crescente preocupação e procura de novos recursos para o

tratamento do doente mental, os quais vão sendo ensaiados e implementados com uma frequência mais sentida.

Pretende-se uma filosofia de abordagem que encare o doente mental como um indivíduo em relação, como um sistema aberto que cresce na interação, onde o meio envolvente seja contrário a uma forma de afastamento do meio social.

Segundo Rodriguez (2002), um modelo de abordagem à pessoa com doença mental, aliado a todas as diferentes componentes implicadas num processo de intervenção terapêutica, tem que se apoiar de modo significativo na implementação de redes sociais bem estruturadas, que depois de convertidas em fontes de suporte social possibilitem e facilitem ao sujeito doente mental a reintegração na comunidade, melhorando o seu funcionamento psicossocial de uma forma o mais possível normalizada e autónoma.

Assente nestas permissas surge a noção de reabilitação psicossocial sobre a qual nos debruçamos no capítulo seguinte.

Reabilitação Psicossocial

As origens da reabilitação psicossocial, anteriormente designada por reabilitação psiquiátrica, fundamentam-se em progressos históricos, que Cordo (2003) sintetiza e nós passamos a enumerar:

1. A era da terapia moral
2. A integração dos deficientes e doentes mentais em programas públicos de reabilitação ocupacional e profissional
3. O desenvolvimento da ideologia da saúde mental comunitária
4. O desenvolvimento de técnicas de treino de competências, como intervenção eficaz em saúde mental

Do que focámos no final do sub capítulo anterior, salientamos que o trabalho em rede assume capital e reconhecida importância na abordagem à pessoa com doença mental e a **reabilitação psicossocial** surge assim como um processo onde doente, família, técnicos e estruturas comunitárias interagem por forma a desenvolver competências e recursos para que o indivíduo com doença mental obtenha mais sucesso e satisfação nos ambientes da sua escolha. Neste conceito está inerente a implementação de redes necessariamente convertidas em fontes de suporte efectivo e articulado.

A Associação Internacional de Serviços de Reabilitação Psicossocial (1995) refere que reabilitação psicossocial é um conjunto de serviços dirigidos a pessoas com doenças mentais e défices funcionais graves e que aqueles que promovem a reabilitação psicossocial partem dos pontos fortes de cada indivíduo, enfatizando a sensação de bem-estar e incluindo as famílias e a comunidade no processo de recuperação.

No mesmo ano, a Organização Mundial de Saúde define reabilitação psicossocial como um processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados, incapacitados ou deficientes, devido a perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente na comunidade.

A *World Association for Psychosocial Rehabilitation*, em 1996, na sua declaração consensual, definiu reabilitação psicossocial como um processo que facilita a obtenção de oportunidades para pessoas que sofrem de uma doença, incapacidade ou desvantagem, de forma a que possam alcançar um nível de funcionamento independente na comunidade. Isto implica tanto o desenvolvimento de competências pessoais como a introdução de mudanças ambientais, para que se obtenha uma vida com a melhor qualidade possível.

No relatório mundial de saúde (2001), na página 116, pode ler-se que as estratégias de reabilitação psicossocial variam segundo as necessidades do utente, o contexto no qual é promovida a reabilitação (hospital ou comunidade) e as condições culturais e sócio económicas do país onde é levada a cabo. As redes de habitação, reabilitação profissional, emprego e apoio social constituem aspectos da reabilitação psicossocial. Os principais objectivos são a emancipação do utente, a redução da discriminação e do estigma, a melhoria da competência social individual e a criação de um sistema de apoio social de longa duração.

A reintegração psicossocial do doente mental é possível de alcançar e concretizar a partir do *design* e implementação de programas de carácter individual que providenciem à pessoa todo um sistema combinado de serviços de tratamento. Este sistema de tratamento, que deverá sempre assumir uma atitude de continuidade e sobretudo uma postura compreensiva adequada às necessidades e capacidades das pessoas doentes e suas famílias, envolve os serviços de planeamento e avaliação funcional, avaliações contínuas da intervenção, treino de capacidades e habilidades sociais, reabilitação vocacional, suporte das famílias, “*case-management*” e farmacoterapia.

Princípios da Reabilitação Psicossocial

Os trabalhos realizados por Beard e Grob (citados por Anthony et al, 1990), entre outros, mostram um franco progresso para o consenso do que são os princípios da reabilitação psicossocial:

-
- É desejável e necessário o **envolvimento activo do sujeito** com doença mental em todas as fases do seu processo de reabilitação. Unger (1990) refere que se o cliente não tiver um papel activo na sua reabilitação, será mais difícil que este obtenha ganhos. Carling e Priscilla (1990) salientam o envolvimento e participação do cliente relacionados com as suas escolhas, referindo que é através da monitorização de ambientes manejáveis que uma pessoa adquire mais autonomia.
 - As duas intervenções fundamentais são o **desenvolvimento de competências e o desenvolvimento de recursos no ambiente**: a reabilitação de pessoas com incapacidades psiquiátricas foca a “construção” (*building*) de competências e a modificação do ambiente, colocando num plano secundário a sintomatologia.

Estudos realizados no âmbito da reabilitação mostraram que as competências, quando devidamente integradas com ajuda de suportes ou apoios da comunidade, têm um impacto significativo nos resultados da reabilitação (Dion & Anthony citados por Anthony et al, 1990).

A este respeito Cordo (2003) salienta que treinar competências não é igual a reabilitar. Esta intervenção só é reabilitadora, da pessoa com doença mental, quando se enquadra no seu plano individual de reabilitação e não corresponde apenas à aquisição de autonomia numa outra área específica (e descontextualizada) do indivíduo.

- O **tratamento psicofarmacológico** de longa duração é necessário mas **raramente é componente suficiente** da reabilitação. Estudos realizados por Englehardt e Rosen (citados por Anthony et al, 1990) demonstraram que apenas a abordagem psicofarmacológica é insuficiente para o desenvolvimento de competências do sujeito com doença mental.
- O foco principal é o **aumento de competências** de pessoas com incapacidades psiquiátricas: a minimização ou redução de sintomas não conduz necessariamente à melhoria da capacidade funcional e da reintegração sócio profissional.

O ênfase aqui é dado no desafio de encontrar adaptações ou mudanças ao invés de se centrar nas incapacidades. Ou como Beard escreveu, a mensagem fundamental da reabilitação psicossocial é acreditar no potencial de produtividade dos clientes, mesmo daqueles com severa incapacidade psiquiátrica (Anthony et al, 1990).

- Os benefícios para o indivíduo com doença mental são as **melhorias comportamentais nos ambientes da sua escolha**.

Apesar da presença de incapacidades residuais, a reabilitação procura ajudar o cliente no ajuste e adaptação dos requisitos necessários para determinado ambiente. Assim sendo, não se deve apenas centrar na melhoria de competências, deve-se também respeitar as exigências do ambiente em que o cliente está a funcionar ou irá funcionar.

Aqui poderemos fazer um parêntesis e realçar a importância que actualmente se dá à substituição dos *programas continuum*³ de tratamento nomeadamente ao nível do emprego e habitação pelos designados programas de habitação e emprego apoiado em que o desenvolvimento de competências é feito em contexto real, articulando assim as competências com as exigências reais do meio de inserção.

- A reabilitação psicossocial é **ecléctica no uso de uma variedade de técnicas**: é referido que esta prática não está dependente da aceitação de uma teoria em particular ou da causa da doença mental, pelo contrário é livre de incorporar qualquer técnica que seja eficaz para atingir o objectivo proposto.

Carling e Priscilla (1990) salientam também como princípios da reabilitação psicossocial:

- o **envolvimento dos membros da família**, referindo que estes têm também um papel vital ao nível do planeamento, do desenvolvimento da programação e da avaliação, constituindo-se como um recurso fundamental de informação e parceria no desenvolvimento e suporte do processo de reabilitação.

³ Entende-se por "*programas continuum*" aqueles que pressupõem uma passagem gradual de um ambiente protegido até um ambiente normalizante, e.g. ao nível da habitação: viver no hospital, depois viver numa residência dentro dos muros do hospital, passar para uma residência protegida e posteriormente para uma residência apoiada.

- **A utilização dos papéis e dos ambientes normais** (princípio da normalização) – relevo a conferir aos critérios normais de vivência, tais como senhorio, inquilino, vizinho, trabalhador, amigo, estudante, entre outros. Este princípio opõe-se a práticas de segregação onde o indivíduo com doença mental desempenha o papel de doente mental, muitas vezes de doente mental funcional, em ambientes criados especialmente para ele, os quais aumentam a estigmatização e lhe limitam as oportunidades de envolvimento em experiências “normalizantes”.
- **A flexibilidade de serviços de apoio às necessidades individuais** - devem criar-se apoios para indivíduos específicos, em vez de esperar que as pessoas se moldem aos objectivos dos programas ou dos serviços standartizados, este apoio deve ser continuado e englobar também o apoio jurídico e de gestão. Assim, os serviços devem ir de encontro às necessidades das pessoas, ser assertivos, flexíveis, promover valores e princípios da reabilitação psicossocial.

Oliveira (1999) refere que um qualquer processo de intervenção e reabilitação psicossocial, dirigido a doentes mentais, só adquire um sentido e coerência plenos mediante a promoção e desenvolvimento de um modelo de atenção à doença mental que não afaste ou isole o sujeito da sociedade.

A mesma autora citando Rodriguez (1998) acrescenta que um modelo desta natureza, aliado a todas as diferentes componentes implicadas num processo de intervenção terapêutica, se apoia de modo significativo na implementação de redes sociais bem estruturadas. Estas redes, depois de convertidas em fontes de suporte social, pretendem possibilitar e facilitar ao sujeito doente mental a reintegração na comunidade, bem como melhorar o seu “funcionamento” psicossocial de uma forma o mais normalizada e autónomas possível.

Caplan (1980) refere também a necessidade de se ter presente toda uma série de estereótipos e expectativas por parte da família, círculo de amigos e colegas e comunidade em geral, tão usualmente associados ao devir da doença mental. Tais factores poderão converter-se em poderosos obstáculos de difícil transposição, caso o

seu devido reconhecimento e tratamento não se constituam como partes integrantes do plano e processo de intervenção e reabilitação do indivíduo.

Não sendo objectivo do nosso estudo comparar eficácias de programas de reabilitação, assentes em diferentes modelos, consideramos pertinente fazer referência, ainda que de forma sumária, a alguns modelos de reabilitação psicossocial a fim de podermos salientar afinidades entre eles e realçar a filosofia e os princípios que lhes estão subjacentes. Desta forma pode-se enfatizar a importância que é dada à pessoa e ao seu ambiente, do qual na grande maioria das vezes a família é um elemento presente.

Modelos de Reabilitação Psicossocial

Modelo de Hume e Pullen (1986) – estes autores desenvolveram um modelo de reabilitação psicossocial que comporta um processo de quatro fases: avaliação da pessoa, definição de objectivos, planificação e implementação e avaliação de programas. A fase da avaliação visa apurar as potencialidades e aptidões que reforcem a evolução e aprendizagem, identificando também incapacidades e limitações. Esta informação permite que, num processo de parceria com o cliente, sejam definidos objectivos individuais a atingir. A fase de planificação e implementação compreende a programação e execução de programas de reabilitação que se pretendem instrumentos facilitadores de mudança, que possibilitem à pessoa doente, à equipa e à rede social de suporte, sentir os êxitos relacionados com o atingir dos objectivos propostos. Na última fase do processo, os autores salientam a importância da avaliação do programa permitindo desta forma reajustar objectivos e programas.

Modelo de Anthony e colaboradores (1991) – os autores, integrados no Centro de Reabilitação Psiquiátrica da Universidade de Boston, definiram um modelo de abordagem de reabilitação psiquiátrica que integra princípios das psicoterapias e do modelo de reabilitação física. Os autores consideram que tanto o doente mental como o doente em processo de reabilitação física apresentam sérias limitações no desempenho de papéis, necessitam de uma variada gama de serviços, receberam

cuidados de saúde durante longos períodos de tempo e frequentemente não recuperaram completamente das suas incapacidades.

Assim, o processo de reabilitação é orientado por um conceito fundamental da reabilitação: os indivíduos com incapacidades necessitam de competências e suporte para poderem funcionar nos ambientes por eles escolhidos para viver, aprender e trabalhar.

É a interacção destes componentes (indivíduo e ambiente) que vai influenciar o resultado do processo de reabilitação.

De acordo com este modelo, o processo de reabilitação psicossocial engloba três fases: o diagnóstico, o planeamento e a intervenção, sendo que o diagnóstico de reabilitação engloba a definição do objectivo geral de reabilitação (estabelecimento de um desejo de mudança definido e operacionalizado), uma avaliação funcional (avaliação das competências necessárias para o atingir do seu objectivo) e avaliação de recursos (necessários também para a concretização do objectivo definido). O planeamento inclui a elaboração de um plano de desenvolvimento de competências e um plano de desenvolvimento de recursos. Cada plano tem necessariamente que ser individualizado e detalhado, e incluir a definição de estratégias de coordenação de serviços, apoios e intervenções. A fase de intervenção engloba a implementação de programas de desenvolvimento de competências e recursos.

Um outro modelo de reabilitação psicossocial é o **modelo de Liberman (1991)** para o qual o processo de reabilitação se desenvolve em quatro fases: a diminuição das incapacidades, o tratamento das deficiências pelo treino das aptidões, o melhoramento dos défices pela intervenção na rede de suporte e a correcção dos *handicaps*.

Na primeira fase Liberman realça o papel fundamental que tem a psicofarmacologia, sobretudo no actuar ao nível dos sintomas positivos, criando condições para uma melhor aprendizagem e interiorização de aptidões. Na segunda fase, Liberman realça a importância das avaliações global, diagnóstica e funcional com vista à articulação de programas de intervenção ajustados às necessidades individuais da pessoa. Acrescenta que a perturbação das competências necessárias à vida quotidiana, exige que as pessoas com doença mental tenham de aprender ou reaprender uma

variedade de aptidões sociais e instrumentais que facilitem a sua adaptação/integração na vida pessoal e comunitária.

Na terceira fase é salientado que as estratégias de reabilitação têm de identificar os ambientes/contextos que sejam redes de suporte compensatórios. Estes ambientes devem considerar os défices e sintomas residuais e facilitar a adaptação às esperanças individuais e familiares a um nível funcional realista, contribuindo assim para restituir os papéis sociais às pessoas com doença mental.

Na última fase é preconizada uma intervenção ao nível dos recursos pessoais e comunitários com o objectivo de introduzir as alterações necessárias ao bom funcionamento da pessoa.

Este modelo utiliza técnicas de avaliação e intervenção fundamentadas na aprendizagem social e terapia comportamental, terapia centrada na pessoa, desenvolvimento de recursos humanos e psicologia do desenvolvimento.

Modelo de Pilling (1991), psicólogo clínico, especialista em reabilitação, que considera que a reabilitação implica uma intervenção simultânea a partir dos primeiros passos do processo: avaliação e triagem das pessoas para a reabilitação, preparação desta e dos técnicos, assim como preparação do ambiente/contexto sócio-comunitário.

Na intervenção específica com cada pessoa, define um processo de reabilitação que engloba quatro fases. A primeira fase consiste na avaliação inicial, em que é fundamental estabelecer uma inter relação entre a pessoa e o técnico, exige um contexto apropriado que permita o desenvolvimento de um trabalho estruturado e que tenha como *focus* as capacidades e aptidões da pessoa, mais do que a vulnerabilidade ou as incapacidades. Esta primeira fase fornece informação relativa às mudanças necessárias de ocorrer.

A segunda fase centra-se no plano de acção, onde se estabelecem prioridades a curto e longo prazo, definem-se objectivos com o envolvimento activo de todos os que fazem parte do processo, definem-se os métodos para atingir os objectivos e distribuem-se responsabilidades. A terceira fase do modelo é o processo de implementação, onde o autor salienta a necessidade quase sempre presente de

reajustamentos do plano e reajustamento das expectativas. Salienta também a importância dos programas serem desenvolvidos nos contextos vivenciais normais e de serem trabalhadas, com o indivíduo, competências que lhe permitam ser sensível à identificação de sintomas patológicos e ao papel da medicação enquanto factor compensatório que favorece o processo de reabilitação. A quarta fase é o sistema de avaliação que o autor salienta como a oportunidade para atingir o sucesso, para se alcançarem objectivos e metas.

À guisa de reflexão sobre os modelos de reabilitação psicossocial, apresentados sumariamente, salientamos que comum a todos eles nos aparece o envolvimento da pessoa (abordagem centrada na pessoa), o enfoque nas capacidades, a reabilitação como um processo, o envolvimento e comprometimento da equipa de reabilitação e da rede social de suporte.

Ribeiro (1997) refere que os modelos de reabilitação psicossocial evidenciam uma viragem paradigmática no estilo e método de intervenção com pessoas com doença mental. De uma visão clássica psiquiatrizante – predominantemente institucional, na qual a incapacidade e a sintomatologia se sobrepunham à potencialidade e capacidade de melhorar e crescer como pessoa – passa-se para uma visão global e integrada.

Enquadramento da Reabilitação Psicossocial em Portugal

Em Portugal muitos são os serviços estatais e organizações não governamentais que assentam a sua prática nos princípios da reabilitação psicossocial da pessoa com doença mental.

Pretende-se neste capítulo fazer uma breve referência aos diplomas legais que enquadram a reabilitação psicossocial e legislam equipamentos de respostas para as pessoas que sofrem de perturbações mentais graves e persistentes.

Sampaio Faria na sua comunicação no XVII Encontro Nacional da Pastoral da Saúde em 2003, salienta que em Portugal se estima que haja 60000 cidadãos com incapacidade mental grave e prolongada. Acrescenta que deste total apenas 1.5% tem beneficiado de programas de reabilitação e reinserção socio-comunitária, espelhando esta percentagem o ainda incipiente e tímido esforço que a sociedade portuguesa decidiu iniciar, com a publicação da Lei de Saúde Mental e do Despacho Conjunto dos Ministérios da Saúde e da Solidariedade(1999), para apoiar de modo sustentado a reabilitação e recuperação das pessoas com doença mental grave e prolongada.

Na legislação aprovada pode ler-se que: em consequência do processo mórbido estabelece-se limitação da capacidade relacional com frequente isolamento social grave, que muitas vezes se acompanha, nomeadamente, de conflito familiar acentuado, limitação na manutenção ou na procura quer de alojamento quer de emprego, com restrição da satisfação nas necessidades básicas, bem como do sentido de responsabilização, autonomia e intervenção social. Se a abordagem for estritamente clínica é comum acentuar-se o fosso com a família e o meio social, com descompensações psíquicas repetidas que pressionam a outros tantos reinternamentos....complementando a intervenção clínica específica com medidas de readaptação que muitas vezes terão de ser de reinserção ou mesmo de reabilitação psicossocial, é possível alterar o percurso de vida destas pessoas, com vantagens incomensuráveis, quer para os próprios quer para a comunidade. Tal processo implica a existência de acções a vários níveis, com eventual frequência simultânea ou sequencial, no mesmo indivíduo, tais como: sócio-ocupacionais, residenciais, de formação profissional, de exercício profissional (comum ou protegido) (Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e da Solidariedade, 2002).

No âmbito das orientações aprovadas pelo Despacho Conjunto foram definidos os modelos tipo das respostas sócio ocupacionais e residenciais, que passamos resumidamente a expôr:

Fóruns socio-ocupacionais

Destinados a jovens adultos com doença psiquiátrica grave estabilizada. São estruturas de pequena dimensão (capacidade média de 30 utentes), destinadas a pessoas com doença/deficiência mental, transitória ou permanente, e que visam

promover a reinserção sócio familiar e/ou profissional ou a sua eventual integração em programas de formação ou emprego protegido.

Unidades de vida apoiada

Destinam-se a cerca de 20 residentes cada, necessitados de apoio nas suas actividades de vida diária e não carecidos de intervenção médica frequente.

O seu objectivo é promover a integração dos utentes através de uma estrutura residencial individualizante em programas de reabilitação psicossocial, ou em alternativa, sócio-ocupacionais em estruturas comunitárias como o Fórum.

Unidades de vida protegida

Concebidas para cerca de cinco a sete residentes adultos, estes equipamentos visam promover o treino da autonomia. Destinam-se a pessoas portadoras de doença mental grave e de evolução crónica, clinicamente estabilizadas, com potencial de reabilitação e ausência de alternativa residencial.

Unidades de vida autónoma

Estas destinam-se a cerca de cinco a sete residentes, portadores de doença psíquica grave, crónica e estabilizada, com capacidade de autonomia, ausência de outra alternativa residencial (à semelhança das anteriores) e capacidade de integração em programas de formação, emprego protegido, mercado apoiado ou mercado aberto de trabalho.

Guterres (2002) refere, como resultado de seu trabalho de investigação, que os programas residenciais embora recentes no nosso país, parecem cumprir os objectivos para os quais foram criados. Nos programas residenciais, para além da aprendizagem de competências sociais é enfatizada a aprendizagem de aptidões necessárias num dado ambiente. Esta aprendizagem de competências é essencial e deve ser utilizada consistentemente através do tempo, devendo manter-se as competências interpessoais relativas à interacção com proprietários e vizinhos, conforme o preconizado no processo de reabilitação aplicado aos objectivos das residências.

No que concerne aos programas sócio-ocupacionais, a mesma autora evidencia os resultados do seu estudo, relativamente à satisfação expressa pelas pessoas com doença mental, inseridas nestes programas, relativamente às actividades sociais. Este resultado corrobora o objectivo e benefícios com que estas estruturas foram pensadas: promover a socialização através de actividades de reinserção sócio-familiar e ou profissional.

Após termos contextualizado a reabilitação psicossocial, onde a parceria entre a pessoa doente e a rede de suporte sócio técnico é elemento fulcral, centramo-nos, no próximo capítulo, na família enquanto elemento importante na rede de suporte social e afectivo da pessoas doente mental, realçando o impacto que a doença mental tem naqueles que estão mais próximos, física ou emocionalmente, da pessoa que adoeceu, no papel que a família pode assumir na reabilitação psicossocial da pessoa com doença mental e nas estratégias e programas que facilitam o envolvimento da família no processo

A Família

A Família da Pessoa com Doença Mental

A família é um sistema social constituído por um elevado número de interacções. Um acontecimento que afecta qualquer um dos membros da família tem impacto sobre todos os outros (Carter & McGoldrich, 1980 citados por Ribeiro, 1997) pelo que a presença de um membro com doença mental altera, quer directa quer indirectamente, a natureza e a dinâmica das interacções familiares e as atitudes dos elementos da família com o seu familiar doente.

Frequentemente, o doente mental sofre o estigma da sua condição, sem capacidade de autonomia, num mundo cada vez mais competitivo e pouco solidário. Assim, a família assume, geralmente, uma responsabilidade que os círculos sociais mais alargados apenas partilham, quantas vezes de forma pouco significativa. Mesmo quando o doente não habita a mesma casa é, muitas vezes, dos familiares próximos que provém o seu apoio mais constante, sobretudo em alturas de crise (Tessler et al., 1990). Por conseguinte é também sobre eles que se abate a fracção do ónus mais importante associado à doença (Thomson & Doll, 1982, Gugman & Tessler, 1987, Herrman et al., 1993).

Num estudo realizado por Hogman (1994 citado por Guterres, 2002) foi concluído que os familiares responsáveis por pessoas com doença psiquiátrica sentiam um peso psicológico e estavam expostos a riscos de agentes stressantes.

Biegel et al. (1991) refere que a nível internacional se tem assistido, durante as últimas décadas, a uma proliferação de estudos sobre a problemática da prestação de cuidados familiares, a pessoas que se tornam dependentes por motivo de uma doença crónica, física ou mental. O mesmo autor acrescenta que tais estudos têm vindo a reconhecer a importância da família na assistência aos seus membros com uma doença crónica, porém os trabalhos mais recentes reconhecem que a prestação de cuidados familiares a pessoas com uma doença crónica tem aspectos positivos e negativos para o elemento da família que desempenha tal tarefa. Os resultados são

inequívocos ao demonstrarem que a prestação de cuidados não se faz sem custos para o prestador. Muitas das pessoas que prestam cuidados aos seus parentes com uma doença crónica revelam tensão emocional, física e financeira.

Simon et al. (1999 citado por Guterres, 2002) referem diferentes factores que interagem para determinar a percepção, por parte dos familiares, da própria qualidade de vida:

- Características dos familiares (idade média elevada, maioritariamente mulheres, mães que vivem sós e com queixas de problemas físicos e psicológicos).
- Agentes stressantes do tipo situacional (problemas de convivência familiar, recusa do tratamento por parte do doente, comportamento do doente, excesso de trabalho com o doente, necessidade de incentivo ao doente, necessidade de ser equitativo face às necessidades e expectativas dos outros membros da família e também a necessidade de modificar o seu próprio projecto de vida).
- Agentes stressantes do tipo social (desadequação da sociedade face ao doente, desadequação dos serviços, estigma e exclusão social, alto custo económico de suporte ao familiar doente).
- Agentes stressantes de tipo iatrógeno (responsabilidade imputada à família, pelos serviços de saúde mental, pouca informação e suporte proveniente dos profissionais de saúde).

Xavier (1999) refere que a avaliação das repercussões da doença mental na família está intimamente ligada ao advento da desinstitucionalização, iniciada nos países ocidentais a partir dos finais da década de 50. Se até então as alternativas logísticas e assistenciais dos indivíduos com doenças mentais graves se cingiam geralmente aos serviços de internamento dos hospitais psiquiátricos, a introdução de novas abordagens terapêuticas (psicofármacos, programas de intervenção, reabilitação psicossocial, etc.) por um lado, e a estruturação comunitária dos serviços (melhorando a acessibilidade) por outro, vieram permitir que um número crescente de doentes se pudesse manter integrado no seu meio ecológico, passando a recorrer ao

internamento apenas em situações de manifesta necessidade (descompensação psicótica aguda ou tentativa de suicídio, por exemplo).

Apesar da casuística estar inevitavelmente matizada por aspectos culturais e pela disponibilidade de apoios residenciais na comunidade, supõe-se que nos países ocidentais industrializados cerca de 50% dos doentes vivem com as famílias (Gibbons, 1984), as quais apresentam uma estrutura monoparental em 30% dos casos, sendo ainda de assinalar, dadas as implicações logísticas a longo-prazo, que a idade média dos pais é ligeiramente superior a 60 anos (Lefley, 1987).

As revisões apontam para que a maioria dos prestadores de cuidados pertença ao sexo feminino (Ascher-Svanum & Sobel, 1989; Greenberg et al., 1993). O papel familiar de principal prestador de cuidados, tem sido assumido pela mulher, na era pós-matriacal. Trata-se de um achado que quase não carece de comentário, pelos afectos associados à relação maternal; alguns poderão ainda invocar certos traços de passividade e capacidade de aceitação que têm sido o estereotipo secular da condição feminina.

Em Portugal, pese a ausência de estudos formais de morbilidade que fundamentem a realidade com dados concretos, os resultados de investigações parcelares apontam para percentagens de doentes a viver com a família significativamente mais elevadas que nos países do Norte de Europa (Caldas de Almeida, 1996; Kovess, 1996).

Está fora do âmbito deste trabalho uma revisão dos conhecimentos actuais sobre o papel da família na génese, manutenção ou moldagem da doença mental, como tal faremos apenas uma breve referência a diferentes marcos relacionados com estas concepções, para realçar que a difusão de certos conceitos de forma deturpada, responsabilizando primordialmente a família na génese da doença mental (e escamoteando o papel da interacção doente-família), não foi inócua. Acarretou alguma estigmatização dos familiares e a indução de um sentimento de culpa com que estes se viram forçados a lidar, a título de dificuldade adicional.

Durante anos, a família foi considerada a causa do aparecimento da doença mental, baseando-se estas teorias nos pressupostos de que a família influenciara o desenvolvimento da criança quer pela relação que a mãe estabelecia com o filho, quer

ainda pela existência de um duplo significado na comunicação, ou até pelo grau de perturbação /excentricidade dos pais (Martins, 1991).

Não é pacífica a atribuição de uma dimensão causal a qualquer constructo teórico relacionado com a matriz familiar. Questionam-se, actualmente, noções como a de “mãe esquizofrenizante”, de Fromm- Reichmann, ou a “teoria dos papéis parentais alterados” de Lidz (Ferreira & Winter, 1965, Lidz, 1985). Do mesmo modo, foram abusivamente utilizados, invocando causalidade linear, conceitos interessantes relativos a padrões anómalos de comunicação intra-familiar (Bateson et al., 1956; Wynne & Singer, 1963).

Conceitos como o de “emoção expressa”, proposto por Brown e aprofundado por Leff, são hoje considerados importantes (a par de outros, como o “estilo afectivo” ou os desvios de comunicação familiar). Mas a essência da sua relação com a esquizofrenia está longe de reunir consenso absoluto. A investigação tem evidenciado, sobretudo, o papel da emoção expressa, na família, como precipitante de recidiva esquizofrénica (Vaughan & Leff, 1976, Fallon et al., 1984). Segundo este modelo, é referido que o curso da doença psiquiátrica grave é determinado, entre outros factores, por certas características presentes no modo como os familiares se relacionam com os doentes, particularmente atitudes críticas, expressões de hostilidade e comentários negativos, que, uma vez em excesso, acarretam um maior risco de descompensação psicótica.

A teoria da vulnerabilidade e stress sustenta o facto de as reagudizações resultarem da interacção entre a vulnerabilidade e os factores de stress. Como factores de vulnerabilidade psico biológica podem citar-se entre outros, os genéticos, os da personalidade, os cognitivos e os comportamentais. Os factores de stress socio-ambiental podem ser a elevada emoção expressa familiar, os acontecimentos de vida traumática, a tensão profissional e o baixo suporte social (Reis, 2004).

São forçosamente multifactoriais os modelos explicativos de que dispomos para a doença mental funcional, de que a esquizofrenia é paradigma. Em qualquer das linhas de investigação (biológica, psicológica ou social), os contributos têm-se revelado fecundos, mas isolados não poderão fornecer explicações convincentes.

Os primeiros estudos que se focaram sobre a problemática de cuidados familiares a pessoas com doença mental crónica, surgiram durante a década de sessenta em Inglaterra e um pouco mais tarde nos E.U.A. (Biegel, 1991). É de salientar que estes estudos começaram por dar primazia ao problema da recidividade do paciente, ou seja, a discussão centrava-se mais no que as famílias podiam fazer para prevenir ou diminuir essa mesma recidividade do que nos seus próprios problemas ou necessidades.

O mesmo autor salienta que as linhas de investigação científica têm agora estado assentes em dois grandes vectores: por um lado têm-se centrado no impacto da prestação de cuidados ao nível do prestador (nível individual) e por outro sobre esse mesmo impacto ao nível do sistema familiar (conjunto de unidades interdependentes).

Ao nível individual tem sido identificado que o processo de prestação de cuidados é um factor de stress, enquanto que a diminuição do bem estar físico e psicológico do respectivo prestador é entendida como resultado negativo desse mesmo processo (George, 1986; Biegel, 1991, 1995).

Os estudos sobre o impacto da prestação de cuidados, ao nível da família, têm-se baseado em perspectivas teóricas que definem o sistema familiar como unidade de análise, onde se destaca a Teoria Geral dos Sistemas, na qual são realçadas quatro características essenciais da família (Mattessish & Hill, 1987; Klein & White, 1996):

- A interdependência entre os membros. Os membros da família não vivem nem actuam no isolamento, isto é, o comportamento de um membro tem consequências para todos os outros ou, por outras palavras, as mudanças numa das partes do sistema afecta as restantes partes.
- A manutenção selectiva das fronteiras. A família é uma entidade circunscrita e diferenciada de outros grupos na sociedade, sofrendo e exercendo influência no seu meio envolvente, ou seja, as suas fronteiras ou limites são selectivamente permeáveis aos de fora.

- A adaptação à mudança. A família como organização é flexível, isto é, tem capacidade de adaptação à mudança, a qual pode ser provocada por factores internos ou externos

Foram realizados estudos para a compreensão da complexidade do processo pelo qual a família do doente mental passa, desde os primeiros sintomas até à compreensão, aceitação e equilíbrio. A família muitas vezes demora anos numa das três etapas sempre presentes perante uma doença grave: negação, depressão e, finalmente, adaptação. A primeira destas fases é frequentemente muito arrastada e a negação da doença acarreta a negação de cuidados específicos, quer estes sejam medicamentosos, quer de outro tipo de apoio.

O processo inicia-se com uma desvalorização das mudanças observadas no indivíduo, passa para um período de reconhecimento da situação, a procura de razões, atribuição causal, procura de ajuda, mudança de expectativas, sentimentos de tristeza a par de sentimentos de evitamento e de perda até à fase de aprendizagem de um equilíbrio interno (Martins, 1991; Spaniol et al, 1992).

Para a maioria dos familiares são os primeiros anos, após o início da doença, que são vividos como mais caóticos. A alteração de personalidade do doente pelo processo patológico – ou as modificações que a patologia ou incapacidade introduzem em aspectos da relação – podem induzir no familiar um sentimento arreigado de perda (Fadden et al, 1987). O luto correspondente assume porém características particulares, pois não há morte no sentido real e a relação precisa ser re-elaborada.

Mattessish e Hill (1987) referem que a mudança na família implica uma reorganização de comportamentos, incluindo a criação de novos padrões comportamentais em detrimento dos antigos. Klein e White (1996) salientam que algumas famílias podem não possuir o requisito da variedade de recursos para se adaptarem às mudanças, entrando neste caso em ruptura. Outras famílias têm recursos para se adaptarem, para sobreviver às crises e enfrentar desafios com dignidade e empatia. (Marsh, 1996)

- O desempenho da tarefa. A família, como todas as organizações sociais, realiza certas tarefas que são necessárias para assegurar a sua sobrevivência, tais como a socialização dos seus membros.

Assim, no quadro desta teoria, cada família, vista como um sistema, tende a estabilizar determinados modelos de interacção. Uma mudança situacional pode representar uma potencial crise, requerendo reestruturação de todo o modelo de interacção familiar.

Gray-Price e Seczesny (1985 citados por Biegel et al., 1991) distinguem dois tipos de crise familiar: a crise de “maturação” e a crise de “situação”. A crise de “maturação” está associada a acontecimentos que ocorrem ao longo do ciclo da vida familiar, tais como o nascimento de uma criança, a entrada da criança para a escola, a saída do jovem de casa dos pais, entre outros. Em virtude destes acontecimentos serem previstos e esperados, o processo de adaptação é de certa forma facilitado pela possibilidade de se poder efectuar uma preparação antecipada. Pelo contrário, a crise de situação é provocada por um acontecimento inesperado, como por exemplo o aparecimento de uma doença mental crónica num membro da família. Regra geral estes tipos de crises provocam uma desestabilização considerável em todo o sistema familiar.

Quando a família mantém relação afectiva com o familiar doente, dois pontos se salientam: a necessidade de providenciar cuidados directamente, que se verifica quando há proximidade física com o doente, e a existência de preocupações e sofrimento, relacionados com ele, menos dependentes do grau de proximidade física. Estes aspectos remetem para a distinção de conceitos como “ocupar-se de” ou “assistência” e “preocupar-se com” ou “envolvimento” (Graham, 1983; Horwitz, 1992).

Os estudos sobre o stress familiar levaram a adoptar o termo sobrecarga familiar que inclui o efeito que os problemas derivados da doença mental têm sobre a vida familiar (estigma social, contradições entre os profissionais, ocorrência de crises periódicas, sobrecarga económica, etc.). A investigação sobre este temática distingue carga subjectiva (vivências e emoções familiares) e carga objectiva (problemas económicos, ocupacionais, etc.) (Cook, Lefley, Pickett & Cohler, 1994; Reinhard, 1994; Lefley, 1996 citados por Marsh et al. 1996).

Laidlaw et al (2002) referem que esta sobrecarga ou peso familiar não é exclusivo das famílias que vivem com a pessoa doente mental. Os autores referem que esta sobrecarga também é experienciada por familiares que não habitam com a pessoa com doença mental e que as diferenças significativas entre estes dois grupos se situam ao nível do stress associado ao papel de prestadores de cuidados ao nível do cuidar da casa e da gestão doméstica, que é mais elevado no grupo de familiares que habita com a pessoa com doença mental. Este factor parece estar relacionado com a baixa motivação apresentada pelas pessoas com doença mental para se envolverem e participarem activamente nas actividades diárias.

As famílias de pessoas com doenças mentais crónicas deparam-se com várias modificações operadas no funcionamento da família, que abrangem diferentes dimensões da sua vida:

- As alterações no quotidiano doméstico e a prestação directa de cuidados (que inclui muitas vezes o apoio directo nas actividades de vida diária), numa fase do ciclo vital onde o seu papel de familiar (mãe, pai ou outro) já, na maioria das vezes, não incluía estas funções.
- A tensão acrescida que surge nas dinâmicas familiares e sociais muitas vezes relacionada com a sobrecarga de trabalho doméstico, com atritos no sistema familiar, inclusive culpabilizações.
- A relação do tipo conjugal pode ser particularmente posta em causa num processo disruptivo que leva frequentemente à separação. Nas relações sociais mais amplas é muito frequente a diminuição do contacto social, quer por menor disponibilidade objectiva quer por receio de rejeição do sistema extra-familiar. A diminuição dos contactos sociais e o sentimento de isolamento leva muitas vezes ao empobrecimento da rede de suporte, influenciando negativamente o bem estar psicológico dos familiares.
- As consequências a nível financeiro traduzem-se também, não raramente, numa sobrecarga para a família. Podem aparecer sobre a forma de encargo passivo (decorrente muitas vezes da situação laboral do familiar doente) ou de

encargo activo (resultante do aumento de despesas com medicamentos e/ou outras formas de apoios). O prestador de cuidados pode defrontar-se com pressões em sentido contrário: aumentar a carga horária de trabalho (para fazer face às necessidades financeiras) e aumentar a disponibilidade de tempo para cuidar da pessoa doente, que muitas vezes implica o abandono de períodos de férias ou a prática de actividades de lazer.

- As preocupações da família prendem-se sobretudo com o futuro e a segurança da pessoa doente, com os meios de subsistência, com a saúde e a assistência disponível ou com aspectos da própria doença. Se há contacto próximo predomina a incerteza do futuro, caso contrário sobrepõe-se a incerteza quanto ao estado e paradeiro.
- Outro problema que se verifica, de forma mais ou menos visível, é a necessidade de identificar as causas da doença, o que remete para a dimensão subjectiva da culpabilidade, mas pode também tornar-se um foco de tensão do sistema (quando um ou mais elementos tendem a culpabilizar outro, muitas vezes projectivamente).
- Também em termos de saúde física, as consequências da sobrecarga da doença mental para o prestador de cuidados tem vindo a ser aprofundada na literatura. Schene (1996) considera que os familiares de doentes mentais graves apresentam um índice de doença psiquiátrica *minor* superior ao da população em geral.

Se por um lado focamos os aspectos de sobrecarga com que se depara a família quanto tem um membro com doença mental, temos também de realçar o potencial de resiliência da família a esta condição não esperada e não desejada de ter um familiar que adoece com uma doença mental. Neste contexto, a resiliência da família refere-se à capacidade de resposta da família à adversidade de ter um familiar com doença mental (Marsh, 1996), ou seja é o equilíbrio entre os factores de vulnerabilidade e os factores de stress (Reis, 2004).

Vários autores se têm debruçado sobre este conceito de resiliência na família de pessoas com doença mental (Hatfield & Lefley, 1993; Marsh, 1996; Reis, 2004) e identificado os factores inerentes a esta capacidade agrupando-os em grandes grupos: factores familiares, factores sociais e factores pessoais. Dos factores familiares fazem parte os laços afectivos precoces dos familiares, a qualidade os vínculos na família, o estilo das relações parentais na família, o tipo de emoção expressa da família. Os factores sociais incluem: a experiência educacional dos membros da família, a qualidade do suporte e rede social da família, o nível sócio cultural da família. Como exemplo dos factores pessoais temos: as competências sociais dos membros da família, a personalidade dos membros da família, as representações de si e dos outros na família, as capacidades pessoais dos membros da família.

Apesar de ser um acontecimento vivenciado como “terrível”, os casos de doença mental por vezes oferecem às famílias a oportunidade de mudar em termos construtivos a força dos laços familiares. No entanto a sobrecarga que a família tem de suportar pode levar no seu extremo ao colapso dos processos de resiliência familiar.

É, pois, complexa a reflexão sobre as implicações da doença mental na estrutura e dinâmica do sistema familiar, porque se trata de um sistema aberto (difícil de reduzir ao “aqui e agora”) e múltiplas são as variáveis que se têm que equacionar quando falamos de famílias de pessoas que têm doença mental: a tipologia familiar, o grau de coesão e adaptabilidade, as hierarquias, as fases do ciclo vital familiar, a percepção pessoal dos familiares acerca da sobrecarga sentida, entre outras. Todas estas variáveis influenciam a forma como a família se adapta e como vive a sua condição de familiar de um doente mental. Apesar de ser um assunto que abordaremos num capítulo mais à frente, não podemos deixar de realçar os resultados dos estudos que têm sido realizados para apurar as necessidades sentidas pelas famílias (Spaniol et al, 1984, 1987, 1988, 2000), e que nos remetem para necessidades de aprendizagem de “lidar com”, conselhos práticos de manejo da situação, sugerindo assim necessidades associadas à sua condição de ser familiar de um doente mental mas não à condição de família doente.

A Família e a sua Percepção da Doença Mental

A designação "doente mental" gera, normalmente, uma percepção negativa. Segundo Farina e Fisher (1982), os sujeitos que verbalizam atitudes mais positivas e de maior disponibilidade face ao doente mental, podem, na prática, não adoptar comportamentos mais favoráveis do que os que verbalizam atitudes negativas. No entanto encontra-se relação entre a representação da doença e do doente mental e a atitude e comportamentos adoptados perante a pessoa que sofre de doença mental (Reis, 2004).

Ayestaran e Paez (1984, citados por Amaral, 1990) realizaram um estudo sobre o conteúdo das representações sociais da doença mental em dois grupos, um de 253 familiares e doentes mentais e outro de 357 sujeitos leigos (sujeitos sem doença mental e sem contacto próximo com pessoas com doença mental). A ambos os grupos foram apresentadas cinco pequenas histórias, validadas por um grupo de doze psiquiatras e psicólogos, que as classificaram como referentes a doentes com indicação para processo terapêutico. Solicitaram aos participantes que, perante as histórias apresentadas, classificassem o sujeito de cada história como "normal" ou "doente", determinassem a origem do comportamento e referissem as causas internas, externas ou transitórias das mesmas. Por fim foi solicitado que referissem as medidas que adoptariam se estivessem perante uma pessoa com essas características. Concluíram que, quando confrontados com várias histórias sintomatológicas, os grupos de menor distância social tendiam a definir categorias patológicas mais restritas, realizando atribuições situacionais relativamente a várias condutas desviantes que eram apresentadas nessas histórias, enquanto que os restantes sujeitos tendiam a fazer mais atribuições disposicionais e a caracterizar um maior número de condutas como patológicas. Relativamente a atitudes adoptadas, os doentes e famílias optavam preferencialmente por atitudes mais positivas e por medidas menos drásticas ("ajuda" e "recorrer a uma consulta de um especialista") do que os sujeitos "mais distantes da problemática da doença mental" que mostravam mais atitudes negativas e disposições para recorrer a medidas mais drásticas ("não daria ajuda pessoal" e "recorria à hospitalização psiquiátrica").

Um dos aspectos importantes das relações interpessoais são as variáveis cognitivas decorrentes da percepção social do outro. No caso das pessoas com esquizofrenia que vivem com as famílias, a percepção que os familiares têm da pessoa doente decorre da sua convivência com ela. A maneira como se percebe o outro pode ser estudada através das atribuições causais da doença, atribuições de personalidade do doente e da emoção expressa das famílias. Cognações e emoções dos familiares constituem sistemas psicológicos coerentes que, quando referidos ao doente, estão subjacentes à qualidade e tipo de relações que os familiares têm com ele. Estudos de percepção social, comunicação e transacções interpessoais dão suporte ao instrumental teórico da intervenção familiar.

Reis (2004) usou uma forma de estudar as atribuições de personalidade dos familiares em relação aos doentes esquizofrénicos, através do método de listagem de adjectivos, solicitando que os familiares seleccionassem de uma listagem de quarenta adjectivos, aqueles que melhor descreviam as características da personalidade ou os comportamentos do doente. Concluiu que os familiares hostis ou hipercríticos, escolheram preferencialmente adjectivos negativos, tais como “infantil”, “descuidado”, “desleixado”, “teimoso”, “isolado”, “imaturado”, “lento”, “descontrolado” e “irritável”, transparecendo, nestas escolhas, uma imagem imatura, rebelde e infantil da pessoa com doença mental. Os adjectivos escolhidos pelos familiares não hipercríticos e não hostis foram “isolado”, “triste” e “lento”, não deixando transparecer, nestas, a impressão depreciativa presente no grupo anterior. Verificou também que nas famílias onde as escolhas negativas predominavam sobre as positivas, os doentes tiveram mais recaídas ao fim de um ano de seguimento, do que naquelas em que as escolhas positivas predominavam sobre as negativas. Este facto levou o autor a admitir que a impressão que os familiares têm do doente é um indicador de stress familiar.

O mesmo autor refere-se também à atribuição dos estados mentais sendo esta sinónimo de atribuição de pensamentos, emoções, atitudes ou capacidades, que a pessoa doente não expressa ou não manifesta, e que o familiar faz através de um processo de compreensão empática antecipando os pensamentos ou os comportamentos da pessoa doente. Nos familiares de atitude hipercrítica, a relação interpessoal com o doente é orientada por uma lógica do tipo “porque é que ele não pensa ou age como eu quero ou gostaria?”. A resposta em vez de ser atribuída à doença, é dada através de uma atribuição do estado mental do doente do tipo “ele faz

tudo para me contrariar". Se o familiar tem uma atitude super-protectora em relação ao doente, a lógica do seu comportamento orientar-se-á por uma premissa do tipo "tenho que pensar ou agir por ele". Embora o comportamento do doente possa ser atribuído às consequências da doença, a atitude do familiar decorre de uma atribuição de estado mental do tipo "ele é frágil" ou "ele não sabe". O que é de salientar nestes processos atribucionais de estado mental é uma comunicação ausente ou enviesada entre o familiar e o doente. Se estes, em vez de agirem baseados em pressupostos, procurassem saber o que pensa e sente o doente, respeitando a sua vontade e desejo, evitar-se-iam conflitos e melhorar-se-ia o relacionamento entre a família e a pessoa doente.

Também a avaliação das atribuições da doença, feita pelos familiares do doente, possibilita perceber de que forma avaliam a doença e qual a sua atitude e sentimentos em relação ao doente. Esta dimensão afectivo-emocional das atribuições tem importância para a intervenção terapêutica familiar. O sentimento de culpabilidade implícita de alguns familiares pode estar associada à depressão, ao desamparo e à perda de auto estima. Pode ser a origem de comportamentos auto reparadores, de sacrifício e de superproteção.

Os profissionais de saúde mental dispõem de ferramentas possíveis de serem utilizadas na intervenção a este nível. As informações fornecidas, os programas educacionais, as estratégias para trabalhar a relação entre a família e o doente mental, permitem ao grupo das famílias uma alteração a nível do sistema periférico das representações sociais da doença mental e, como nos diz a teoria, a modificação dos esquemas periféricos pode levar a uma modificação do sistema central, isto é, da própria representação e, conseqüentemente, uma mudança de atitude.

Farina e Fisher (1982) estudaram a influência que a percepção dos outros tem na percepção que a pessoa com doença mental tem de si própria. Segundo os autores alguns sentimentos auto depreciativos e crenças de incapacidade social poderão resultar do facto das pessoas saberem que os outros os vêem como doentes mentais e que fazem de si uma avaliação negativa. Se relacionarmos este facto com a realidade de que a rede social dos doentes mentais é menor do que a da população em geral e que em alguns casos essa rede de suporte e de relacionamento social fica

confinada à família, a percepção que a família tem do doente e da doença mental assume uma importância indiscutível para a pessoa doente.

Família e Reabilitação Psicossocial

Nas últimas duas décadas tem-se assistido a uma mudança assinalável na abordagem aos sistemas familiares de doentes com esquizofrenia, nomeadamente no que respeita à sua importância na manutenção do equilíbrio psicossocial do indivíduo doente.

Foram definidos três factores que estiveram na base desta mudança. Em primeiro lugar, a evidência de que a expressão de afectos negativos, hipercriticismo e hostilidade por parte da família teria valor predizente na taxa de recaída do doente, o que consubstanciaria posteriormente a conceptualização do modelo designado por “Emoções Expressas”, em segundo lugar a sobrecarga familiar decorrente do contacto diário com o doente e, finalmente, a insatisfação dos familiares não só com o tipo de prestação de cuidados, mas também com o próprio relacionamento com os técnicos de saúde mental.

Ao abordarmos a temática da família na reabilitação psicossocial, não podemos deixar de clarificar a perspectiva com que encaramos a família neste processo. Embora a família seja, muitas vezes, o núcleo que se mantém próximo da pessoa que adocece, não podemos de forma alguma tomar isto como uma premissa preditiva de serem as famílias os únicos cuidadores e responsáveis pela resposta habitacional à pessoa doente.

Ao pensarmos na doença mental e em particular naquela sobre a qual o nosso trabalho se debruça, a esquizofrenia, realçamos que esta se instala maioritariamente no início da fase de vida adulta do ser humano e se arrasta no tempo. A esta fase do desenvolvimento corresponde a fase do início do envolvimento em projectos profissionais a realizar e corresponde também, na maioria dos casos, ao desejo e possibilidade de concretização de experiências de autonomia relativa à família, nomeadamente em termos habitacionais. Quando a doença se instala, este percurso é modificado e é adiada a possibilidade de concretizar alguns destes projectos.

Na reabilitação psicossocial, como já referimos anteriormente, o focus é posto na satisfação e autonomia da pessoa doente nos ambientes da sua escolha (podendo estes não passar pela coabitação família-pessoa doente). Aliás, um estudo realizado por Guterres (2002) concluiu que as pessoas com doença mental inseridos em programas residenciais exibiam valores significativamente mais elevados na sua qualidade de vida global, comparativamente com os participantes que se encontravam inseridos no seu meio familiar e estavam apoiados por um programa de dia do tipo sócio-ocupacional. A autora referiu que este resultado corroborava o de outros estudos (Brown, 1996 citado por Guterres, 2002) que observavam que em pacientes esquizofrénicos saídos do hospital psiquiátrico, a taxa de recaída dos que viviam com a família era muito maior dos que viviam sem a família ou sós. A maioria destes estudos englobou o conceito de emoções expressas de membros da família para com a pessoa com esquizofrenia. As emoções expressas nesses estudos englobavam comentários críticos, envolvimento e calor emocional excessivo.

A emotividade expressa pode ser considerada como um indicador das transacções e das modalidades de relações existentes no interior da família, relações de pendor sistémico. Assim, torna-se necessário incrementar os factores protectores, no sentido de se reduzir a taxa de recaída, diminuindo a emotividade expressa através de programas de intervenção dirigidos e efectivos. Através destes programas e conseguindo um ambiente emotivo mais adequado pela família e a valorização do papel dos progenitores no programa terapêutico, é possível estabelecer uma aliança mais bem estruturada entre os Serviços e a família e estimular positivamente a operatividade dos familiares.

No entanto é indiscutível o reconhecimento da família como um pilar importante na rede de suporte social da pessoa com doença mental (Kendall & Hammen, 1998; Gracia, 1998; Guterres, 2002). Não podemos, por isso, deixar de fazer referência às funções que o suporte social assume na vida do ser humano: função instrumental e função expressiva (Lin et al., 1986). A dimensão instrumental refere-se às relações sociais como um meio para se alcançarem objectivos ou metas, tais como conseguir um emprego ou um empréstimo. A dimensão expressiva reporta-se às relações sociais tanto como um fim em si mesmo, ou como um meio por intermédio do qual o indivíduo

satisfaz necessidades emocionais, tais como sentir-se amado, compartilhar sentimentos ou problemas emocionais, sentir-se valorizado e aceito.

No que concerne às redes sociais dos doentes mentais crónicos, vários estudos têm demonstrado que a rede social destes indivíduos é mais reduzida do que a da população em geral. De facto há escassas amizades, muito dominadas fundamentalmente pela família (Gracia, 1998). Esta rede social, além de ser pequena, encontra-se sub utilizada: as transacções com os membros das redes caracterizam-se pela assimetria e falta de reciprocidade - os doentes mentais recebem mais suporte do que proporcionam (Guterres, 2002).

Como referiu Liberman (1992 citado por Guterres, 2002), o curso volátil das desordens psiquiátricas repetidas, rouba ao doente os apoios familiares e sociais que podiam protegê-lo do stress e melhorar a sua qualidade de vida. Uma rede de apoio adequado é um componente crucial para a permanência do doente mental na comunidade.

Gracia (1998) diz-nos que a investigação tem demonstrado que os indivíduos com doença mental crónica que detenham fortes conexões com familiares, amigos e colegas de trabalho, têm menos recaídas, maiores índices de permanência e adaptação na comunidade e respondem de forma mais favorável aos tratamentos. Guterres (2002) acrescenta que as intervenções dirigidas no sentido de fortalecer e reconstruir a rede de apoio social das pessoas com doença mental, são fulcrais para a melhoria do seu bem estar e funcionamento psicossocial e para a sua adaptação à vida comunitária.

Kendall e Hammen (1998) referem a importância da rede de suporte social, entre outros factores, reforçando que a família tem um papel preponderante na reabilitação do indivíduo.

Guterres (2002), na sua investigação sobre o suporte social e qualidade de vida em pessoas com doenças mentais crónicas apoiadas por serviços comunitários concluiu, entre outros aspectos, que existia correlação positiva entre o número de pessoas do agregado familiar e a percepção que os doentes detinham da sua qualidade de vida. Estes resultados apontaram para que os participantes que mantinham mais relações

interpessoais (com a família, amigos e/ou colegas da residência) detinham mais suporte social e percebiam de uma forma mais positiva a sua qualidade de vida.

A intervenção psicossocial pressupõe a implicação efectiva do indivíduo doente no seu processo de reabilitação, considerando-o alguém com potencial de mudança, e pressupõe também a implicação dos familiares como agentes terapêuticos efectivos, integrando estes um grupo alargado de elementos que interagem com o objectivo máximo de (re)integração do doente nos ambientes da sua escolha.

Pressupõe que todos os que estão envolvidos no processo tenham informação estruturada sobre a doença e suas manifestações, que desenvolvam estratégias de *coping* e que adquiram competências de gestor de caso.

Papel da Família na Reabilitação Psicossocial

Spaniol et al. (1992, 2000) debruçaram-se sobre o papel da família na reabilitação psicossocial, assentes no pressuposto da importância desta como elemento da rede de suporte da pessoa com doença mental. Consideraram que neste processo a família pode assumir o papel de prestador de cuidados, o papel de elemento de suporte a outras famílias, de parceiro e educador dos profissionais de saúde mental, de “advogado” de defesa dos direitos do doente mental e suas famílias, bem como de colaboradores na investigação em reabilitação psicossocial.

Pais e prestadores de cuidados

Em famílias típicas, os pais ou familiares têm um papel crucial na prestação de cuidados a outros membros da família. Isto é evidente quando se trata de apoiar crianças ou jovens e estende-se aos adultos quando estes precisam de apoios especiais.

As necessidades de um adulto com doença psiquiátrica, associadas a serviços por vezes pouco eficazes, colocam muitas vezes a família no papel de principal prestador de cuidados primários (Thrurer, 1983). Este, a maioria das vezes, não é um papel de

livre escolha, mas frequentemente a família o assume e adquire conhecimentos para a prestação de cuidados nestes casos especiais (Bernheim et al, 1982 citado por Spaniol 1992, 2000). No entanto, nem todas as famílias estão igualmente equipadas para responder ao seu familiar doente, e mesmo quando o fazem acreditam que devem ser os profissionais que devem assumir o papel de principais prestadores de cuidados (Fisher et al, 1989).

Quando entendidas como parceiros, no processo de reabilitação psicossocial, as famílias podem ser um contributo importante na orientação do doente nas suas tarefas de vida diária e resolução de alguns problemas. As famílias podem ajudar na gestão da medicação e controle de efeitos colaterais, podem ajudar a providenciar oportunidades de envolvimento social ou ocupacional e a incentivar comportamentos de socialização. Podem ainda ajudar em iniciativas educacionais e vocacionais. Muitas destas sugestões são, segundo Spaniol (1992, 2000) simplesmente partes daquilo que é o papel de prestador de cuidados assumido pelas famílias. O mesmo autor refere que há comportamentos da pessoa doente mental que tornam particularmente difícil a prestação de cuidados, tais como a recusa da medicação, comportamentos bizarros, comportamento anti social e agressivo, isolamento social, problemas de higiene e aparência, comportamentos auto destrutivos. Estes problemas requerem estratégias adicionais. A família sente a necessidade de orientações precisas para fazer face a estas situações do dia a dia (Spaniol, 1987; 1988, 1992).

Os profissionais podem trabalhar com as famílias e habilitá-las para o seu papel de prestadores de cuidados, ficando estas com recursos para lidar com estas situações e partilhar os seus saberes e competências com outras famílias.

Spaniol (1992) refere que é difícil a família encontrar equilíbrio entre a independência associada à idade do seu familiar doente e o comportamento por ele assumido, sendo por vezes difícil para a família aceitar situações, como por exemplo, o doente viver sozinho.

Apesar de muitas famílias se afastarem do seu papel de prestadores de cuidados nunca acreditam que o seu familiar doente seja apoiado eficazmente por outros. Muitas famílias preferem prestar cuidados diários desde que ajudadas por um sistema de suporte comunitário (Lefley, 1990). As famílias não devem contudo ser

abusivamente usadas como recurso por forma a colmatar falhas no sistema de saúde mental.

Spaniol (1992) acrescenta que profissionais e famílias precisam de encontrar soluções conjuntamente, e que as famílias não querem ser responsáveis pelo sistema de saúde mental mas querem mudá-lo.

Elementos de suporte de outras famílias

Gartner e Reissman (1983, citados por Spaniol, 1992) escreveram acerca da importância da auto ajuda e da ajuda mútua nos familiares de doentes mentais e da criação de grupos de famílias que apoiam os seus membros e promovem o papel de defensores dos direitos e de educadores. Famílias em situação idêntica compreendem a dor que os outros sentem, sendo esta uma compreensão necessariamente diferente da dos profissionais, que podem, no entanto, contribuir para o assumir deste papel pelas famílias promovendo espaços para encontros e incentivando o seu envolvimento activo.

Porque as pessoas se sentem vulneráveis e sozinhas, as famílias precisam de ser ouvidas num ambiente não culpabilizante. Através destes grupos, as pessoas desenvolvem recursos para lidar com o seu familiar doente, validam as suas experiências e aumentam as suas competências para lidar com a situação. Mesmo quando não encontram resposta, as famílias aprendem a viver melhor com aquilo que não podem mudar e discutem com os pares os seus papéis na reabilitação psicossocial do seu familiar doente. Estes grupos proporcionam um espaço para divulgação de informação, ajuda mútua, ensino/aprendizagem de estratégias adaptativas, *empowerment*, etc.

Os grupos de ajuda mútua, embora ainda em número reduzido entre nós, têm tido um crescimento exponencial na última década. Exemplificando algumas das organizações de famílias a nível mundial, referimos a *Unité Nationale des Amis et des Familles des Malades Mentaux*, em França desde 1963, a *National Schizophrenia Fellowship*, no Reino Unido, a *Ypsilon* na Holanda, a *Confederacion Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales* e a *Federacion de Uuskadi de Asociaciones de Familiares y Enfermos Psicicos*, em Espanha.

Em Portugal no ano de 1998, no sentido de promover um maior trabalho de parceria com os familiares no processo de reabilitação psicossocial, a AEIPS organizou um Curso de Formação de Famílias de Doentes Mentais, com a colaboração da Dra Joanne Riebschleger, da Central Michigan University, EUA. A boa receptividade desta iniciativa levou a que, em 2003, fosse realizado um segundo seminário de formação, na Fundação Calouste Gulbenkian. Estes Cursos incentivaram o desenvolvimento de grupos de ajuda mútua de familiares e da rede nacional de pais e irmãos de pessoas com doença mental.

Foi recentemente criada, no nosso país, a Federação Nacional das Associações de Famílias Pró Saúde Mental, que editou em 2003 o Guia para familiares de doentes Mentais resultante da tradução e adaptação do guia elaborado pela Asociación Pro Salud Mental "La Frontera".

Nos E.U.A., a *Parents of Adult Schizophrenics* e a *National Alliance for the Mentally ill* são exemplo de grandes organizações deste tipo.

A proliferação de associações de familiares de doentes mentais graves está associada a diversos factores. Por um lado à insatisfação face aos serviços e uma relação ambivalente com os próprios técnicos de saúde mental (Levy, 1981; Biegel et al, 1995), por outro às organizações poderem representar substitutos para as famílias alargadas cada vez mais escassas na nossa cultura e nos nossos dias.

O guia para familiares de doentes mentais, editado pela Federação Nacional das Associações de Famílias Pró Saúde Mental, refere que "a família é o meio envolvente mais próximo do doente mental e em muitos casos aquele em que ele convive. A experiência demonstra quão difícil se apresenta esta convivência e como se vão deteriorando as relações, que dessa maneira não contribuem para uma melhoria do processo da doença e em muitas ocasiões podem ser desencadeantes de crises que acabam em internamentos compulsivos, por sua vez deteriorantes da relação...ao longo destes anos de reforma psiquiátrica, a comunidade científica tem valorizado cada vez mais o papel dos cuidadores informais que a rede sócio familiar do doente mental desenvolve, para possibilitar a sua reabilitação e real integração. Este processo gerou por sua vez novas necessidades no seio das famílias, as quais sem o apoio

suficiente, têm de enfrentar uma árdua tarefa....por diferentes circunstâncias, ocorre que a intervenção das equipas de saúde mental dirigida às famílias fica a meio caminho, pelo que elas reclamam sempre uma maior atenção. É este o motivo porque se foram criando as associações de familiares e amigos de doentes mentais. Surgiram como saudável reacção colectiva, que leva as pessoas a agrupar-se com outras que vivem circunstâncias similares, no sentido de encontrar novas alternativas de vida, face e apesar da doença mental" (FNAFSAM, 2003, pág 22-23)

Para além destes aspectos, estes movimentos devem ser tomados como forma de participação activa na definição das políticas de saúde pública, por parte dos cidadãos conscientemente empenhados.

Parceiros e educadores

Spaniol (1992, 2000) refere que a família conforme experimenta menor culpabilidade e se torna mais assertiva, desenvolve um crescente interesse em trabalhar mais próximo com profissionais especializados. O conhecimento que a família detém é uma fonte de conhecimento importante no processo de reabilitação (conhecimento sobre as reacções do familiar doente ao stress, forças e fraquezas do doente, reacções do familiar doente às intervenções do sistema de saúde mental) quando acumulado aos conhecimentos dos profissionais.

São também as famílias que, ao partilharem com os profissionais a forma como vivem a experiência do seu familiar, os confrontam com crenças negativas, que eles por vezes têm, tornando assim os profissionais mais hábeis para lidar com outras famílias.

Podem dar também contributos valiosos para planeamento de novos programas ou modificação de outros já existentes.

Defensores activos dos direitos do doente mental e da sua família

As famílias reconhecem que os profissionais e legisladores, mesmo aqueles envolvidos e sensíveis à problemática da doença mental, têm os seus próprios interesses a proteger e não podem falar pela família ou pelo doente.

As famílias, através das suas organizações, vêm a assumir um papel cada vez mais importante na mudança do sistema de saúde. Podemos apontar como exemplo, em Portugal, a petição à Assembleia da República para participação dos medicamentos ou a participação activa em congressos onde as conclusões destes são entregues a diferentes entidades e espelham as necessidades das famílias e dos doentes mentais.

Quando as famílias sentem que a sua força está a ajudar a mudar o sistema, sentem confiança e esperança para continuar a lutar pelas coisas que acreditam, por forma a melhorar as suas vidas e a dos seus familiares doentes (Spaniol, 1992, 2000).

Investigadores e objectos de investigação

Apesar dos avanços dos últimos trinta anos, o conhecimento profissional da experiência das famílias face à doença mental ainda é reduzido. Spaniol (1992, 2000) salienta que nos Estados Unidos as famílias têm uma importância relevante em termos de envolvimento e desenvolvimento de projectos de investigação.

Este papel de investigador é ainda incipiente na realidade do nosso país. Na maioria dos trabalhos de investigação nesta área, as famílias assumem o papel de participantes sendo elas o objecto de estudo. Spaniol (1992) alerta para o facto de, por vezes, as famílias terem medo de colaborar em investigações por receio de que estas venham potenciar os mitos relativos às famílias dos doentes mentais.

Relativamente a estes diferentes papéis, possíveis de serem assumidos pela família no processo de reabilitação psicossocial do seu familiar doente, Spaniol et al (1992, 2000) referem que os profissionais podem assumir estratégias importantes para fomentar e/ou sustentar a participação activa da família, nomeadamente:

- clarificar papéis (negociando e clarificando com a família os diferentes papéis),
- trabalhar como uma equipa (desenvolvendo estratégias na equipa para que profissionais e familiares trabalhem como parceiros),
- adoptar abordagens educacionais,
- incluir os familiares no planeamento e monitorização da abordagem reabilitativa,
- aprender a responder às necessidades e sentimentos intensos da família,
- promover espaços e recursos para grupos de suporte,
- focalizar a sua abordagem na força da família,
- conhecer as crenças da família,
- desenvolver mecanismos de apoio para a equipa e profissionais,
- clarificar as suas limitações e competências junto da família.

Modelos Psicossociais de Intervenção com as Famílias

Nas últimas décadas têm aparecido modelos de intervenção que pretendem ajudar as famílias, enfatizando o papel positivo que estas podem ter na reabilitação e prevenção de recaídas dos doentes mentais. Os resultados dos programas, usados nestes modelos, têm incluído a diminuição do stress familiar e, por conseguinte, a redução do número de recaídas do paciente (Goldstein et al., 1978 citado por Rodriguez, 2002; Winefield & Harvey, 1993).

Nestes modelos a família não é considerada como causa ou responsável pela doença psiquiátrica, antes as suas respostas são entendidas como reacções perante os sintomas e características do familiar doente, desenvolvendo diferentes tipos de adaptação à forma de lidar com a situação, que podem ir desde a hostilidade à super-protecção.

Estas perspectivas enfatizam o papel essencial que a família tem no cuidado e suporte da pessoa com doença mental, reconhecem a necessidade de informação, orientação e apoio e facilitam a comunicação e resolução de problemas. Rodriguez (2002) salienta que as estratégias psico educacionais e de intervenção psicossocial com as famílias se converteram numa ferramenta de trabalho importante na atenção comunitária da pessoa com doença mental e na reabilitação psicossocial.

As possíveis intervenções, considerando a melhoria da prática clínica e o planeamento dos serviços de saúde mental, devem visar a prevenção da quebra das relações familiares (e da fragmentação da rede de suporte social), assim como o aumento dos laços entre técnicos, familiares e doentes (Kartsching, 1989).

Barrowclough e Tarrie (1992) referem-nos que, durante a última década se têm desenvolvido métodos psicológicos para lidar com os sintomas e outras consequências da esquizofrenia. Uma área importante tem sido o trabalho com as famílias e utentes, que tem demonstrado que o risco de recaída pode ser reduzido e a qualidade de vida do doente e da família aumentada através da intervenção psicossocial.

Algumas propostas têm-se desenvolvido nesta área, quer internacionalmente quer ao nível nacional. Entre estas salientamos o aparecimento de serviços de apoio preferencial aos familiares, através de internamentos breves programados, da pessoa doente, de forma a aliviar periodicamente a sobrecarga dos familiares (Geiser et al., 1988; Theis et al, 1994) ou a criação de equipas móveis de técnicos, providenciando apoio domiciliário em situações de crise (Francell et al, 1988).

Salientamos, também, a abordagem das consequências da doença mental para os familiares da pessoa doente, ajudando os prestadores a reconhecerem as suas próprias necessidades assim como a aceitarem a situação e a fazerem "luto" da mesma. Têm sido desenvolvidas modalidades terapêuticas específicas, a nível individual, de grupo ou familiar (na linha dinâmica, sistémica ou cognitivo comportamental). As medidas de informação e educação, o ensino de resolução de problemas e de estratégias de *coping* relativamente a sintomas e comportamentos têm-se mostrado de relevante importância na intervenção psicossocial com famílias de pessoas com doença mental (Raj et al, 1991).

O *focus* de intervenção com as famílias no âmbito da reabilitação psicossocial incide em dois pontos: o primeiro nas respostas às necessidades que a família apresenta pelo facto de ter um familiar com doença mental e o segundo, nos pressupostos do modelo de vulnerabilidade e emoção expressa.

Como resultado do estudo das necessidades das famílias de pessoas com doença mental, Spaniol e Zipple (1984) consideraram que estas se poderiam agrupar em cinco grandes áreas: informação sobre a doença, aconselhamento sobre o manejo da sintomatologia psiquiátrica, aconselhamento no manejo dos problemas decorrentes do tratamento e toma da medicação, orientação sobre os problemas de comportamento e aconselhamento para manejo do stress familiar.

Rodriguez (2002) salienta que os modelos psicossociais de intervenção com as famílias de pessoas com doença mental se afastam das linhas psicoterapêuticas clássicas e não têm como objectivo a cura mas sim a melhor adaptação possível à doença mental e suas consequências. Estes modelos integram uma série de componentes:

- Assumem uma contribuição biológica, relacional e de desenvolvimento na etiologia da esquizofrenia e consideram o trabalho com as famílias um aspecto complementar da ampla abordagem à doença.
- Partem de uma aproximação positiva e de colaboração e consideram a família como parceiro na reabilitação do doente mental.
- Centram-se na abordagem dos problemas actuais e quotidianos.
- Consideram o tratamento farmacológico como um factor de protecção mas não único de evitar recaídas. Têm também em conta aspectos como a melhoria da comunicação intrafamiliar e diminuição do stress familiar
- Têm enfoque educacional (dando informação à família sobre a doença)

Os objectivos gerais dos diferentes programas são: diminuir a frequência das recaídas, conseguir que a pessoa com doença mental atinja o seu melhor nível de funcionamento social e ocupacional, reduzir a sobreestimulação do ambiente natural da pessoa com doença mental, ajudar e apoiar as famílias diminuindo o stress familiar, melhorar as competências dos familiares para enfrentar os problemas e clarificar a comunicação intrafamiliar. Marsh (1996) refere que os programas de intervenção com as famílias devem não só reduzir a sobrecarga e peso familiar como também aumentar a resiliência da família.

Rodriguez (2002) salienta diferentes modelos de programas familiares (fig 1): os modelos baseados no internamento, dos quais são exemplo a terapia familiar orientada para a crise e a intervenção familiar comportamental, os modelos baseados na informação dos quais constituem exemplo os grupos psicoeducacionais de famílias, os modelos baseados no apoio e as abordagens globais que incluem a intervenção familiar para redução da emoção expressa e a terapia multifamiliar .

Modelo	Marco Teórico	Objectivos	Metodologia de Intervenção
Terapia familiar orientada para a crise (Goldstein)	Intervenção na crise. Estudos que demonstram que o período imediatamente após a alta hospitalar é o de maior perigo de recaída.	Identificar factores stressantes e antecipá-los. Desenvolver estratégias de evitamento de stress para prevenir recaídas.	Sessões conjuntas com família e doente. Doentes de 1º e 2º surto. Duração breve, aproximadamente seis semanas, após alta hospitalar.
Intervenção familiar comportamental (Fallon, Liberman)	Modelo de stress-vulnerabilidade-afrontamento-competência. Procedimentos de modificação de comportamentos, condicionamento operante e aprendizagem social.	Melhorar conhecimentos sobre a doença. Melhorar a comunicação familiar. Desenvolver estratégias de resolução de problemas.	Análise funcional. Sessões conjuntas com família e doente. Sessões uni e multifamiliares. Duração aproximada de um ano. Fomenta-se a participação dos familiares em associações e grupos de auto ajuda.
Psicoeducação familiar (Anderson, Hogarty, Reiss)	Teoria da vulnerabilidade. Emoção expressa e comunicação desviada.	Desenvolver expectativas realistas na família. Exigências progressivas. Fixar os limites inter e intrafamiliares. Melhorar a comunicação. Evitar o isolamento social da família.	Fases: 1. Estabelecimento da aliança terapêutica. 2. Treino de competências de sobrevivência. Fase psicoeducativa só com as famílias. 3. Reintegração do doente na vida normal, sessões familiares com o doente e família. 4. Terapia familiar e sessões de apoio.
Intervenção familiar para redução da EE (Leff, Vaughn)	Trabalhos sobre emoção expressa.	Diminuição de EE. Diminuição do tempo de contacto familiar.	Sessões psicoeducativas. Grupos de familiares de alta e baixa EE. Sessões de terapia familiar individual.
Terapia multifamiliar (McFarlane)	Teoria Geral dos Sistemas. Estudos sobre emoção expressa, comunicação desviada, isolamento social, estigma e sobrecarga.	Prevenção das recaídas redução da EE, das disfunções na comunicação, redução do estigma e da sobrecarga. Melhorar o funcionamento psicossocial (diminuir os padrões interactivos de dependência). Criação de uma rede social organizada.	Grupo fechado de longa duração (2-3 anos). Familiares e doentes conjuntamente. Fases de intervenção: 1. Reunião de grupo com contactos prévios para avaliação. 2. Coesão grupal: sessões psicoeducacionais e de resolução de problemas. 3. Ampliar a rede social da família: fomentar relações entre as diferentes famílias.

Figura 1 – Modelos de intervenção psicossocial In. Rodriguez (2002)

Envolvimento da Família na Reabilitação Psicossocial

Biegel et al. (1995) referem que são frequentes a expressão de insatisfação, por parte dos familiares, com os serviços de saúde mental e a relação ambivalente, entre a família e os profissionais. Os autores salientam que os familiares se queixam da pouca disponibilidade dos profissionais.

Lefley (1990 citado por Guterres 2002) sublinhou que alguns dos stresses mais graves são os provocados por comportamentos inadequados do pessoal dos Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental, por atribuírem enorme responsabilidade à família. Existe, por vezes, uma incapacidade, do pessoal que presta assistência, de fornecer informação e suporte, e de compreender e valorizar as dificuldades de trabalho suportadas pela família. Pode existir também falta de comunicação com a família ou não facilitação do acesso ao tratamento hospitalar nem ao apropriado tratamento ambulatorio (sem planificação de tratamento e sem um profissional de referência a quem a família se possa dirigir).

É de salientar a importância da opinião dos familiares ou outras pessoas próximos da pessoa com doença mental, como indicador de resultados da qualidade dos cuidados prestados e como contribuição valiosa para o planeamento e monitorização de programas.

Xavier (1999), ao referir-se aos resultados de satisfação de uma amostra de pessoas com doença mental, salienta que estas se encontram insatisfeitas com as questões relativas à informação recebida e ao envolvimento familiar promovido pelos profissionais. As pessoas com doença mental encontravam-se insatisfeitas com a informação recebida acerca do diagnóstico e possível evolução da doença, assim como com o auxílio fornecido aos familiares com o objectivo de melhorar a sua compreensão sobre os problemas do doente. O autor realça que estes resultados são sobreponíveis aos das dimensões que habitualmente recolhem os níveis mais elevados de insatisfação por parte dos familiares das pessoas com doença mental.

Ao contrário dos estudos anteriormente referidos, Xavier (1999), na sua investigação, conclui que os familiares da sua amostra se encontravam satisfeitos com o auxílio prestado pelos profissionais de saúde, familiares e amigos, com particular relevo para a ajuda prestada pelos médicos. O autor salienta que, apesar da aparência favorável dos resultados obtidos, não se pode esquecer que a satisfação com a ajuda recebida está condicionada pelo nível prévio de expectativas e ao se centrar na magnitude elevada do peso subjectivo, refere não ser difícil de aceitar que existirão provavelmente muitas necessidades, por parte dos familiares, sem resposta dos serviços, as quais poderiam estar, segundo o autor, convenientemente cobertas através da implementação de intervenções psicoeducacionais e de participação em grupos de suporte.

Reis (2004) refere que não é fácil implementar uma unidade de intervenção familiar num serviço de saúde mental, salientando a baixa percentagem (30%) de famílias que aderem a estes programas. Esta percentagem, segundo o autor, pode dever-se entre outras razões, ao desconhecimento que muitas vezes os familiares têm dos objectivos do serviço, ao estigma da doença mental (pois poderão pensar que ao frequentarem as sessões de famílias também eles estão a ser considerados doentes mentais), bem como a acessibilidade aos serviços que se pode apresentar como um obstáculo real difícil de ultrapassar.

Estudando a temática da família e do seu envolvimento no processo de reabilitação do seu familiar doente, Barrer (1988 citado por McNeill, 1997) classifica a família em quatro possíveis sistemas familiares que se baseiam na dimensão do suporte⁴ e do envolvimento⁵. Esquematiza o seu modelo através de uma tabela de duas entradas, em que na horizontal coloca a dimensão “suporte” e na vertical a dimensão “envolvimento” e cruza as duas dimensões obtendo assim o desenho dos quatro sistemas familiares (fig. 2).

⁴ Suporte é entendido pelo autor como o apoio dado ao familiar doente no sentido de suportar decisões tomadas pelo familiar e indicações da equipa. O autor considera este aspecto fundamental para o efectivo envolvimento da família na reabilitação do seu familiar doente.

⁵ Envolvimento é entendido pelo autor como um conceito lato que engloba proximidade física e emocional relativamente ao doente e à equipa que está a prestar cuidados.

	Suportante	Não suportante
Envolvida	Envolvida Suportante	Envolvida Não suportante
Não envolvida	Não envolvida Suportante	Não envolvida Não suportante

Figura 2 - Modelo de envolvimento e suporte familiar de Barrer's (1988 citado por McNeill, 1997)

Embora este modelo tenha sido concebido no estudo das famílias de pessoas com incapacidades físicas adquiridas, inseridas em programas de reabilitação, a evidência dos estudos sobre o funcionamento familiar, quando um dos membros da família sofre de uma patologia crónica e necessita de um processo de reabilitação longo, tem mostrado que o processo de adaptação da família e a importância do envolvimento desta, tem grandes analogias entre os familiares de doentes inseridos em programas de reabilitação física e os familiares de doentes inseridos em programas de reabilitação psiquiátrica.

Segundo o modelo de Barrer's, a família pode ser caracterizada como envolvida e dando suporte, não envolvida mas dando suporte, envolvida e não suportante e não envolvida e não suportante.

Barrer's nota que os membros de um sistema familiar envolvido e suportante, colocam questões sobre o tratamento profissional e parecem seguir as recomendações do tratamento, são pacientes e simpáticos e assumem a responsabilidade que lhes é delegada no tratamento do seu familiar. Todavia as famílias envolvidas e que fornecem suporte podem ser super protectoras, contribuindo para que o doente se torne muito dependente. Os familiares que estão incluídos neste sistema familiar podem também envolver-se excessivamente no tratamento e atingir o *burnout*.

Os familiares que integram o sistema familiar dos não envolvidos mas que fornecem suporte, tipicamente permitem aos outros tomar decisões e mostram normalmente uma "fé cega" na equipa de reabilitação. Apesar de encorajarem o doente a ser independente, seguem com pouca frequência as recomendações da equipa. Neste

sistema familiar tende a haver um líder pouco eficaz que é pobre na atenção às sessões e relutante a discutir assuntos relativos à dinâmica familiar e emocional da família.

De acordo com Barrer's, os familiares que se integram no sistema familiar dos envolvidos e não suportantes são o desafio maior para a equipa de reabilitação. Confiam pouco nos profissionais, têm expectativas irreais acerca das capacidades do familiar e mostram hostilidade. Tendem a não comunicar abertamente e de forma clara com a equipa de reabilitação. Algumas vezes mudam os familiares de um programa de reabilitação para outro, focalizam e realçam as incapacidades físicas e mantêm uma expectativa pouco realista de que o familiar pode recuperar para um estado melhor do que o anterior à situação que o conduziu ao programa de reabilitação.

Por fim, as famílias que integram o sistema familiar caracterizado pelo não envolvimento e não suporte, não querem nenhuma responsabilidade colocada sobre eles e distanciam-se emocionalmente do familiar doente. Não seguem as recomendações de tratamento e podem até abandonar o doente e qualquer responsabilidade de cuidados facilitadores da reabilitação.

O estudo do envolvimento das famílias permite compreender o papel desempenhado pelos familiares na reabilitação e foi com este objectivo que McNeill (1997) desenvolveu uma escala de avaliação do envolvimento da família na reabilitação, baseado no modelo de Barrer's – *The family Involvement Assessment Scale (FIAS)*, instrumento este usado no nosso estudo.

A propósito da reconhecida importância que o envolvimento efectivo do doente, da família, dos técnicos e da comunidade em geral assume na melhoria da qualidade de vida da pessoa doente e daqueles que com ela interagem, Reis (2004) refere que, na reabilitação psicossocial, os técnicos devem adoptar uma atitude pró-activa, ter capacidade de trabalhar em equipa, revelar uma atitude não recriminativa e serem capazes de trabalhar em parceria com as famílias. Conclui então que os resultados da intervenção familiar, como a redução das recaídas e dos internamentos, menor tempo de internamento, melhor integração social e familiar dos doentes, atestam a sua importância enquanto tratamento complementar das pessoas com esquizofrenia a ser

integrado no arsenal terapêutico desta doença que tantos recursos e verbas exige para o seu tratamento.

Melhores serviços de acordo com as necessidades dos prestadores de cuidados, significam melhor prevenção primária para estes e melhor prevenção secundária e terciária para a pessoa doente (Reinhard, 1994).

METODOLOGIA

Enquadramento da Problemática em Estudo/ Questões Orientadoras

Na sequência dos designados movimentos de desinstitucionalização, muitos dos doentes mentais que estavam internados em grandes instituições psiquiátricas foram devolvidos às suas famílias.

Nas últimas décadas assistimos a uma mudança de paradigma relativamente à família e à doença mental, abandonando-se o velho paradigma onde a família era considerada como agente patogénico e factor causal de doença mental para o novo paradigma em que a família passa a ser considerada como um dos importantes pilares na rede de suporte social do doente mental e um aliado importante no processo de recuperação, reabilitação e reinserção. São vários os estudos que consideram a família um dos agentes fundamentais na recuperação e reintegração dos doentes mentais.

Kendall e Hammen (1998) referem a importância da rede de suporte social, entre outros factores, reforçando que a família tem um papel preponderante na reabilitação do indivíduo.

Assim consideramos pertinente debruçarmo-nos sobre o estudo das famílias dos doentes psicóticos, famílias estas que perante uma doença grave e por vezes irreversível passa também ela por um processo mais ou menos moroso entre as fases de negação, depressão e finalmente a adaptação.

Martins (1991) refere-nos que vários estudos foram realizados para a compreensão da complexidade deste processo, pelo qual a família do doente com esquizofrenia está sujeita desde os primeiros sintomas até à compreensão, aceitação e equilíbrio.

Todo este processo, bem como as crenças, a atribuição causal, a representação da doença mental, influenciam necessariamente a forma como o familiar se relaciona, se envolve no processo de reabilitação do seu familiar doente e como suporta este processo.

Dentro do largo espectro de doenças mentais, a nossa escolha ao ter recaído sobre as famílias de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia teve por base o facto de a esquizofrenia ser a doença mental que comporta em si um maior grau de cronicidade. Logo, as pessoas com este diagnóstico são, em termos gerais, as que mais exigências colocam às suas famílias.

Durante a última década tem-se desenvolvido métodos psicológicos para lidar com os sintomas e outras consequências da esquizofrenia. Uma área importante tem sido o trabalho com as famílias e utentes, que tem demonstrado que o risco de recaída pode ser reduzido e a qualidade de vida do doente e da família aumentada através da intervenção psicossocial. Assim, o nosso estudo recai sobre as famílias de doentes psicóticos inseridos em programas de reabilitação psicossocial.

O interesse pela temática em estudo surge na sequência da experiência clínica com doentes psicóticos e do trabalho em equipas que têm como modelo de referência o modelo de reabilitação psicossocial, considerando a reabilitação psicossocial como um processo onde o utente, a família, os técnicos e os agentes da comunidade interagem por forma a que sejam desenvolvidas competências e recursos que permitam a inserção ou reinserção com sucesso e satisfação do doente nos ambientes da sua escolha.

A observação empírica, durante a nossa experiência profissional, revela-nos famílias com diferentes níveis de envolvimento neste processo, onde nos confrontamos com famílias colaborantes, famílias menos crentes na competência técnica e no potencial reabilitativo do seu familiar até famílias que nunca nos chegam e que somente os dados processuais ou os relatos dos utentes nos fornecem elementos para saber que elas existem.

Das famílias que comparecem aos serviços também nos confrontamos com as que se sentem competentes para lidar com a nova situação, outras que pedem desesperadamente ajuda e outras que aparentemente negando a ajuda disponibilizada continuam a aparecer.

O objectivo do nosso estudo é perceber como é que um grupo de famílias de indivíduos adultos com diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia concebe a doença mental, o processo de reabilitação do seu familiar doente e também qual a sua percepção sobre si próprio enquanto familiar de um doente mental. Ao mesmo tempo avaliamos a percepção que os técnicos desses mesmos utentes têm sobre o envolvimento do familiar no processo de reabilitação.

Desta forma propomo-nos estudar a existência de possíveis relações entre estas variáveis por forma a delinear algumas directrizes para a prática clínica na área da reabilitação psicossocial da doença mental, concretamente em relação a este pilar fundamental do processo, a família como elemento da rede de suporte.

Questões orientadoras

- Qual a percepção que os familiares dos doentes mentais têm de si próprios ? Especificamente , que qualidade e força são atribuídas a si próprio?
- Qual a percepção que os familiares dos doentes mentais têm da doença mental? Especificamente , que qualidade e força são atribuídas à doença mental?
- Qual a percepção que os familiares dos doentes mentais têm do processo de reabilitação? Especificamente , que qualidade e força são atribuídas ao processo de reabilitação psicossocial?
- Qual o nível de envolvimento das famílias dos doentes mentais no processo de reabilitação?
- Será que existe relação entre a percepção que a família tem de si própria, da doença e do processo de reabilitação e o seu nível de envolvimento no processo de reabilitação?

- Será que o envolvimento familiar na reabilitação depende do grau de parentesco com o familiar doente?
- Será que existem diferenças entre o envolvimento de familiares do sexo feminino e familiares do sexo masculino, no processo de reabilitação?
- Será que existem diferenças entre familiares que pertençam a grupos de famílias e familiares que não pertençam a grupos de famílias ao nível do envolvimento na reabilitação?
- Será que existe relação entre os anos de evolução da doença e o envolvimento familiar na reabilitação?

Desenho e Tipologia do Estudo

Trata-se de um estudo observacional/descritivo, pelo facto de ser realizado através da recolha, registo e análise de dados do objecto da investigação (famílias dos doentes mentais) para a obtenção do objectivo de estudo proposto, com características exclusivamente exploratórias. Trata-se de um estudo transversal, sendo os dados recolhidos numa realidade específica num único momento e correlacional (relacionando as variáveis percepção de si, percepção da doença mental e percepção da reabilitação com o envolvimento no processo de reabilitação).

População Alvo

Familiares de indivíduos adultos com diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia, envolvidos em programas de reabilitação.

População Estatística ou Amostral

Foi efectuada uma amostragem estatística, por conveniência, de 20 familiares de doentes com diagnóstico de psicose esquizofrénica, atendidos em serviços psiquiátricos que têm como objectivo a reabilitação psicossocial dos seus utentes. Os serviços onde foi recolhida a amostra foram a Unidade de Dia do Departamento de Psiquiatria do Hospital S. Francisco Xavier, a Associação Persona e o Departamento de Psiquiatria do Hospital Garcia de Orta

A selecção dos técnicos para preenchimento da escala de envolvimento do familiar na reabilitação teve por base o conhecimento ou relação preferencial com o utente.

A selecção das amostras obedeceram a critérios de inclusão previamente definidos:

Para o grupo das famílias:

- Ser familiar de um adulto com diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia com pelo menos 2 anos de evolução da doença.
- Viver com o familiar doente
- O seu familiar estar a ser atendido em Serviços de Reabilitação Psicossocial

Para o grupo dos técnicos

- Ser o técnico de referência do utente
- Acompanhar o utente há pelo menos 6 meses

Características Gerais dos Serviços onde Decorreu o Estudo

Unidade de Dia do Departamento do Psiquiatria do Hospital S. Francisco Xavier – Valência que dá resposta a doentes pertencentes à área atendida pelo Departamento (população dos concelhos de Oeiras e Cascais), integra uma equipa constituída por uma terapeuta ocupacional, um psicólogo, uma enfermeira e uma auxiliar. Com lotação para 20 doentes, orientada pelos princípios da reabilitação psicossocial desenvolve actividades dirigidas ao plano individual de reabilitação dos doentes que integram o serviço. Tem organizado um grupo de famílias, de cariz psicoeducacional e suporte para familiares de doentes que estão a ser atendidos no serviço ou já estiveram no passado.

Associação Persona – Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), a funcionar com a valência de fórum sócio-ocupacional (equipamento destinado a prestar assistência a indivíduos com desvantagem transitória ou permanente, de origem psíquica, com o objectivo de promover a sua reinserção social e familiar ou uma possível integração em programas de formação ou emprego) e residência protegida.

A área de intervenção da Persona inclui a área do Departamento de Psiquiatria do Hospital Nossa Senhora do Rosário – Barreiro, Moita; Montijo e Alcochete.

Na altura do estudo a Persona dava apoio a 15 doentes que frequentavam as actividades terapêuticas previstas no programa de reabilitação, elaborado segundo as necessidades individuais de cada utente.

Paralelamente às actividades desenvolvidas directamente com os utentes está desenvolvido um grupo de ajuda mútua para famílias, com encontros mensais, onde se enfatiza a interacção pessoal e o assumir de responsabilidades pelos seus membros.

As actividades da associação são asseguradas por uma equipa constituída por uma psicóloga clínica, uma técnica superior de serviço social, uma psicopedagoga, uma administrativa, uma auxiliar e um animador sócio cultural a tempo parcial.

Departamento de Psiquiatria do Hospital Garcia de Orta – atende população pertencente ao concelho do Seixal .

A população deste concelho é atendida em situações de internamento no Hospital Miguel Bombarda e pela equipa do Garcia de Orta na consulta externa. O tipo de assistência oferecido consiste essencialmente na consulta de psiquiatria e consulta de psicologia.

No ano de 2000 foi realizado um estudo no Hospital Miguel Bombarda, nas enfermarias dos doentes provenientes do concelho do Seixal ,que revelou que os doentes no pós alta, não conseguiam lidar com as exigências da vida quotidiana agravando por um lado as suas limitações e por outro aumentando os internamentos. Surge assim o Programa de Intervenção Psicossocial do Seixal, dirigido a pessoas com doença mental, com vista a possibilitar uma melhor integração social e conseqüentemente uma vida mais saudável.

Os familiares da nossa amostra são familiares de doentes atendidos neste programa. Os objectivos do programa são o desenvolver competências de desempenho individual necessárias à satisfação das necessidades da vida quotidiana, criar um sistema de recursos do meio que proporcionem aos indivíduos o desenvolvimento do seu potencial e a satisfação das necessidades básicas e contribuir para a redução do estigma e melhorar a aceitação do doente mental, por parte da comunidade.

A equipa que está integrada neste projecto é constituída por uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional e um psicopedagogo que dão resposta a uma média de 15 utentes/mês.

Relativamente ao trabalho feito com as famílias, este consiste em abordagem psicopedagógica em contexto individual e organização e orientação de grupos de suporte.

Variáveis em Estudo

Seleção

Variáveis sócio demográficas (familiares) – sexo, idade, profissão, agregado familiar, grau de parentesco com o familiar doente, situação de pertença a grupo de famílias e tempo de pertença a grupo de famílias.

Variáveis sócio demográficas e clínicas (doentes) – idade, duração da doença, duração da toma de medicação, internamentos anteriores, tempo de seguimento na instituição actual.

Variáveis sócio demográficas (técnicos) – idade, sexo, profissão.

Variáveis de resultados – percepção de si, percepção da doença e percepção do processo de reabilitação, suporte e envolvimento no processo de reabilitação.

Operacionalização

Sexo – variável dicotómica.

Idade – nº de anos completados no momento de inclusão na amostra.

Profissão - classificação nacional das profissões-94, que inclui nove grandes grupos profissionais: quadros superiores de administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas, especialistas das profissões intelectuais e científicas; técnicos e profissionais de nível intermédio; pessoal administrativo e similar; pessoal dos serviços e vendedores; agricultores e trabalhadores qualificados de agricultura e pescas; operários, artífices e trabalhadores similares; operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem, trabalhadores não qualificados.

Agregado familiar – foram consideradas as situações de viver só com o familiar doente, viver com o cônjuge e o familiar doente, viver com o cônjuge e mais do que um filho, viver com filhos e viver com filhos e netos.

Grau de parentesco - relação familiar com o doente.

Situação de pertença a um grupo de famílias – variável dicotómica.

Tempo de pertença a um grupo de famílias – período, em meses, decorrido entre o início da participação em grupo de famílias e altura de inclusão no estudo.

Duração da doença – período, em anos, decorrido entre o início da doença e a idade na altura de inclusão no estudo.

Duração da toma da medicação – período, em anos, decorrido entre o início da toma de medicação psiquiátrica e altura de inclusão no estudo.

Internamentos anteriores – número total de internamentos completos até à data de inclusão no estudo.

Tempo de seguimento na instituição actual – período, em meses, decorrido entre a admissão no actual serviço e data de inclusão no estudo.

As restantes variáveis (percepção de si, percepção da doença e percepção do processo de reabilitação, suporte e envolvimento no processo de reabilitação) foram operacionalizadas através de instrumentos padronizados.

Caracterização da Amostra

Relativamente às características da nossa amostra em estudo (anexo 1), as tabelas 1 e 2 sintetizam os dados relativos às variáveis previamente definidas para caracterização dos familiares.

Tabela 1 - Caracterização das famílias em estudo: percentagem e frequência das variáveis de caracterização (n=20)

	Frequência	Percentagem
Sexo		
Feminino	15	75.0
Masculino	5	25.0
Profissão		
Especialista de profissões intelectuais e científicas	1	5.0
Técnicos e profissionais de nível intermédio	1	5.0
Pessoal administrativo	3	15.0
Operários	2	10.0
Reformados	9	45.0
Domestica	4	20.0
Agregado familiar		
Respondente+ filho	3	15.0
Respondente+cônjuge+ filho	10	50.0
Respondente+cônjuge+ filhos	3	15.0
Respondente+ filhos	1	5.0
Respondente+ filhos+netos	2	10.0
Grau de parentesco		
Mãe	14	70.0
Pai	5	25.0
Irmã	1	5.0
Pertença a grupo de famílias		
Sim	12	60.0
Não	8	40.0

Tabela 2 - Caracterização das famílias em estudo: estatística descritiva da idade e tempo de pertença a grupo de famílias

	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Idade	61.25	10.45	32.0	77.0
Tempo de pertença a grupo de famílias (meses)	13.33	14.30	1.0	48.0

Pela análise das tabelas 1 e 2 verificamos que dos 20 familiares participantes no nosso estudo, 15 são do sexo feminino e 5 do sexo masculino, dos quais 14 são mães

mães do familiar em processo de reabilitação, uma é irmã e 5 são pais, com uma média de idades de 61.25 anos. Relativamente à situação laboral, 7 encontram-se no activo, maioritariamente com as profissões de administrativos ou operários, 9 estão reformados e 4 são domésticas. O agregado familiar é em 50% da amostra constituído por pai, mãe e filho doente, sendo que os outros 50% se distribuem por situações de viver só com o filho doente (15%), viver com o cônjuge, filho doente e outros filhos (15%), viver com filhos (5%) e viver com filhos e netos (10%).

Em relação à situação de pertencer ou não a um grupo de famílias, 12 dos participantes referiram fazer parte de grupo de famílias enquanto que 8 não estão integrados neste recurso.

A análise do tempo de pertença ao grupo de famílias permitiu-nos verificar que, dos 12 familiares que pertencem a grupos de famílias, o tempo médio de pertença é de 13,3 meses com um desvio padrão de 14.30, sendo que a variação se encontra entre o mínimo de 1 mês e o máximo de 48 meses.

Relativamente às características sócio demográficas e clínicas do familiar doente, os resultados são apresentados nas tabelas 3 e 4.

Tabela 3 – Estatística descritiva relativa ao familiar doente

	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Idade	33.75	6.76	18.0	43.0
Anos de evolução da doença	11.0	7.19	1.0	24.0
Tempo de medicação (anos)	10.35	6.82	1.0	22.0
Numero de internamentos (n=16)	2.88	2.25	1.0	10.0
Tempo de apoio da equipa (meses)	28.25	30.27	2.0	120.0

Tabela 4 - Frequência de situação de internamento do familiar doente (n=20)

	Frequência	Porcentagem
Internamentos		
Sim	16	80,0
Não	4	20,0

A análise das tabelas 3 e 4 permite-nos verificar que as nossas famílias em estudo são familiares de doentes com uma média de idades igual a 33.75 anos (variando entre um mínimo de 18 e um máximo de 43 anos), com um tempo médio de evolução da

doença de 11 anos (a variar entre 1 e 24 anos), sujeitos a medicação psiquiátrica há uma média de 10,35 anos (variando entre um mínimo de 1 e um máximo de 22 anos) e um tempo de apoio do actual serviço de uma média de 28.25 meses (variando entre 2 e 120 meses). Relativamente à história de internamentos verificamos que, dos 20 doentes, 16 já estiveram internados e nestes o número médio de internamentos é de 2.88 (variando entre um mínimo de 2 e um máximo de 10 internamentos).

Para além da amostra dos familiares tivemos também, para a concretização do nosso estudo, uma amostra de técnicos que avaliaram o nível de envolvimento dos familiares no processo de reabilitação. Salientamos que cada técnico emitiu o seu parecer relativo ao envolvimento, no processo de reabilitação, de mais do que um familiar. Assim a nossa amostra de técnicos foi constituída por 5 participantes, dos quais 1 era psicopedagogo, um era terapeuta ocupacional e 3 eram psicólogos. Dois dos técnicos pertenciam ao sexo masculino e 3 ao sexo feminino. As idades situaram-se entre um mínimo de 30 e um máximo de 38 anos, com média igual a 33 anos.

Dos 20 familiares em estudo, 15 foram avaliados quanto ao seu nível de envolvimento no processo de reabilitação por psicólogos, 1 por um psicopedagogo e 5 por terapeutas ocupacionais.

Instrumento de Recolha de Dados

Para a operacionalização do nosso estudo utilizamos dois instrumentos de recolha de dados:

- A Escala de Diferencial Semântico para avaliarmos como é que as famílias se situavam face a conceitos que remetem para si próprios, para a doença mental e para o processo de reabilitação.
- A Escala de Avaliação do Envolvimento Familiar em Doentes em Reabilitação – para avaliação do nível de envolvimento e suporte da família no processo de reabilitação do seu familiar com doença mental.

Escala de Diferencial Semântico

Desenvolvida por Osgood et al (1957, citado por Page, Paixão & Oliveira, 1998) é um método para medir o significado de conceitos, particularmente a sua dimensão mais comum, para um conjunto de pessoas. Refere-se então à medição de várias dimensões semânticas ou a diferentes tipos de significado que se reflecte no adjectivo adoptado como descritor.

No estudo de Osgood et al., em 1957, o que os autores pretendiam obter, através deste método, era uma medição objectiva das propriedades semânticas das palavras e conceitos, a qual foi solucionada com sucesso.

Para este fim analisaram factorialmente 76 pares de adjectivos opostos e encontraram 3 factores principais que designaram como factor avaliativo (*evaluative*), factor potência (*potency*) e factor actividade (*activity*).

Para os autores, o factor avaliativo identificaria fundamentalmente a qualidade boa ou má, bonita ou feia, etc. do conceito. O factor potência identificaria a força, o peso ou potência do conceito. O terceiro factor, o factor actividade, identificaria a ideia de acção, de movimento ou de actividade.

As análises factoriais realizadas para diferentes adjectivos por Osgood et al, nos Estados Unidos da América, têm merecido, com grande consistência, outras confirmações nomeadamente com populações de outros países (Jenkins et al, 1958; Maurer lane, 1973; Tzeng & May, 1975; citados Page, Paixão & Oliveira, 1998).

Alguns estudos têm, no entanto, verificado que a consistência dos três factores não é exactamente igual, sendo o factor actividade o que menor consistência tem evidenciado.

Page et al (1991, citados Page, Paixão & Oliveira, 1998), defendem que os modelos bifactoriais apresentam maior consistência.

Por esta razão, num estudo pioneiro realizado em Portugal por Page, Paixão e Oliveira (1998) sobre estas escalas, nomeadamente a sua validade factorial, em que partindo dos procedimentos adoptados por Osgood et al (1951, 1964, 1965), citado pelos

autores, se pretendia confirmar factorialmente na língua e na população portuguesa o espaço semântico de alguns pares de adjectivos. Este estudo teve também como objectivo posterior cruzar os dados com populações de outros países. Apenas o factor avaliativo e o factor potência foram cruzados (somente foram estudados os pares de adjectivos destes dois factores) mostrando os resultados uma boa estabilidade de ambos, o que vem reforçar a sua consistência. Por esta razão e pelas conclusões a que chegaram os autores, optamos, no nosso estudo, por analisar os pares de adjectivos do factor avaliativo e do factor potência.

Do factor avaliativo, fazem parte os adjectivos Bom-Mau, Doloroso-Agradável, Bonito-Feio, Nada Importante- Importantíssimo, Positivo-Negativo.

Do factor potência fazem parte os pares de adjectivos Feminilidade-Masculinidade, Sério-Engraçado, Leve-Pesado, Mole-Duro, Forte-Fraco.

Em termos formais, as escalas foram organizadas colocando o conceito que se pretende estudar no topo dos pares de adjectivos. Para cada descritor temos sete posições e os sujeitos são instruídos para colocar, de acordo com o que sentem, um (X) num dos sete espaços que separa cada par de adjectivos opostos. Cada par de adjectivos pode ser convertido em quantidades numéricas.

O exemplo, abaixo apresentado, ilustra a apresentação da escala.

PSICOLOGIA		
BOM	- - - - -	MAU
DOLOROSO	- - - - -	AGRADÁVEL
BONITO	- - - - -	FEIO
NADA IMPORTANTE	- - - - -	IMPORTANTÍSSIMO
POSITIVO	- - - - -	NEGATIVO
FEMINILIDADE	- - - - -	MASCULINIDADE
SÉRIO	- - - - -	ENGRAÇADO
LEVE	- - - - -	PESADO
MOLE	- - - - -	DURO
FORTE	- - - - -	FRACO
ACTIVO	- - - - -	PASSIVO
RÁPIDO	- - - - -	LENTO

A amplitude usada é um descritor de 7 posições, em que a média é neutra e corresponde ao valor "0" e para cada um dos extremos oscila de +3 para -3, ou de outro modo oscila entre o valor 1 e o valor 7, sendo que o valor 4 corresponde ao valor neutro.

Para Osgood et al. (1957,1971) estas escalas serviriam, então, para medir o significado conotativo dos conceitos em pontos que definiram como pontos de um "espaço semântico". Este espaço é analisado segundo uma perspectiva vectorial tridimensional. Nesta perspectiva, o factor avaliação corresponderia ao eixo "X", o factor potência ao eixo "Y" e a factor actividade ao eixo "Z". Assim, qualquer objecto conceptual, dependendo da colocação neste espaço tridimensional, poderia ser claramente definido.

Esta apresentação métrica apresenta a desvantagem de lidar com valores negativos. Para ultrapassar esta desvantagem tem sido mais usada a escala de graduação continua e positiva.

A amplitude usada no nosso estudo foi então de 7 posições, tendo as escalas sido codificadas numericamente, de forma crescente (1 para 7) ou de forma decrescente (7 para 1), para que fosse eliminado o hipotético hábito de padrão de resposta.

Respeitando a cotação da escala de Osgood et al., a primeira escala é cotada de forma decrescente (7 para 1), a segunda de forma crescente (1 para 7) e a terceira novamente de forma decrescente. A quarta (nada importante – importantíssimo) é cotada de forma crescente, a quinta de forma decrescente e a sexta de forma crescente. A sétima é cotada de forma decrescente, a oitava e a nona de forma crescente. Por fim a décima, décima primeira e décima segunda são cotadas de forma decrescente.

A excepção a esta cotação foi feita no par de adjectivos "feminilidade – masculinidade" que, de acordo com vários autores, se fez variar a cotação consoante o sexo do respondente. Se se tratava de um sujeito do sexo masculino a pontuação 7 era dada se este se posicionasse junto ao adjectivo "masculinidade", decrescendo até ao adjectivo "feminilidade". No caso do sujeito ser do sexo feminino, era precisamente o

contrário, a pontuação 7 era dada se este se posicionasse junto do adjetivo “feminilidade”.

Juntamos à escala de diferencial semântico um conjunto de questões adicionais com o objectivo de recolha de dados de caracterização do familiar respondente bem como do familiar doente (anexo 2).

Escala de Avaliação do Envolvimento Familiar em Doentes em Reabilitação

Desenvolvida por McNeill et al em 1997, designada na versão original por *Family Involvement Assessement Scale (FIAS)* e traduzida para a língua portuguesa por Oliveira em 1998, esta escala foi desenvolvida com base no modelo teórico de envolvimento da família na reabilitação de doentes com traumatismo crâneo encefálico de Barrer's (1988 citado por McNeill, 1997), considerando à partida duas dimensões: envolvimento e suporte.

Originalmente foi construída com uma população de sujeitos com traumatismo crâneo-encefálico, socorrendo-se da informação de diversos profissionais que regularmente contactavam o doente e eventualmente a respectiva família.

É uma escala que procura avaliar diferentes níveis de envolvimento familiar, dos sujeitos em processo de reabilitação, tentando assim determinar qual o papel desempenhado pelos familiares.

Permite ainda fornecer informação adicional acerca do modo como um familiar se relaciona com o paciente, no processo de reabilitação, tendo no entanto em conta que este envolvimento pode sofrer consideráveis variações durante a evolução.

A versão final deste instrumento, a qual foi sujeita a tradução para a língua portuguesa, apresentava-se com 37 itens que descreviam comportamentos dos familiares.

Para o seu preenchimento é pedido ao técnico que registe a sua percepção numa escala de likert de 4 pontos (1=nunca, 2= poucas vezes, 3=frequentemente e 4=sempre) para cada um dos comportamentos descritos.

McNeill após análise factorial da escala, identificou 3 factores (envolvimento com a equipa, envolvimento com o paciente e suporte) pelos quais os 37 itens se distribuíam. A versão original do instrumento apresenta qualidades psicométricas apreciáveis.

Tendo por base a versão original da Escala de Avaliação do Envolvimento Familiar em Doentes em Reabilitação (McNeill, 1997), a tradução e adaptação para a língua portuguesa foi elaborada por Oliveira (1998). Este processo obedeceu às etapas de tradução e adaptação de instrumentos para outra língua. Foram realizadas três traduções independentes, por profissionais de psicologia, obtendo-se depois um consenso. Posteriormente foi re-traduzida para a língua original, por um sujeito não psicólogo, tendo sido consultado o autor original para pequenos ajustamentos.

Oliveira (1998) refere-nos que esta escala poderá revelar-se um poderoso instrumento a usar qualitativamente, tendo como objectivo um melhor conhecimento do funcionamento familiar e das suas repercussões no tratamento reabilitacional, sendo usada e testada em diversos grupos populacionais com diferentes patologias.

Não havendo ainda estudos publicados onde sejam apresentados resultados do estudo psicométrico da versão portuguesa da escala e tendo nós por objectivo utilizar este instrumento na nossa recolha de dados, a par do reconhecimento do potencial do instrumento em termos de informação recolhida que permita o referido conhecimento do funcionamento familiar e das suas repercussões no tratamento reabilitativo, a nossa primeira etapa em termos de desenvolvimento do nosso trabalho de investigação prendeu-se com o estudo deste instrumento (anexo 4).

Por ter constituído uma primeira fase do nosso estudo e dando desta forma um contributo para a validação do instrumento para a população portuguesa, abrimos um subcapítulo onde apresentamos detalhadamente os resultados por nós encontrados.

Estudo das Propriedades Psicométricas da Versão Portuguesa da FIAS

Tendo como base a versão portuguesa da Escala (Oliveira, 1998), esta foi entregue a profissionais a desempenhar funções em serviços de reabilitação, solicitando que cada exemplar fosse preenchido referente a um familiar de um doente acompanhado regularmente por si.

Como tal recolhemos uma amostra de 189 exemplares da escala, preenchidos por técnicos que trabalham na área da reabilitação física e psiquiátrica e procedemos à análise factorial da versão portuguesa, com calculo do *alpha-cronbach*, para avaliação da consistência interna.

Amostra

A amostra em estudo foi constituída por 189 questionários preenchidos por profissionais dos serviços de reabilitação do Hospital de Reabilitação de Alcoitão, Hospital Garcia de Orta, Hospital de Santa Maria, Hospital Curry Cabral, Hospital de Santana, Hospital Miguel Bombarda, Departamento de Psiquiatria do Hospital S. Francisco Xavier, Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando da Fonseca, Associação Recomeço e Associação Persona.

Técnicos que participaram no estudo

Dos 189 questionários, 128 foram respondidos por terapeutas ocupacionais, 20 por fisioterapeutas, 25 por psicólogos, 5 por terapeutas da fala, 5 por enfermeiros, 4 por psiquiatras, 1 por um psicopedagogo e 1 por um técnico superior de reabilitação.

Relativamente ao sexo dos profissionais que participaram no estudo, 91.5% pertenciam ao sexo feminino e 8.5% ao sexo masculino. A média de idades situava-se nos 33.86 anos, com um mínimo de 23 anos e um máximo de 55. A média de anos de serviço dos técnicos situava-se nos 9.66, com um mínimo de 1 e um máximo de 32 anos de serviço.

Em 92.6% das situações, os técnicos exerciam funções em serviços que prestam serviço às famílias, dos quais 50.3% referiram ser apoio do tipo aconselhamento, 39.7% grupos multifamiliares de cariz psicoeducacional e 3,2% terapia familiar.

Familiares

Nos familiares, em relação aos quais foram preenchidos os questionários, o grau de parentesco com o familiar doente era em 45.5% pai/mãe, 33.3% marido/mulher, 11.6% filho/filha, 6.9% irmão/irmã, com igual percentagem de 1.1% sobrinho e procurador e 0.5% padrasto. A idade dos familiares variou entre 20 e 88 anos com uma média de 55,67 anos. 66.7% eram do sexo feminino e 33.3% do sexo masculino. 97.9% dos familiares eram de raça caucasiana e 2.1% de raça negra.

Doentes

Os doentes correspondiam em maioria (60.3%) ao sexo masculino, com idades compreendidas entre os 17 e os 92 anos (valor médio de 46.75 anos), 46% eram solteiros, 43.4% casados, 5.8 % viúvos e 4.8% divorciados. Destes doentes, 54.5% estavam inseridos em programas de reabilitação física e 45.5% em programas de reabilitação psiquiátrica.

Dos 54.5% inseridos em programas de reabilitação física, 47.6% apresentavam como diagnóstico sequelas de A.V.C, 4.2% traumatismo craniano, 1.6% parkinson e 1.1% traumatismo vertebro medular. Dos 45.5% inseridos em programas de reabilitação psiquiátrica, 39.7% tinham diagnóstico de esquizofrenia, 2.1% perturbações do comportamento alimentar, em igual percentagem de 1.1% neurose obsessivo compulsiva e perturbação afectiva bipolar e com percentagem de 0.5%, neurose fóbica, depressão e epilepsia.

O tempo de evolução da doença variava entre 1 mês e 360 meses , com uma média de 73.72 meses. De salientar que os sujeitos aos quais correspondia maior tempo de evolução da doença englobavam as situações de diagnóstico psiquiátrico (esquizofrenia) e a maioria dos casos com uma evolução mais recente correspondiam aos diagnósticos de sequelas de AVC.

O tempo médio de acompanhamento no actual serviço de reabilitação era igual a 17.33 meses, com variações entre 1 mês e 96 meses.

RESULTADOS**Média, desvio padrão, variância e correlações**

A tabela 5 mostra o valor médio de cada item que constitui a escala, assim como o respectivo desvio padrão, variância e correlação de cada item com o total.

Tabela 5 – Valor médio de cada item, desvio padrão e variância respectivos, correlação dos itens/ total – Resultados da média da escala total, do desvio padrão da escala total e da média dos mínimos e máximos (n=189)

	Média	Desvio Padrão	Variância	Correlação item-total
1	2,947	,868	,753	.637 **
2	2,815	,924	,854	-.123
3	3,180	,869	,755	.681 **
4	3,582	,636	,404	.262 **
5	3,185	,980	,960	.598 **
6	3,439	,781	,609	.381 **
7	2,566	,877	,768	.654 **
8	3,630	,677	,458	.275 **
9	2,127	,835	,697	.521 **
10	3,275	,818	,669	.399 **
11	1,931	,876	,767	.507 **
12	3,693	,620	,384	.388 **
13	2,349	,835	,697	.652 **
14	2,519	,803	,645	.654 **
15	2,265	,948	,898	.752 **
16	3,598	,713	,508	.455 **
17	2,646	,783	,613	.690 **
18	2,868	,785	,615	.413 **
19	2,984	1,074	1,154	.525 **
20	3,032	,812	,659	.132
21	2,159	,867	,751	.397 **
22	3,614	,703	,494	-.059
23	2,164	,844	,712	.609 **
24	3,497	,810	,656	.417 **
25	3,561	2,348	5,514	.260 **
26	2,788	,868	,753	.688 **
27	2,725	,868	,754	.642 **
28	2,196	,785	,616	-.677 **
29	2,868	,691	,477	.642 **
30	1,624	2,288	5,236	-.027
31	2,571	,820	,672	-.379 **
32	3,280	,906	,820	.490 **
33	2,175	,897	,804	.477 **
34	3,773	,561	,315	.140
35	2,270	,920	,847	.644 **
36	1,571	,813	,661	.410 **
37	1,788	,892	,795	.489 **
Média da escala total		103.25		
Desvio padrão da escala total		12.70		
Média dos itens Min/máx		1.89/ 3.68		

* significativo para $p \leq 0.05$

** significativo para $p \leq 0.001$

A média dos valores dos itens varia entre 1.57 (item 36) e 3.69 (item 12). Salienciamos que a escala de resposta varia entre 1 e 4, sendo que ao 1 corresponde a resposta "nunca", ao 2 "poucas vezes", ao valor 3 "frequentemente" e ao valor 4 corresponde a resposta "sempre".

Apenas quatro itens apresentam médias inferiores a 2 (item 11 – procura informação adicional sobre a doença, item 30 – evita participar na reabilitação do doente quando solicitado pela equipa, item 36 – Observa as sessões de tratamento e item 37 – participa nas sessões de tratamento).

Os itens com médias superiores são os números 34 (interrompe as sessões de tratamento do paciente), 25 (realça as incapacidades físicas do paciente como foco de tratamento e ignora ou minimiza problemas cognitivos ou comportamentais), 22 (a equipa tem conhecimento que o familiar solicita segundas opiniões sobre o tratamento), 16 (contradiz o que é dito pela equipa), 12 (critica a equipa ou o tratamento pela não recuperação), 8 (mostra os sentimentos negativos que a família sente e que são dirigidos ao tratamento ou à equipa) e 4 (queixa-se de cuidados ou tratamentos inadequados).

Em relação ao desvio padrão e variância, o item com valores mais elevados é o 25 (desvio padrão de 2.348 e variância de 5.514). O item com valores mais baixos é o item 12 (com desvio padrão de .6197 e variância de .384).

No mesmo quadro apresenta-se a correlação item/score final. O item que apresenta a correlação mais elevada é o item 15. Os itens com valores de correlação mais baixa são os itens 4, 8 e 25.

Não existe correlação estatisticamente significativa dos itens 2, 20, 22, 30 e 34 com o total.

Como se pode observar, o valor da média da escala total situa-se em 103.25 com um desvio padrão de 12.70, numa escala que pode variar entre 37 e 148. A média do valor mínimo e máximo situou-se em 1.89/3.68.

Consistência interna/ fidelidade

A consistência interna e a fidelidade da escala foi medida pela determinação do coeficiente de *alpha de cronbach*.

Tabela 6 – Resultados do coeficiente de *alpha* do estudo em análise

Item	Alpha –excluindo o item
1	,7923
2	,8173
3	,7907
4	,8042
5	,7928
6	,8011
7	,7916
8	,8040
9	,7965
10	,8005
11	,7968
12	,8014
13	,7922
14	,7925
15	,7869
16	,7992
17	,7916
18	,8001
19	,7953
20	,8084
21	,8005
22	,8122
23	,7935
24	,7999
25	,8298
26	,7905
27	,7921
28	,8284
29	,7944
30	,8480
31	,8222
32	,7972
33	,7977
34	,8067
35	,7915
36	,8001
37	,7973
Alpha da escala total	,8064

Como se pode observar pela análise da tabela 6, o índice de consistência interna e fidelidade da escala é relativamente alto.

O item que mais eleva o coeficiente *alpha* é o item 15, que caso fosse excluído baixava o *alpha* para .78.

Os itens que mais estão a prejudicar o coeficiente *alpha* são o item 30 (que se retirado subia o *alpha* para .85), o item 31 (que se retirado subia o *alpha* para .82), o item 25 (que se retirado subia o *alpha* para .83), o item 22 (que se retirado subia o *alpha* para .81) e o item 2 (que se retirado subia o *alpha* para .82).

Composição factorial

Num primeiro momento interessou-nos fundamentalmente avaliar a estabilidade da estrutura factorial obtida no estudo americano.

Assim, e numa fase inicial, realizamos uma primeira análise factorial (solução ortogonal com rotação varimax e raízes maiores ou igual a um) seguindo o critério do factor *loading* ser igual ou superior a 0.45. Obtivemos uma matriz de 3 factores que no seu conjunto explicavam 51.40 da variância, mais alta que a considerada pelo autor da escala original que se situava no 48.8.

Tabela 7 – Factores obtidos (n=189)

Item	Factor 1	Factor 2	Factor 3
1	,599		
2			,570
3	,687		
4		,610	,570
5	,815		
6		,769	
7	,628		
8		,564	
9	,651		
10		,729	
11	,531		
12		,633	,565
13	,743		
14		,696	
15	,777		
16		,744	
17		,683	
18		,703	
19	,801		
20		,455	
21	,686		
22			,572
23	,631		
24		,654	
25			
26		,666	
27	,858		
28	,661		
29	,550		
30			
31			
32		,528	
33	,677		
34			,518
35	,824		
36			
37	,550		

Pela análise da tabela 7 verificamos que os itens 25, 30, 31 e 36 devem ser excluídos uma vez que não saturam acima de 0.45 em nenhum dos factores.

Considerando a estrutura factorial da escala original e comparando os nossos resultados apuramos que o factor 1 corresponde ao factor envolvimento com a equipa (comporta a maioria dos itens da versão original) . O factor 2 compreende itens que na escala original correspondiam ao factor de suporte e ao factor de envolvimento com o utente e o factor 3 corresponde maioritariamente ao factor suporte, considerado na escala original. Salienciamos o facto de alguns dos itens saturarem em dois factores simultaneamente, facto este também ocorrido na versão original e aceite pelo autor. O factor três é composto por 5 itens, dois dos quais saturam com valores mais elevados do factor 2 .

Seguidamente calculamos o coeficiente *alpha* para cada um dos três factores, que passamos a apresentar na tabela 8.

Tabela 8 – Coeficiente *alpha* dos factores 1, 2 e 3.

Alpha – excluindo o item					
Factor 1		Factor 2		Factor 3	
item	alpha	item	alpha	item	alpha
1	,9020	4	,8876	2	,7433
3	,9008	6	,8842	4	,5983
5	,8987	8	,8909	12	,6140
7	,9021	10	,8849	22	,6933
9	,9018	12	,8858	34	,6971
11	,9054	14	,8873		
13	,8998	16	,8821		
15	,8993	17	,8860		
19	,9001	18	,8867		
21	,9044	20	,9009		
23	,9042	24	,8864		
27	,8973	26	,8885		
28	,9348	32	,8954		
29	,9064				
33	,9014				
35	,8982				
37	,9053				
Total factor 1	,9093	Total factor 2	,8960	Total factor 3	,7173
				Total factor 3 eliminando o item 2	,7433

Por verificarmos, nos resultados apresentados na tabela 8, que o *alpha* mais baixo era o do factor 3, analisamos pormenorizadamente os itens que poderiam estar a baixar a consistência interna deste factor. Assim verificamos que o item 2 prejudicava bastante o *alpha* do factor 3 e eliminando-o verificamos a subida do *alpha* deste factor para 74.33.

Passamos então a estudar os três factores em termos de confiança e validade

Tabela 9 – Correlações corrigidas item/score do factor respectivo

	R (item-factor)	R (Item-total)
Factor 1		
1	,703 **	,632 **
3	,738 **	,693 **
5	,787 **	,594 **
7	,699 **	,639 **
9	,709 **	,497 **
11	,601 **	,471 **
13	,773 **	,606 **
15	,776 **	,758 **
19	,757 **	,508 **
21	,630 **	,375 **
23	,637 **	,610 **
27	,837 **	,631 **
28	-,639 **	-,686 **
29	,557 **	,652 **
33	,720 **	,437 **
35	,806 **	,636 **
37	,607 **	,467 **
Factor 2		
4	,683 **	,361 **
6	,741 **	,439 **
8	,608 **	,339 **
10	,729 **	,434 **
12	,726 **	,495 **
14	,687 **	,689 **
16	,786 **	,526 **
17	,708 **	,726 **
18	,696 **	,472 **
20	,436 **	,149 *
24	,704 **	,479 **
26	,677 **	,719 **
32	,573 **	,522
Factor 3		
4	,829 **	,361 **
12	,851 **	,495 **
22	,663 **	-,004
34	,676 **	,237 **

* significativo para $p \leq 0.05$

** significativo para $p \leq 0.001$

Debruçando-nos sobre as correlações entre factores e entre os factores e o total é-nos possível apresentar a tabela 10.

Tabela 10 – Correlações entre factores e total da Escala

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Total
Factor 1	1			
Factor 2	.181*	1		
Factor 3	-.177*	.658**	1	
Total	.792**	.735**	.351**	1

* significativo para $p \leq 0.05$

** significativo para $p \leq 0.001$

A tabela 10 permite-nos observar a existência de correlações fortes entre o factor 1 e 2 com o total. A correlação entre o factor 3 e o total é uma correlação baixa. Aceitando correlações superiores a 0.30, verificamos que existe dependência entre o factor 2 e 3.

Esta dependência entre factores é um bom indicador da possibilidade de outras soluções factoriais poderem ser obtidas.

Realçamos que os itens que compõem o factor 3 correspondem, na escala original, a itens integrados no factor "suporte" e que os itens que constituem o factor 2 aparecem, em metade do seu número, também integrados no mesmo factor, na versão original. Esta evidência alerta-nos para a constituição dos factores 2 e 3 da nossa solução parecer coincidir teoricamente.

Atendendo à distribuição desigual dos itens pelos factores, quando comparados com a versão original, ao número reduzido de itens do terceiro factor e ao facto deste incluir 2 itens igualmente integrados no factor dois, bem como aos indicadores de coincidência teórica entre os factores 2 e 3, consideramos a hipótese de realizar a análise factorial para dois factores, explicativa de 46.34 da variância, uma vez que esta não se afasta muito daquela que foi considerada por McNeill (48.8).

*Solução factorial de dois eixos***Tabela 11** – Factores obtidos (n=189)

Item	Factor 1	Factor 2
1	,724	
2	-,432	
3	,073	
4		,767
5	,740	
6		,736
7	,701	
8		,655
9	,727	
10		,713
11	,593	
12		,783
13	,787	
14	,482	,580
15	,771	
16		,819
17	,520	,606
18		,690
19	,713	
20		,415
21	,584	
22		
23	,653	
24		,732
25		
26	,560	,564
27	,824	
28	-,719	
29	,576	
30		
31		
32		,469
33	,739	
34		,528
35	,776	
36	,401	
37	,571	

Pela análise da tabela 11 verificamos que os itens 22, 25, 30 e 31 devem ser excluídos uma vez que não saturam acima de 0.45 em nenhum dos factores.

Considerando o constructo teórico, que esteve por base da construção da escala, apuramos que o factor 1 corresponde ao factor do envolvimento (itens como “*mantêm*”

contacto frequente com a equipa", *"coloca questões"*, *"mostra disponibilidade para contactos"...*) e o factor 2 ao factor suporte (*"encontra-se calmo quando está com o paciente"*, *"não estraga esforços feitos pela equipa"...*).

Salientamos o facto de, uma vez mais, existirem itens que saturam em ambos os factores (14 – elogia ou reforça o paciente, 17- apoia o paciente a alcançar os seus objectivos e 26 – encoraja/apoia emocionalmente o paciente para estar motivado e desempenhar um papel activo na sua reabilitação)

A tabela 12 ilustra o calculo do coeficiente *alpha* para cada um dos dois factores.

Tabela 12 – Coeficiente *alpha* dos factores 1 e 2

Alpha – excluindo o item			
Factor 1		Factor 2	
Item	Alpha	Item	Alpha
1	,8933	4	,8889
2	,9173	6	,8864
3	,8923	8	,8918
5	,8917	10	,8871
7	,8929	12	,8870
9	,8944	14	,8898
11	,8962	16	,8838
13	,8921	17	,8884
14	,8966	18	,8887
15	,8893	20	,9012
17	,8959	24	,8874
19	,8936	26	,8907
21	,8966	32	,8967
23	,8940	34	,8960
26	,8956		
27	,8906		
28	,9217		
29	,8962		
33	,8945		
35	,8907		
36	,8993		
37	,8965		
Total factor 1	,9011	Total factor 2	,8974
Total factor 1 sem item 2	,9173		

A análise da tabela 12 permite-nos verificar os coeficientes *alpha* elevados para ambos os factores.

Relativamente ao item 2, por já anteriormente termos verificado que este não tinha correlação com o total da escala e verificando também, pelo cálculo do *alpha* do factor 1, que este era um dos itens que contribuía para baixar a consistência interna do factor, verificamos ao eliminá-lo que o *alpha* do factor 1 subia de 0.90 para 0.91.

Passamos a estudar, à semelhança do procedimento para a solução de três eixos, a confiança e a validade através das correlações dos itens com os factores e o total da escala.

Tabela 13 – Correlações corrigidas item/factor 1

Factor 1	R (item-factor)
1	, 701 **
2	-, 255 **
3	, 738 **
5	, 745 **
7	, 715 **
9	, 664 **
11	, 595 **
13	, 750 **
14	, 578 **
15	, 822 **
17	, 609 **
19	, 691 **
21	, 579 **
23	, 677 **
26	, 617 **
27	, 798 **
28	-, 676 **
29	, 604 **
33	, 658 **
35	, 783 **
36	, 469 **
37	, 587 **

* significativo para $p \leq 0.05$

** significativo para $p \leq 0.001$

Pela análise da tabela 13 verificamos a existência de uma correlação baixa entre o item 2 e o factor 1. Por já termos verificado também a ausência de correlação entre este item e o total da escala, calculamos novamente a correlação item-factor e item-total com supressão deste item (tabela 14).

Tabela 14 – Correlações corrigidas item/score do factor respectivo e item/total

	R (item-factor)	R (Item-total)
Factor 1		
1	,781 **	,650 **
3	,744 **	,690 **
5	,741 **	,568 **
7	,717 **	,654 **
9	,688 **	,516 **
11	,600 **	,494 **
13	,764 **	,625 **
14	,570 **	,750 **
15	,807 **	,769 **
17	,596 **	,778 **
19	,693 **	,485 **
21	,578 **	,357 **
23	,672 **	,624 **
26	-,680 **	,770 **
27	,807 **	,618 **
28	-,680 **	-,696 **
29	,598 **	,651 **
33	,678 **	,459 **
35	,780 **	,625 **
36	,466 **	,456 **
37	,592 **	,468 **
Factor 2		
4	,687 **	,295 **
6	,751 **	,461 **
8	,612 **	,301 **
10	,772	,452 **
12	,735 **	,425 **
14	,667 **	,750 **
16	,787 **	,495 **
17	,682 **	,778 **
18	,690 **	,467 **
20	,436 **	,137
24	,701 **	,445 **
26	,643 **	,770 **
32	,560 **	,514 **
34	,485 **	,187 *

* significativo para $p \leq 0.05$

** significativo para $p \leq 0.001$

Da análise da tabela 14 salientamos que se verificam correlações significativas (superiores a 0.40) entre todos os itens. Relativamente à correlação item-total encontramos correlações significativas em todos os itens com excepção do item 20 que no entanto apresenta correlação com o factor 2. Verificamos também que as correlações são mais elevadas entre os itens que compõem o factor 1 e o total quando comparados com os itens do factor 2.

Debruçando-nos sobre as correlações entre factores e entre os factores e o total é-nos possível apresentar a tabela 15.

Tabela 15 – Correlações entre factores e total da Escala

	Factor 1	Factor 2	Total
Factor 1	1		
Factor 2	.291**	1	
Total	.880**	.711**	1

* significativo para $p \leq 0.05$

** significativo para $p \leq 0.001$

Pela análise da tabela 15, verificamos correlações altas e estatisticamente significativas entre cada um dos factores e o total da escala. Os dois factores, nesta solução, parecem agora diferenciar-se claramente.

Por último calculamos o coeficiente *alpha* do total da escala, com os itens escolhidos com a solução factorial de dois eixos, com e sem o item 2. Os resultados são apresentados na tabela 16.

Tabela 16 – Coeficiente *alpha* do total da escala

	Alpha total
EAEFR (37 itens)	,80
EAEFR (33 itens)	,89
EAEFR (32 itens – excluindo item 2)	,90

Calculando-se o *alpha* total da escala, verificamos que com a solução factorial de dois eixos o *alpha* subiu de .80 para .89 e que nesta solução, ao tomarmos a decisão de suprimir o item 2, o *alpha* sobe para .90.

Relativamente à decisão de excluir o item 2 foi considerado que a correlação entre o item e o total não é significativa.

Na análise factorial o item 2 não é excluído e é integrado no factor 1, mas aquando do cálculo do coeficiente de *alpha* do factor, verificamos que este está a ser prejudicado por este item, bem como o *alpha* total da escala.

Assim, dos 37 itens da versão original, a solução factorial de dois eixos exclui 4 itens (22, 25, 30 e 31) e a análise dos *alphas* dos factores bem como as correlações levaram-nos à exclusão do item 2, passando a versão resultante do nosso estudo a comportar 32 itens, três dos quais considerados nos dois factores (itens 14, 17 e 26).

Esta solução factorial permitiu encontrar *alphas* elevados nos dois factores e apresenta-se-nos como a melhor solução factorial resultante do nosso estudo.

A versão da EAEFR utilizada (anexo 3), para concretização dos objectivos da nossa investigação, é assim constituída por 32 itens, que se agrupam em dois factores (envolvimento e suporte).

Do factor envolvimento fazem parte os itens 1, 2, 4, 6, 8, 10, 12, 13, 14, 16, 18, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 28, 30, 31 e 32.

O factor suporte é constituído pelos itens 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 16, 17, 19, 22, 23, 27 e 29.

Para cotação da escala, nos itens 3, 5, 7, 9, 11, 15, 19, 22, 25, 27 e 29 a cotação é invertida, sendo que à resposta "nunca" deverá ser atribuído 4 pontos, à resposta "poucas vezes" deverá ser atribuído 2 pontos, à resposta "frequentemente" deverá ser atribuído 3 pontos e à resposta "sempre" deverá ser atribuída 1 ponto.

Somando o valor de todos os itens da escala obtém-se o score total, sendo que quanto mais alto é o valor total maior é o grau de envolvimento do familiar no processo de reabilitação. O score total da escala pode variar entre 32 e 128.

Procedimento

Para ser iniciada a recolha de dados, através da escala de diferencial semântico e da EAEFR, diligenciou-se um primeiro contacto com os Serviços seleccionados para a recolha de dados (Unidade de Dia do Departamento de Psiquiatria do Hospital S. Francisco Xavier, Associação Persona e Equipa do Departamento de Psiquiatria do Hospital Garcia de Orta), na pessoa dos seus coordenadores ou chefes de serviço.

Após explicitados os objectivos do nosso estudo, de forma sumária e clara, foi focado o facto de se tratar de uma investigação no âmbito das famílias dos doentes psicóticos inseridos em programas de reabilitação psicossocial, que serviria para perceber a posição das famílias face à doença mental, a si próprios enquanto familiares de um doente mental e ao processo de reabilitação.

Solicitou-se a autorização para a realização do estudo e foram identificadas famílias e técnicos de referência que preenchessem os critérios de inclusão previamente definidos.

Assim passamos à fase de contacto com as famílias através dos seus técnicos de referência e ao pedido de consentimento expresso para participação no estudo.

A escala de diferencial semântico foi aplicada em situação individual, onde foi apresentada a escala e explicitado os objectivos, pelo investigador ou colaboradores devidamente informados sobre o instrumento, deixando a mensagem de no caso de existirem dúvidas elas poderem ser esclarecidas.

A EAEFR foi distribuída aos técnicos de referência dos doentes cujas famílias colaboraram no estudo e dada também a possibilidade de esclarecimentos no caso de existirem dúvidas quanto ao seu preenchimento.

Para a selecção dos conceitos, que fizeram parte do questionário, elaborou-se previamente uma lista com todos os que pareciam poder responder ao problema proposto.

Seguidamente fez-se um estudo mais aprofundado dos mesmos e eliminaram-se aqueles que não se mostraram muito relevantes e menos capazes de solucionar o problema.

Construímos assim uma versão experimental, constituída por 13 conceitos, a qual foi entregue a dois familiares de doentes mentais e depois de explicitado o objectivo do instrumento foi solicitado que emitissem opinião acerca da amplitude dos conceitos propostos, de acordo com os objectivos da investigação, bem como sugestões para a inclusão de novos conceitos, exclusão ou reformulação de outros.

As sugestões apresentadas permitiram manter todos os conceitos iniciais fazendo a modificação do conceito "Hospitais" para o conceito "Instituições Psiquiátricas".

Assim a versão final incluiu como conceitos:

"Eu", "A Minha Família", "Ser familiar de um doente mental" – para avaliação da percepção do familiar em relação a si próprio.

"Doença Mental", "Loucura", "Esquizofrenia", "Psicose" – para avaliação da percepção do conceito de doença.

"Reabilitação", "Psicoterapia", "Instituições Psiquiátricas", "Medicação", "Apoio Psicossocial" e "Técnicos de Saúde Mental" – para avaliação da percepção relativa ao apoio e prestação de cuidados dos serviços no processo de reabilitação.

Após a recolha de dados, foi elaborada a base de dados em SPSS e realizada estatística descritiva das variáveis de caracterização da amostra, sendo que para as variáveis qualitativas (nominais, categóricas) foi utilizado o cálculo de proporções e tabulação de frequências e para as variáveis quantitativas foram calculados os parâmetros de tendência central.

Relativamente aos dados recolhidos, através dos instrumentos utilizados, estes foram analisados fazendo recurso à estatística descritiva e inferencial :

- Estatística descritiva, quer para os conceitos da escala de diferencial semântico quer para os resultados da escala de envolvimento familiar.

- Teste de Wilcoxon (teste não paramétrico para comparação de duas amostras emparelhadas) – quando comparamos o factor avaliativo e o factor potência de cada um dos conceitos apresentados na escala de diferencial semântico.
- Teste ANOVA - para comparação do factor potência das três dimensões estudadas através da escala de diferencial semântico, após ter sido verificada distribuição normal da amostra ao nível da variável estudada.
- ANOVA de Friedman (teste não paramétrico) para comparação do factor avaliativo das três dimensões estudadas com a escala de diferencial semântico após ter sido verificado que a amostra não tinha distribuição normal na variável em estudo.
- Correlação de Spearman (para relacionar duas variáveis intervalares numa amostra cuja distribuição não segue a normalidade) – quando relacionamos o factor avaliativo e potência de cada uma das dimensões em estudo e também quando estudámos a relação entre a escala de diferencial semântico e a EAEFR.
- Correlação de Pearson (para relacionar duas variáveis com escalas intervalares numa amostra com distribuição normal relativamente às variáveis consideradas) – quando estudamos a relação item-total da escala EAEFR, assim como quando relacionamos o resultado na EAEFR e os anos de evolução da doença.
- t-test - para comparação de dois grupos após verificação de existência de distribuição normal ao nível das variáveis nos grupos, através dos testes Kolmogorov-Sminov e Shapiro-Wilk – quando comparamos os familiares que pertenciam a grupo de famílias e os que não pertenciam, ao nível do envolvimento na reabilitação, quando comparamos os resultados no factor suporte com os resultados no factor envolvimento da escala EAEFR .
- Teste Mann-Whitney (estatística não paramétrica) – para compararmos o grupo dos familiares que tinham obtido resultados acima do valor intermédio na EAEFR, com os que tinham tido valores mais baixos, relativamente aos resultados na escala de diferencial semântico, quando comparámos o género feminino e masculino dos familiares ao nível do envolvimento, quando comparámos a relação familiar pai ou mãe ao nível do envolvimento na reabilitação.

APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Escala de Diferencial Semântico

Relativamente aos valores encontrados com a aplicação da escala de diferencial semântico, as tabelas 18 a 24 apresentam a estatística descritiva para os conceitos apresentados bem como a comparação dos resultados do factor avaliativo e factor potência para cada um dos conceitos, verificada através da aplicação do teste de Wilcoxon (comparação de duas amostras dependentes).

Para facilitar a visualização dos resultados e de acordo com as questões orientadoras da nossa investigação, a apresentação dos conceitos aparece agrupada, nas tabelas, de acordo com as diferentes dimensões em estudo (percepção de si, percepção da doença e percepção dos apoios no processo de reabilitação).

De salientar que os valores de cada factor (avaliativo e potência) podem variar entre 5 e 35, sendo que o valor intermédio se situa no valor 20.

Relativamente a cada conceito, o valor total da escala pode variar entre 10 e 70, sendo que o valor intermédio se situa no valor 40.

Percepção de Si

A decisão sobre a estatística utilizada foi tomada com base na dimensão da amostra e após se ter verificado, através dos testes Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk (tabela 17), que a amostra não apresentava distribuição normal para todos os conceitos apresentados (teste Kolmogorov-Smirnov revela $p < 0.05$ no factor avaliativo do conceito "Ser familiar de um doente mental" e teste Shapiro-Wilk revela $p < 0.05$ no factor potência do conceito "Eu"), o que conduziu ao recurso da estatística não paramétrica para resposta à questão *"qual a percepção que a família tem de si?"*

Tabela 17 - Avaliação da normalidade da amostra ao nível dos conceitos que remetem para a percepção de si

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	p	Statistic	df	p
Eu- avaliativo	.132	20	,200*	.951	20	.378
Eu- Potência	.146	20	,200*	.852	20	.006
Eu- Total	.110	20	,200*	.963	20	.603
A minha família- Avaliativo	.152	20	,200*	.937	20	.212
A minha família- Potência	.176	20	,106	.952	20	.402
A minha família- Total	.119	20	,200*	.960	20	.537
Ser familiar de um doente mental- avaliativo	.207	20	.024	.928	20	.144
Ser familiar de um doente mental- Potência	.157	20	,200*	.943	20	.272
Ser familiar de um doente mental- Total	.119	20	,200*	.066	20	.675
Percepção de si- Avaliativo	.194	20	,200*	.991	20	.999
Percepção de si- Potência	.112	20	,200*	.939	20	.231
Percepção de si- Total	.100	20	,200*	.975	20	.855

Na tabela 18 apresenta-se a estatística descritiva dos conceitos “Eu”, “A minha família” e “Ser familiar de um doente mental”.

Tabela 18– Estatística descritiva dos conceitos que remetem para a percepção de si (n= 20)

	Total		Avaliativo		Potência	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
Eu	47.60	7.06	25.75	5.85	21.85	4.66
A Minha família	50.70	5.62	27.80	4.48	22.90	3.09
Ser familiar de um doente mental	41.00	5.73	14.00	4.30	27.00	4.95
Percepção de si - Total	46.43	6.14	22.52	4.88	23.92	4.23

Pela análise da tabela 18 verificamos que o valor médio do total da escala se situa acima do valor intermédio para qualquer um dos conceitos, ou seja, os participantes têm uma percepção positiva de si, da sua família e do facto de serem familiares de um doente mental. O valor mais elevado é do conceito “A minha família”, seguido do valor

do conceito “Eu” , apresentando-se o valor mais baixo nas respostas face ao conceito “Ser familiar de um doente mental”.

Relativamente aos conceitos que remetem para a percepção de si, os valores da média apresentam-se superiores no factor avaliativo em comparação com os valores da média do factor potência relativamente aos conceitos “Eu” e “A minha família”.

Para o conceito “Ser familiar de um doente mental” a média apresenta valor superior no factor potência .

Relativamente ao total destes três conceitos verifica-se um valor médio superior no factor potência .

Na tabela 19 apresenta-se os resultados do teste de Wilcoxon, usado para comparar o factor avaliativo e o factor potência dos conceitos que remetem para a dimensão – percepção de si.

Tabela 19– Wilcoxon: comparação dos factores avaliativo e potência dos conceitos que remetem para a percepção de si (n= 20)

	Avaliativo		Potência		Wilcoxon	p
	Média de Rank	Somatório de Rank	Média de Rank	Somatório de Rank		
Eu	8.20	41.00	10.64	149.00	-2.180	0,029*
A minha família	4.83	14.50	10.43	156.50	-3.095	0.002*
Ser familiar de um doente mental	10.0	190.0	0.00	0.00	-3.830	0.000*
Percepção de si - Total	8.65	112.50	10.13	40.50	-1.705	0.08

* significativo para $p \leq 0.05$

A análise da tabela 19 permite-nos verificar que as diferenças que tínhamos verificado na estatística descritiva são estatisticamente significativas entre os resultados do factor avaliativo e os resultados do factor potência para os três conceitos apresentados .

No entanto, quando comparados os resultados totais dos dois factores o valor p permite-nos verificar que não existem diferenças significativas.

Percepção da Doença

Utilizando um procedimento análogo ao anterior começamos por averiguar a normalidade da amostra nos conceitos que remetem para a percepção da doença através dos testes Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk (tabela 20), para tomarmos a decisão sobre o tipo de estatística a utilizar.

Tabela 20 - Avaliação da normalidade da amostra ao nível dos conceitos que remetem para a percepção da doença

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	p	Statistic	df	p
Doença mental- Avaliativo	.153	20	,200*	.893	20	.031
Doença mental- Potência	.169	20	.135	.925	20	.121
Doença mental- Total	.111	20	,200*	.970	20	.747
Esquizofrenia- Avaliativo	.163	20	.169	.878	20	.017
Esquizofrenia- Potência	.201	20	.033	.883	20	.020
Esquizofrenia- Total	.194	20	.048	.948	20	.343
Psicose- Avaliativo	.150	20	,200*	.941	20	.246
Psicose- Potência	.168	20	.140	.890	20	.027
Psicose- Total	.185	20	.072	.965	20	.655
Loucura- Avaliativo	.249	20	.002	.816	20	.002
Loucura- Potência	.245	20	.003	.849	20	.005
Loucura- Total	.129	20	,200*	.944	20	.280
Percepção da doença- Avaliativo	.124	20	,200*	.943	20	.272
Percepção da doença- Potência	.142	20	,200*	.930	20	.155
Percepção da doença- Total	.102	20	,200*	.965	20	.641

A análise da tabela 20 revela que não existe distribuição normal da amostra para todos os conceitos apresentados ($p < 0.05$ em alguns dos conceitos) o que conduz à decisão de fazer recurso da estatística não paramétrica para tratamento dos resultados.

Tabela 21 – Estatística descritiva dos conceitos que remetem para a percepção da doença mental

	Total		Avaliativo		Potência	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
Doença Mental	38.40	6.18	10.95	5.53	27.45	4.82
Esquizofrenia	37.60	4.24	9.60	3.38	28.00	4.72
Loucura	38.35	4.51	10.40	4.13	27.95	4.36
Psicose	38.45	3.39	11.55	4.35	26.90	4.29
Percepção da doença - Total	38.20	4.58	10.62	4.35	27.58	4.55

Os resultados apresentados na tabela 21 permitem-nos verificar que, relativamente aos conceitos que remetem para a percepção da doença, os valores médios totais se encontram abaixo do valor intermédio (inferiores a 40), em qualquer um dos conceitos apresentados, e muito próximos entre si. Este resultado revela que as famílias participantes têm uma percepção negativa da doença mental.

Os resultados apresentam-se sempre superiores (e acima do valor intermédio/20) no factor potência quando comparados com os resultados do factor avaliativo (sempre abaixo do valor intermédio/20), para qualquer um dos quatro conceitos.

Igualmente se apresenta superior o valor da média total destes quatro conceitos no factor potência.

Na tabela 22 apresentam-se os resultados da comparação do factor avaliativo e do factor potência dos conceitos que remetem para a percepção da doença.

Tabela 22 – Wilcoxon: comparação dos factores avaliativo e potência dos conceitos que remetem para a percepção da doença mental

	Avaliativo		Potência		Wilcoxon	p
	Média de Rank	Somatório de Rank	Média de Rank	Somatório de Rank		
Doença Mental	10.50	210.00	0.00	0.00	-3.922	0.000*
Esquizofrenia	10.50	210.00	0.00	0.00	-3.926	0.000*
Loucura	10.95	208.00	2.00	2.00	-3.866	0.000*
Psicose	10.50	210.00	0.00	0.00	-3.928	0.000*
Percepção da doença - Total	10.50	210.00	0.00	0.00	-3.921	0.000*

* significativo para $p \leq 0.05$

Pela aplicação do teste de Wilcoxon (tabela 22) verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas entre os resultados do factor avaliativo e do factor potência para todos os conceitos apresentados.

Verifica-se também que existem diferenças estatisticamente significativas entre os valores totais dos conceitos que remetem para a percepção da doença ao nível dos factores avaliativo e potência.

De acordo com a estatística descritiva anteriormente apresentada podemos então afirmar que ao nível dos conceitos apresentados, para avaliar a percepção da doença mental, encontramos valores significativamente superiores no factor potência quando comparados com o factor avaliativo.

Percepção da Reabilitação

Após termos verificado que a dimensão e distribuição da amostra em estudo, nas dimensões "Percepção de si" e "Percepção da doença" nos conduziam à decisão de recorrer à estatística não paramétrica para tratamento dos resultados, mantivemos o mesmo critério para a análise da dimensão "Percepção da reabilitação".

A tabela 23 apresenta-nos a estatística descritiva do valor médio total da escala bem como dos factores avaliativo e potência relativos aos conceitos apresentados para avaliar a percepção dos apoios no processo de reabilitação psicossocial.

Tabela 23 – Estatística descritiva dos conceitos que remetem para a percepção dos apoios no processo de reabilitação

	Total		Avaliativo		Potência	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
Reabilitação	51.90	8.49	30.05	5.73	21.85	5.06
Psicoterapia	53.65	7.53	29.70	5.58	23.95	4.37
Instituições Psiquiátricas	51.75	7.78	26.60	5.54	25.15	5.11
Medicação	51.00	7.85	25.65	5.19	25.35	4.64
Técnicos de saúde Mental	54.10	7.92	30.50	6.36	23.60	3.42
Apoio Psicossocial	52.30	8.60	30.70	4.79	21.60	5.80
Percepção dos apoios no processo de reabilitação - Total	52.45	8.03	28.86	6.35	23.58	4.79

Pela análise da tabela 23 verificamos que os valores médios totais e as médias dos factores se encontram sempre acima do valor intermédio para qualquer um dos conceitos apresentados.

Em termos globais, os resultados apresentam-se mais elevados nos conceitos “Técnicos de Saúde Mental” e “Psicoterapia” e o resultado mais baixo aparece associado ao conceito “Medicação”.

Para qualquer um dos seis conceitos apresentados, os *scores* médios são mais elevados no factor avaliativo.

Para verificarmos se essas diferenças entre os factores eram significativas utilizamos o teste de Wilcoxon (tabela 24).

Tabela 24 – Wilcoxon: comparação dos factores avaliativo e potência dos conceitos que remetem para a percepção dos apoios no processo de reabilitação

	Avaliativo		Potência		Wilcoxon	p
	Média de Rank	Somatório de Rank	Média de Rank	Somatório de Rank		
Reabilitação	4.75	9.50	10.62	180.50	-3.442	0.001*
Psicoterapia	6.00	24.00	11.63	186.00	-3.032	0.002*
Instituições Psiquiátricas	8.25	82.50	11.94	107.50	-0.505	0.613
Medicação	8.61	77.50	10.39	93.50	-0.350	0.726
Técnicos de Saúde Mental	8.25	16.50	10.75	193.50	-3.309	0.001*
Apoio Psicossocial	1.50	1.50	10.47	188.50	-3.770	0.000*
Percepção dos apoios no processo de reabilitação - Total	5.50	11.00	11.06	199.00	-3.510	0.000*

* significativo para $p \leq 0.05$

A análise da tabela 24 permite verificar que as diferenças entre o factor avaliativo e o factor potência são estatisticamente significativas para os conceitos de “Reabilitação”, “Psicoterapia”, “Técnicos de Saúde Mental” e “Apoio Psicossocial”.

Não foram encontradas diferenças significativas para os conceitos “Instituições psiquiátricas” e “Medicação”.

Fazendo a comparação entre os totais do factor avaliativo e os totais do factor potência verificamos que ao nível da percepção dos apoios no processo de reabilitação existem diferenças significativas entre a qualidade e a força dos apoios, sendo a qualidade (factor avaliativo) superior à força (factor potência).

Comparação do factor avaliativo das 3 dimensões em estudo

Para verificarmos se existiam diferenças significativas entre o factor avaliativo das três dimensões em estudo (percepção de si, percepção da doença e percepção do processo de reabilitação), fizemos recurso ao teste ANOVA de Friedman para amostras dependentes, após verificarmos através dos testes de normalidade Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk (tabela 25) que a amostra não tinha distribuição normal no factor avaliativo das três dimensões em estudo.

Tabela 25 - Avaliação da normalidade da amostra ao nível do factor avaliativo das dimensões em estudo

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	p	Statistic	df	p
Percepção de si- Avaliativo	.094	20	.200*	.991	20	.999
Percepção da doença- Avaliativo	.124	20	.200*	.943	20	.272
Percepção da reabilitação- Avaliativo	.212	20	.019	.715	20	.000

Na tabela 26 é apresentado o resultado da aplicação do teste de comparação do factor avaliativo das três dimensões.

Tabela 26 – ANOVA de Friedman para comparação do factor avaliativo das três dimensões em estudo

	N	Média de Rank	ANOVA de Friedman	p
Percepção de si- Avaliativo	20	1.90		
Percepção da doença- Avaliativo	20	1.10	36.400	.000
Percepção da reabilitação- Avaliativo	20	3.00		

A análise da tabela 26 permite-nos verificar que a ANOVA de Friedman revela existência de diferenças significativas entre o factor avaliativo das três dimensões em estudo.

Tabela 27– Estatística descritiva: média e desvio padrão do factor avaliativo das três dimensões em estudo

FACTORES	Média	Desvio padrão
Factor 1 - Percepção de si - Avaliativo	4,503	,164
Factor 2 - Percepção da doença- Avaliativo	2,125	,161
Factor 3 - Percepção do processo de reabilitação - Avaliativo	5,773	,186

Consultando a tabela 27, verificamos então que a média mais elevada foi encontrada no factor 3, correspondente à avaliação do processo de reabilitação, seguida da avaliação de si próprio e com uma média muito inferior, a avaliação da doença mental.

Comparação do factor potência das 3 dimensões em estudo

Passamos à comparação do factor potência das dimensões “percepção de si”, “percepção da doença” e “percepção da reabilitação”.

Começamos por averiguar a distribuição da amostra ao nível do factor potência através dos testes Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk (tabela28).

Tabela 28 - Avaliação da normalidade da amostra ao nível do factor potência das dimensões em estudo

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	p	Statistic	df	p
Percepção de si- Potência	.112	20	,200*	.939	20	.231
Percepção da doença- Potência	.142	20	,200*	.930	20	.155
Percepção da reabilitação- Potência	.132	20	,200*	.951	20	.380

Os resultados apresentados na tabela 28 demonstram que existe distribuição normal da amostra ao nível do factor potência das três dimensões em estudo ($p > 0.05$) o que permite fazer recurso à estatística paramétrica - ANOVA para amostras dependentes, para averiguarmos diferenças significativas entre o factor potência das três dimensões em estudo (percepção de si, percepção da doença e percepção do processo de reabilitação).

A tabela 29 apresenta os resultados encontrados para o estudo da esfericidade.

Tabela 29 – Teste de esfericidade – Mauchly's

Within Subjects Effect	Mauchly's W	Approx. Chi-Square	df	p
Factor potência das 3 dimensões	,953	,868	2	,647

Pela análise da tabela 29, verificamos que $p > 0.05$ o que significa que há esfericidade, ou seja, os factores em estudo são homogêneos ao nível da variância, conduzindo-nos à interpretação da linha *Sphericity Assumed* na tabela da ANOVA para amostras dependentes.

Tabela 30 – ANOVA para amostras dependentes

Source		Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
Factor potência das 3 dimensões	Sphericity Assumed	8,479	2	4,239	30,221	,000
	Greenhouse-Geisser	8,479	1,910	4,439	30,221	,000
	Huynh-Feldt	8,479	2,000	4,239	30,221	,000
	Lower-bound	8,479	1,000	8,479	30,221	,000
Error(FACTORES)	Sphericity Assumed	5,331	38	,140		
	Greenhouse-Geisser	5,331	36,291	,147		
	Huynh-Feldt	5,331	38,000	,140		
	Lower-bound	5,331	19,000	,281		

A análise da tabela 30 mostra-nos que há diferenças significativas entre o factor potência das três dimensões em estudo (percepção de si, da doença e do processo de reabilitação).

Assim, fomos verificar quais os pares que diferiam entre si, cujos resultados apresentamos na tabela do Pairwise Comparisons.

Tabela 31 – Pairwise Comparisons

FACTORES	FACTORES	Mean Difference	Std. Error	p
1 -Percepção de si - Potência	2	-,732(*)	,130	,000
	3	,118	,115	,318
2 - Percepção da doença- Potência	1	,732(*)	,130	,000
	3	,850(*)	,109	,000
3 - Percepção do processo de reabilitação - Potência	1	-,118	,115	,318
	2	-,850(*)	,109	,000

Tabela 32 – Estatística descritiva: média e desvio padrão do factor avaliativo das três dimensões em estudo

FACTORES	Média	Desvio padrão
Factor 1 - Percepção de si - Potência	4,783	,144
Factor 2 - Percepção da doença- Potência	5,515	,168
Factor 3 - Percepção do processo de reabilitação - Potência	4,665	,116

A análise das tabelas 31 e 32 permite-nos verificar que a média do factor potência relativo à doença mental é significativamente superior à média do factor potência da percepção de si e da percepção de processo de reabilitação.

Verificamos também que existem diferenças significativas entre a força da doença mental (significativamente superior) e a força do processo de reabilitação.

Relação entre as dimensões em estudo

Para averiguarmos se existia relação entre as três dimensões avaliadas, fizemos recurso à estatística inferencial do tipo correlacional através do coeficiente de correlação de Spearman (tabela 33).

Tabela 33 – Correlação de Spearman. Relação entre os factores avaliativo e potência de cada uma das dimensões (n=20)

	Avaliação em relação a si próprio	Potência em relação a si próprio	Avaliação em relação à doença	Potência em relação à doença	Avaliação do processo de reabilitação	Potência do processo de reabilitação
Avaliação em relação a si próprio						
Potência em relação a si próprio	R= 0.266 P= 0.258					
Avaliação em relação à doença	R= 0.80 P= 0.739	R=-0.594 P=0.006*				
Potência em relação à doença	R= 0.125 P=0.599	R= 0.742 P=0.000*	R=-0.640 P=0.002*			
Avaliação do processo de reabilitação	R= 0.299 P=0.201	R= 0.335 P=0.149	R=-0.397 P=0.083	R=0.105 P=0.660		
Potência do processo de reabilitação	R=-0.153 P=0.520	R= 0.536 P=0.015	R=-0.566 P=0.009*	R=0.710 P=0.000*	R=0.219 P=0.354	

* significativo para $p \leq 0.05$

Pela análise da tabela 33, verificamos uma correlação positiva, estatisticamente significativa, entre o factor potência dos conceitos que remetem para a percepção da doença e o factor potência dos conceitos que remetem para a percepção de si, ou seja quanto mais peso e mais força é sentida na doença mais peso é sentido em si.

Verificamos também correlação positiva significativa entre o factor potência dos conceitos que remetem para a percepção da reabilitação e o factor potência dos

conceitos que remetem para a percepção da doença, o que significa que quanto mais pesada é sentida a doença mais pesada é sentida a reabilitação.

Os nossos resultados demonstram existir correlação negativa, estatisticamente significativa, entre o factor avaliativo dos conceitos que remetem para a percepção da doença e o factor potência dos conceitos que remetem para a percepção de si, o que significa que quanto mais grave é sentida a doença, menos força é sentida em si próprios, pelos familiares.

Verificamos a existência de correlação negativa, estatisticamente significativa, entre o factor potência e o factor avaliativo dos conceitos que remetem para a percepção da doença, o que significa que estas variáveis se relacionam em sentido inverso, ou seja, quanto mais grave é sentida a doença menos peso é percebido pela família.

Encontramos igualmente correlação negativa, estatisticamente significativa, entre o factor avaliativo em relação à doença e o factor potência dos conceitos que remetem para a percepção da reabilitação, ou seja, a qualidade sentida face à doença relaciona-se inversamente com a força percebida, pelos familiares, na reabilitação.

Escala de Avaliação do Envolvimento Familiar em Doentes em Reabilitação

Relativamente ao segundo instrumento utilizado, com o objectivo de recolher dados sobre a percepção do técnico face ao envolvimento da família no processo de reabilitação, a tabela 34 ilustra a estatística descritiva dos resultados da nossa amostra quer para o total da escala, quer para o factor suporte e envolvimento.

Salientamos que a versão portuguesa da escala, e resultante do nosso estudo, inclui 32 itens que podem ser respondidos numa escala de 1 a 4. Assim o *score* global da escala pode variar entre 32 e 128, sendo que valores mais elevados correspondem a um maior envolvimento do familiar na reabilitação do utente.

O factor envolvimento inclui 21 itens, sendo que a sua cotação pode variar entre 21 e 84.

O factor suporte inclui 14 itens, como tal a sua classificação pode variar entre 14 e 56.

Tabela 34 – Estatística descritiva dos resultados da escala EAEFR – solução factorial de dois eixos (n=20)

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Envolvimento	35.00	67.00	54.15	9.18
Suporte	20.00	31.00	26.10	3.07
Score total	51.00	85.00	73.10	8.54

Pela análise da tabela 34 verificamos que o valor médio do score global se situa ligeiramente abaixo do valor intermédio da escala (73.10/80), permitindo-nos afirmar que na nossa amostra o grau de envolvimento dos familiares na reabilitação dos seus familiares com doença mental é abaixo de mediano.

A análise dos dois factores permite-nos verificar que o valor médio do factor envolvimento é ligeiramente acima do valor intermédio (54.15/52.5), podendo dizer-se claramente que ao nível do factor envolvimento o resultado da nossa amostra é mediano.

Em relação ao factor suporte, o valor médio é abaixo do valor intermédio (26.10/35), apresentando-se este como o valor mais baixo na nossa amostra.

Comparando se existem diferenças significativas entre os resultados do envolvimento e do suporte, utilizamos o t-test para amostras emparelhadas (tabela 36) após termos verificado distribuição normal da amostra ao nível dos dois factores da EAEFR (tabela 35).

Tabela 35 - Avaliação da normalidade da amostra ao nível dos factores da EAEFR

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	p	Statistic	df	p
Envolvimento	.155	20	.200*	.939	20	.225
Suporte	.137	20	.200*	.962	20	.586

Tabela 36 – t-test. Comparação dos factores envolvimento e suporte

	N	Média	Desvio padrão	t	p
Envolvimento	20	2,5786	,4291	6.966	0.000*
Suporte	20	1,8643	,2197		

* significativo para $p \leq 0.05$

A análise da tabela 36 permite-nos verificar que as diferenças encontradas nos dois factores da escala (envolvimento e suporte) são estatisticamente significativas, sendo que a média dos itens de resposta é significativamente mais alta no factor envolvimento quando comparada com o factor suporte.

Passando a uma análise mais detalhada das respostas dadas a cada um dos itens da escala, a tabela 37 ilustra os resultados da estatística descritiva para cada um dos itens, ordenados de forma decrescente em relação aos valores médios obtidos nas resposta.

Salientamos que os valores da resposta se poderiam situar no valor 1 correspondente ao “nunca”, 2 igual a “poucas vezes”, 3 correspondendo a “frequentemente” e 4 a “sempre”.

Tabela 37– Estatística Descritiva dos itens da escala EAEFR ordenados por ordem decrescente

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Item 4 - Aparece a encontros ou marcações com a equipa	20	2,00	4,00	3,6000	,5982
Item 18 - Participa nas reuniões marcadas para discutir a evolução do estado de saúde do paciente	20	2,00	4,00	3,5000	,6882
Item 2 - Mostra disponibilidade para contactos com a equipa	20	2,00	4,00	3,3500	,8127
Item 24 - Descreve o comportamento do paciente à equipa	20	2,00	4,00	3,0500	,6863

Item 17 - Encontra-se calmo quando está com o paciente	20	2,00	4,00	3,0500	,6048
Item 1 - Mantém contacto frequente com a equipa de reabilitação	20	2,00	4,00	2,8500	,7452
Item 26 - Cumpre as recomendações feitas pela equipa	20	2,00	4,00	2,8000	,5231
Item 25 - Sente ou apercebe-se que o familiar tem em atenção o processo de tratamento	20	1,00	4,00	2,7000	,7327
Item 12 - Coloca questões à equipa acerca do tratamento	20	1,00	4,00	2,6500	,7452
Item 10 - Procura informação adicional acerca da doença	20	1,00	4,00	2,5500	,8256
Item 30 - Pede auxílio à equipa para perceber o comportamento do paciente	20	1,00	4,00	2,5000	,7609
Item 6 - Contacta a equipa para se informar da evolução do paciente	20	1,00	4,00	2,5000	,8272
Item 23 - Encoraja/apoia emocionalmente o paciente para estar motivado e desempenhar um papel activo na sua recuperação	20	1,00	4,00	2,5000	,9459
Item 16 - Apoia o paciente a alcançar os seus objectivos	20	1,00	4,00	2,4500	,7592
Item 28 - Dá a sua opinião à equipa acerca da eficácia das terapias	20	1,00	4,00	2,3500	,6708
Item 32 - Participa nas sessões de tratamento	20	1,00	4,00	2,3000	,7327
Item 20 - Discute questões relativas à vida familiar com a equipa	20	1,00	3,00	2,3000	,5712
Item 8 - Participa em decisões acerca do tratamento	20	1,00	3,00	2,2500	,7164
Item 14 - Pergunta à equipa como ele ou outro familiar pode participar ou auxiliar a recuperação	20	1,00	3,00	2,2000	,6156
Item 13 - Elogia ou reforça o paciente	20	1,00	3,00	2,2000	,6156

Item 21 - Esforça-se com o paciente em tarefas terapêuticas por sua conta	20	1,00	3,00	2,0500	,8256
Item 19 - Apresenta objectivo ou expectativas irreais acerca da recuperação do paciente	20	1,00	3,00	2,0500	,5104
Item 9 - Critica o paciente por estar a recuperar pouco	20	1,00	3,00	1,8500	,7452
Item 27 - Participa na reabilitação do paciente só quando surge algum problema	20	1,00	4,00	1,8500	,9333
Item 15 - Contradiz o que é dito pela equipa	20	1,00	3,00	1,6500	,7452
Item 5 - Mostra raiva ou hostilidade para com o paciente	20	1,00	3,00	1,6500	,6708
Item 3 - Queixa-se de cuidados ou tratamentos inadequados	20	1,00	2,00	1,5000	,5130
Item 31 - Observa as sessões de tratamento	20	1,00	3,00	1,5000	,6070
Item 22 - Estraga esforços feitos pela equipa para reabilitar o paciente	20	1,00	3,00	1,5000	,7609
Item 7 - Mostra os sentimentos negativos que a família sente e que são dirigidos ao tratamento ou à equipa	20	1,00	3,00	1,5000	,6070
Item 11 - Critica a equipa ou o tratamento pela não recuperação	20	1,00	2,00	1,2000	,4104
Item 29 - Interrompe as sessões de tratamento do paciente	20	1,00	2,00	1,1500	,3663

Ao analisarmos a tabela 37 constatamos que os valores de média mais elevados (iguais ou superiores a 3.5, que significa mais próximo do valor equivalente à resposta "sempre"), se encontram em itens que remetem para o envolvimento, mais concretamente para os comportamento de resposta a solicitações explícitas da equipa (**Item 4** - Aparece a encontros ou marcações com a equipa e **Item 18** - Participa nas reuniões marcadas para discutir a evolução do estado de saúde do paciente).

Os itens com valores médios de resposta situados entre o 3.4 e 2.5, equivalentes à resposta “frequentemente” estão também eles maioritariamente relacionados com o envolvimento (**Item 2** - Mostra disponibilidade para contactos com a equipa, **Item 24** - Descreve o comportamento do paciente à equipa, **Item 1** - Mantém contacto frequente com a equipa de reabilitação, **Item 26** - Cumpre as recomendações feitas pela equipa, **Item 12** - Coloca questões à equipa acerca do tratamento, **Item 10** - Procura informação adicional acerca da doença, **Item 30** - Pede auxílio à equipa para perceber o comportamento do paciente, **Item 6** - contacta a equipa para se informar da evolução do paciente, e **Item 23**- Encoraja/apoia emocionalmente o paciente para estar motivado e desempenhar um papel activo na sua recuperação). De salientar que todos os itens que nos apareceram neste intervalo de valor e que se inserem no factor de envolvimento, correspondem a itens que são cotados pela positiva ou seja que o valor mais alto corresponde exactamente à resposta que reporta para um maior envolvimento no processo de reabilitação.

Também neste intervalo de valores se situa o **Item 25** - Sente ou apercebe-se que o familiar tem em atenção o processo de tratamento item de polarização negativa, ou seja, a um valor mais elevado de resposta corresponde um menor envolvimento.

Debruçando-nos sobre os itens com valor médio de resposta entre os 2.4 e 1.5, equivalentes à resposta “poucas vezes”, salientamos que a maioria dos itens da escala (17) se situa neste intervalo.

Dos 14 itens que fazem parte do factor suporte, oito aparecem com valores médios de resposta inseridos neste intervalo (**Item 19** - Apresenta objectivo ou expectativas irreais acerca da recuperação do paciente, **Item 9** - Critica o paciente por estar a recuperar pouco, **Item 27** - Participa na reabilitação do paciente só quando surge algum problema, **Item 15** - Contradiz o que é dito pela equipa, **Item 5** - Mostra raiva ou hostilidade para com o paciente, **Item 3** - Queixa-se de cuidados ou tratamentos inadequados, **Item 22** - Estraga esforços feitos pela equipa para reabilitar o paciente, **Item 7** - Mostra os sentimentos negativos que a família sente e que são dirigidos ao tratamento ou à equipa), sendo que todos estes itens são de polarização negativa, ou seja que a valores mais baixos corresponde um maior suporte, merecendo no entanto o realce de que estamos a um nível 2 de resposta numa escala de 4 pontos.

Dos 22 itens do factor envolvimento também 9 estão inseridos neste intervalo de valores (**Item 16** - Apoia o paciente a alcançar os seus objectivos, **Item 28**- Dá a sua opinião à equipa acerca da eficácia das terapias, **Item 32** - Participa nas sessões de tratamento, **Item 20** - Discute questões relativas à vida familiar com a equipa, **Item 8** - Participa em decisões acerca do tratamento, **Item 14** - Pergunta à equipa como ele ou outro familiar pode participar ou auxiliar a recuperação, **Item 13** - Elogia ou reforça o paciente, **Item 21** - Esforça-se com o paciente em tarefas terapêuticas por sua conta e **Item 31** - Observa as sessões de tratamento) sendo que todos estes correspondem a itens positivos, ou seja, aos quais valores mais baixos correspondem a um menor envolvimento.

Com valores médios inferiores a 1.5, equivalentes à resposta nunca, situam-se os itens 11 e 29 (**Item 11** - Critica a equipa ou o tratamento pela não recuperação e **Item 29** - Interrompe as sessões de tratamento do paciente), correspondentes a itens de polarização negativa, ou seja, aos quais um valor mais baixo é indicador de melhor resultado do nível de suporte.

Passamos então à análise das correlações entre os 32 itens da escala e o *score* total. Para tal apresentamos em paralelo os resultados da nossa amostra em estudo (N=20) e os resultados encontrados na amostra mais alargada e utilizada para o estudo das propriedades métricas da escala (N=189).

Tabela 38 – Correlação de Pearson: correlações entre os itens da EAEFR e o *score* total da mesma

	Correlação item-total N=20	Correlação item-total N=189
Item 1 - Mantém contacto frequente com a equipa de reabilitação	.805 **	, 650 **
Item 2 - Mostra disponibilidade para contactos com a equipa	.783 **	, 690 **
Item 3 - Queixa-se de cuidados ou tratamentos inadequados	.204	, 295 **
Item 4 - Aparece a encontros ou marcações com a equipa	.400	, 568 **
Item 5 - Mostra raiva ou hostilidade para com o paciente	.209	, 461 **
Item 6 - Contacta a equipa para se informar da evolução do paciente	.648 **	, 654 **

Item 7 - Mostra os sentimentos negativos que a família sente e que são dirigidos ao tratamento ou à equipa	.132	, 301 **
Item 8 - Participa em decisões acerca do tratamento	.822 **	, 516 **
Item 9 - Critica o paciente por estar a recuperar pouco	-.031	, 452 **
Item 10 - Procura informação adicional acerca da doença	.275	, 494 **
Item 11 - Critica a equipa ou o tratamento pela não recuperação	-.051	, 425 **
Item 12 - Coloca questões à equipa acerca do tratamento	.502 *	, 625 **
Item 13 - Elogia ou reforça o paciente	.497 *	, 750 **
Item 14 - Pergunta à equipa como ele ou outro familiar pode participar ou auxiliar a recuperação	.767 **	, 769 **
Item 15 - Contradiz o que é dito pela equipa	.064	, 495 **
Item 16 - Apoia o paciente a alcançar os seus objectivos	.496 *	, 778 **
Item 17 - Encontra-se calmo quando está com o paciente	-.103	, 467 **
Item 18 - Participa nas reuniões marcadas para discutir a evolução do estado de saúde do paciente	.484 *	, 485 **
Item 19 - Apresenta objectivo ou expectativas irreais acerca da recuperação do paciente	.240	, 137
Item 20 - Discute questões relativas à vida familiar com a equipa	.263	, 357 **
Item 21 - Esforça-se com o paciente em tarefas terapêuticas por sua conta	.641 **	, 624 **
Item 22 - Estraga esforços feitos pela equipa para reabilitar o paciente	-.332	, 445 **
Item 23 - Encoraja/apoia emocionalmente o paciente para estar motivado e desempenhar um papel activo na sua recuperação	.528 *	, 770 **
Item 24 - Descreve o comportamento do paciente à equipa	.807 **	, 618 **
Item 25 - Sente ou apercebe-se que o familiar tem em atenção o processo de tratamento	.770 **	-, 696 **
Item 26 - Cumpre as recomendações feitas pela equipa	.464 *	, 651 **

Item 27 - Participa na reabilitação do paciente só quando surge algum problema	- .322	, 514 **
Item 28 - Dá a sua opinião à equipa acerca da eficácia das terapias	.783**	, 459 **
Item 29 - Interrompe as sessões de tratamento do paciente	.264	, 187 *
Item 30 - Pede auxílio à equipa para perceber o comportamento do paciente	.778 **	, 625 **
Item 31 - Observa as sessões de tratamento	.294	, 456 **
Item 32 - Participa nas sessões de tratamento	.155	, 468 **

* significativo para $p \leq 0.05$

Pela análise da tabela 38 verificamos que todas as correlações significativas, encontradas na amostra com $N=20$ (familiares de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, em processo de reabilitação) eram igualmente significativas na amostra com 189 sujeitos (familiares de pessoas com incapacidade física ou mental, em processo de reabilitação).

O número de correlações item-total na amostra dos 20 sujeitos é bastante inferior àquele que foi encontrado na amostra dos 189 participantes, sendo de realçar a pouca expressão que a estatística inferencial tem em amostras de reduzida dimensão.

No entanto encontramos correlações mais fortes em alguns dos itens com o total, na nossa amostra em estudo, como é o caso dos itens: **Item 1** - Mantém contacto frequente com a equipa de reabilitação, **Item 2** - Mostra disponibilidade para contactos com a equipa, **Item 8** - Participa em decisões acerca do tratamento, **Item 24** - Descreve o comportamento do paciente à equipa, **Item 28** - Dá a sua opinião à equipa acerca da eficácia das terapias e **Item 30** - Pede auxílio à equipa para perceber o comportamento do paciente.

Correlação entre os factores da escala de diferencial semântico e os factores da escala de avaliação do envolvimento familiar em doentes em reabilitação.

Para estudarmos a relação entre os resultados da escala de diferencial semântico e os resultados da escala de envolvimento, utilizamos o Coeficiente de correlação de Spearman. A decisão estatística foi tomada por termos verificado, na fase inicial do

estudo, que não existia distribuição normal da amostra participante ao nível da escala de diferencial semântico.

A tabela 39 ilustra os valores de correlação encontrados entre os factores dos conceitos que remetem para a percepção de si e os factores da escala de envolvimento (envolvimento e suporte)

Tabela 39 – Correlação de Spearman. Relação entre os conceitos que remetem para a percepção de si e os resultados na EAEFR (N=20)

	Score Total EAEFR	Envolvimento	Suporte
Eu - Avaliativo	R=-.079 P=.742	R=-.006 P=.980	R=-.015 P=.951
Eu - Potência	R=.241 P=.305	R=.163 P=.492	R=.165 P=.487
Eu - Total	R=.077 P=.747	R=.104 P=.664	R=.018 P=.939
A minha família - Avaliativo	R=-.285 P=.223	R=-.194 P=.413	R=-.104 P=.663
A minha família - Potência	R=-.478* P=.033	R=-.568* P=.009	R=.163 P=.493
A minha família - Total	R=-.467 P=.038	R=-.414 P=.070	R=-.121 P=.611
Ser familiar de um doente mental - Avaliativo	R=-.103 P=.665	R=-.124 P=.601	R=.199 P=.400
Ser familiar de um doente mental - Potência	R=-.127 P=.594	R=-.143 P=.549	R=-.194 P=.412
Ser familiar de um doente mental - Total	R=-.316 P=.175	R=-.312 P=.180	R=-.113 P=.635

* significativo para $p \leq 0.05$

A análise da tabela 39 permite-nos verificar que foi encontrada correlação significativa entre o factor potência do conceito "A minha família" e o total do mesmo conceito com o factor "Envolvimento" e total da escala EAEFR. A correlação encontrada é uma correlação negativa o que significa que quanto mais elevado é o valor que remete para a percepção que a família faz da sua família e do poder da sua família menor é o resultado do envolvimento na reabilitação.

A tabela 40 apresenta os valores de correlação entre os factores dos conceitos apresentados para avaliar a percepção da doença mental e os factores da escala de envolvimento.

Tabela 40 – Correlação de Spearman: relação entre os conceitos que remetem para a percepção da doença e os resultados da EAEFR (n= 20)

	Score Total EAEFR	Envolvimento	Suporte
Doença mental - Avaliativo	R=-.139 P=.560	R=-.001 P=.166	R=-.322 P=.166
Doença mental - Potência	R=-.254 P=.279	R=-.284 P=.224	R=-.206 P=.384
Doença Mental - Total	R=-.328 P=.158	R=-.214 P=.365	R=-.396 P=.084
Esquizofrenia - Avaliativo	R=-.053 P=.823	R=-.067 P=.780	R=-.270 P=.249
Esquizofrenia - Potência	R=-.106 P=.655	R=-.206 P=.384	R=.070 P=.770
Esquizofrenia - Total	R=-.262 P=.265	R=-.279 P=.233	R=-.217 P=.358
Loucura - Avaliativo	R=.097 P=.540	R=.146 P=.540	R=-.045 P=.850
Loucura - Potência	R=-.227 P=.335	R=-.341 P=.141	R=.025 P=.916
Loucura - Total	R=.044 P=.855	R=-.046 P=.848	R=.071 P=.765
Psicose - Avaliativo	R=-.074 P=.755	R=-.007 P=.977	R=-.092 P=.700
Psicose - Potência	R=.029 P=.903	R=-.086 P=.719	R=.034 P=.888
Psicose - Total	R=.036 P=.882	R=-.028 P=.908	R=-.093 P=.698

* significativo para $p \leq 0.05$

A análise da tabela 40 permite verificar que não foi encontrada correlação significativa entre nenhum dos conceitos que remetem para a percepção da doença e os resultados na escala de envolvimento familiar na reabilitação.

Tabela 41 – Correlação de Spearman: relação dos conceitos que remetem para a percepção dos apoios no processo de reabilitação e resultados da EAEFR

	Score Total EAEFR	Envolvimento	Suporte
Reabilitação - Avaliativo	R=.055 P=.817	R=-.078 P=.742	R=.401 P=.079
Reabilitação - Potência	R=-.003 P=.989	R=-.073 P=.760	R=-.200 P=.399
Reabilitação - Total	R=.045 P=.849	R=-.107 P=.652	R=.136 P=.568
Psicoterapia - Avaliativo	R=-.232 P=.324	R=-.276 P=.239	R=.205 P=.385
Psicoterapia - Potência	R=-.117 P=.625	R=-.026 P=.913	R=-.228 P=.334
Psicoterapia - Total	R=-.159 P=.503	R=-.255 P=.279	R=-.050 P=.835
Instituições Psiquiátricas- Avaliativo	R=-.446* P=.049	R=-.380 P=.098	R=-.467 P=.038
Instituições Psiquiátricas- Potência	R=.079 P=.740	R=-.009 P=.968	R=.157 P=.507
Instituições Psiquiátricas- Total	R=-.249 P=.290	R=-.255 P=.279	R=-.157 P=.507
Medicação - Avaliativo	R=.101 P=.671	R=.160 P=.501	R=-.225 P=.340
Medicação - Potência	R=.159 P=.504	R=.094 P=.694	R=-.140 P=.556
Medicação - Total	R=.174 P=.464	R=.173 P=.465	R=-.273 P=.243
Téc. Saúde Mental - Avaliativo	R=-.276 P=.238	R=-.214 P=.365	R=-.263 P=.262
Téc. Saúde Mental - Potência	R=-.523* P=.018	R=-.467* P=.038	R=-.446* P=.049
Téc. Saúde Mental - Total	R=-.559* P=.010	R=-.490* P=.028	R=-.430 P=.058
Apoio Psicossocial - Avaliativo	R=.154 P=.517	R=-.124 P=.602	R=-.096 P=.688
Apoio Psicossocial - Potência	R=.446* P=.049	R=.360 P=.119	R=.037 P=.878
Apoio Psicossocial - Total	R=.149 P=.532	R=.172 P=.470	R=-.191 P=.420

* significativo para $p \leq 0.05$

Pela análise da tabela 41 verificamos que foi encontrada correlação negativa significativa entre o total do conceito "Instituições psiquiátricas" e o total da escala de envolvimento, ou seja, quanto mais positiva é a percepção das instituições psiquiátricas menor o envolvimento dos familiares no processo de reabilitação do seu familiar doente.

Igualmente negativa e significativa foi encontrada a correlação entre o factor potência do conceito "técnicos de saúde mental" e os resultados da escala EAEFR, ou seja quanto maior força é reconhecida aos técnicos de saúde mental, menor o envolvimento da família. No mesmo sentido foi encontrada correlação entre a percepção dos técnicos de saúde mental e o envolvimento da família, ou seja, quanto mais positiva é a percepção que as famílias têm dos técnicos de saúde mental menor é o envolvimento da família, percebido pelos técnicos.

Relativamente ao factor potência do conceito "Apoio psicossocial" encontramos uma correlação positiva e significativa entre este, o *score* total da EAEFR e factor envolvimento, ou seja quanto mais força é reconhecida ao apoio psicossocial maior o envolvimento da família no processo de reabilitação.

Comparação do grupo dos familiares de menor envolvimento (Grupo 1) com o grupo de familiares de maior envolvimento (Grupo 2) no processo de reabilitação ao nível da percepção de si, da doença e da reabilitação.

Para a definição dos grupos a comparar utilizamos como critério, a partir da análise dos *scores* globais de resposta à EAEFR, que o grupo 1 era constituído pelos participantes que obtiveram um *score* total igual ou inferior a 66 (n=6) e o grupo 2 constituído pelos participantes que obtiveram um *score* total igual ou superior a 80 (n=6) ou seja, igual ou superior ao valor intermédio da escala.

Na tabela 42 apresentamos os resultados obtidos quando comparamos os dois grupos, através da utilização do teste Mann – Whitney, ao nível dos conceitos que remetem para a percepção de si.

Tabela 42 – Teste Mann – Whitney : comparação do grupo de familiares com menor envolvimento (Grupo 1) com o grupo de maior envolvimento (Grupo 2) ao nível dos factores dos conceitos que remetem para a percepção de si

	Grupo 1		Grupo 2		U	p
	N	Média de Rank	N	Média de Rank		
Eu - Avaliativo	6	7.08	6	5.92	14.500	.574
Eu - Potência	6	5.58	6	7.42	12.500	.394
Eu - Total	6	6.50	6	6.50	18.000	1.000
A minha família - Avaliativo	6	8.00	6	5.00	9.000	.145
A minha família - Potência	6	8.75	6	4.25	4.500	.029*
A minha família – Total	6	9.50	6	3.50	0.000	.004*
Ser familiar de um doente mental – Avaliativo	6	6.83	6	6.17	16.000	.748
Ser familiar de um doente mental - Potência	6	7.75	6	5.25	10.500	.225
Ser familiar de um doente mental - Total	6	8.33	6	4.67	7.000	.073
Percepção de si - Avaliativo	6	8.00	6	5.00	9.000	.149
Percepção de si - Potência	6	7.50	6	5.50	12.000	.335
Percepção de si - Total	6	7.92	6	5.08	9.500	.172

* significativo para $p \leq 0.05$

A análise da tabela 42 permite-nos verificar que existem diferenças significativas entre os dois grupos relativamente ao factor potência e ao total do conceito “A minha família”, sendo que o grupo que se envolve menos percebe a sua família com mais força. Não foram encontradas diferenças significativas ao nível dos factores dos outros conceitos apresentados.

À semelhança do procedimento anterior, apresentamos na tabela 43 os resultados obtidos quando comparamos os dois grupos, através da utilização do teste Mann – Whitney, ao nível dos conceitos que remetem para a percepção da doença.

Tabela 43 – Teste Mann – Whitney : comparação do grupo de familiares com menor envolvimento (Grupo 1) com o grupo de maior envolvimento (Grupo 2) ao nível dos factores dos conceitos que remetem para a percepção da doença

	Grupo 1		Grupo 2		U	p
	N	Média de Rank	N	Média de Rank		
Doença mental - Avaliativo	6	7.00	6	6.00	15.000	.624
Doença mental- Potência	6	8.17	6	4.83	8.000	.102
Doença mental - Total	6	8.25	6	4.75	7.500	.091
Esquizofrenia - Avaliativo	6	6.33	6	6.67	17.000	.868
Esquizofrenia - Potência	6	7.33	6	5.67	13.000	.406
Esquizofrenia – Total	6	8.25	6	4.75	7.500	.072
Loucura – Avaliativo	6	6.17	6	6.83	16.000	.735
Loucura - Potência	6	7.67	6	5.33	11.000	.250
Loucura - Total	6	6.75	6	6.25	16.500	.809
Psicose - Avaliativo	6	6.75	6	6.25	16.500	.808
Psicose - Potência	6	6.42	6	6.58	17.500	.934
Psicose - Total	6	6.50	6	6.50	18.000	1.000
Percepção da doença - Avaliativo	6	6.67	6	6.33	17.000	.872
Percepção da doença - Potência	6	7.67	6	5.33	11.000	.261
Percepção da doença - Total	6	7.75	6	5.25	10.500	.229

* significativo para $p \leq 0.05$

A análise da tabela 43 permite-nos verificar que não existem diferenças significativas entre o grupo de familiares que obteve *scores* mais baixos de envolvimento no processo de reabilitação e os familiares que obtiveram *scores* mais elevados, ao nível de nenhum dos conceitos apresentados na escala de diferencial semântico e que remetiam para a percepção da doença.

Na tabela 44 apresentamos os resultados da aplicação do teste Mann-Whitney para comparação dos dois grupos ao nível dos conceitos que remetem para a percepção do processo de reabilitação psicossocial.

Tabela 44 – Teste Mann – Whitney : comparação do grupo de familiares com menor envolvimento (Grupo 1) com o grupo de maior envolvimento (Grupo 2) ao nível dos factores dos conceitos que remetem para a percepção do apoio no processo de reabilitação

	Grupo 1		Grupo 2		U	p
	N	Média de Rank	N	Média de Rank		
Reabilitação - Avaliativo	6	6.58	6	6.42	17.500	.936
Reabilitação- Potência	6	6.33	6	6.67	17.000	.872
Reabilitação - Total	6	6.67	6	6.33	17.000	.872
Psicoterapia - Avaliativo	6	8.17	6	4.83	8.000	.105
Psicoterapia - Potência	6	6.17	6	6.83	16.000	.748
Psicoterapia- Total	6	7.67	6	5.33	11.000	.259
Instituições Psiquiátricas – Avaliativo	6	8.50	6	4.50	6.000	.053*
Instituições Psiquiátricas - Potência	6	6.92	6	6.08	15.500	.686
Instituições Psiquiátricas - Total	6	8.42	6	4.58	6.500	.065
Medicação - Avaliativo	6	5.75	6	7.25	13.500	.466
Medicação - Potência	6	5.92	6	7.08	14.500	.569
Medicação - Total	6	5.75	6	7.25	13.500	.469
Técnicos de saúde mental - Avaliativo	6	8.08	6	4.92	8.500	.089
Técnicos de saúde mental - Potência	6	9.17	6	3.83	2.000	.010*
Técnicos de saúde mental - Total	6	9.50	6	3.50	0.000	0.004*
Apoio Psicossocial - Avaliativo	6	7.67	6	5.33	11.000	.244
Apoio Psicossocial - Potência	6	5.08	6	7.92	9.500	.168
Apoio Psicossocial - Total	6	6.50	6	6.50	18.000	1.000
Percepção do processo de reabilitação – Avaliativo	6	8.25		4.75	7.500	0.92
Percepção do processo de reabilitação - Potência	6	5.83	6	7.17	14.000	.522
Percepção do processo de reabilitação - Total	6	6.83	6	6.17	16.000	.749

* significativo para $p \leq 0.05$

A análise da tabela 44 mostra-nos que existem diferenças significativas entre os dois grupos no factor potência e no total do conceito “Técnicos de saúde mental”, sendo que o grupo dos familiares que se envolve menos reconhece mais força aos profissionais.

Também se encontram diferenças significativas ao nível do factor avaliativo do conceito "Instituições Psiquiátricas", sendo que o grupo que se envolve menos avalia com um *score* mais elevado estas instituições.

Estudo das variáveis de caracterização e o nível de envolvimento no processo de reabilitação

Estar ou não integrada num grupo de famílias

Para compararmos os resultados dos familiares participantes, que estão inseridos em grupos de famílias com os que não estão, utilizamos o t-test (para amostras independentes) após verificada a normalidade da amostra através dos testes Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk (tabela 45).

Tabela 45 - Avaliação da normalidade da amostra ao nível da variável pertença a grupo de famílias

	Faz parte de um grupo de famílias?	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	p	Statistic	df	p
Envolvimento	sim	,168	12	,200(*)	,938	12	,470
	não	,174	8	,200(*)	,915	8	,417
Suporte	sim	,123	12	,200(*)	,977	12	,930
	não	,201	8	,200(*)	,946	8	,644
Total EAEFR	sim	,170	12	,200(*)	,884	12	,106
	não	,209	8	,200(*)	,897	8	,329

Pela análise da tabela 45 verificamos que existe distribuição normal da nossa amostra ao nível da variável pertença a um grupo de famílias, uma vez que p é superior a 0.05.

Debruçamo-nos então sobre as diferenças entre os familiares que pertencem a grupo de famílias e familiares que não pertencem a grupo de famílias (tabelas 46 e 47).

Tabela 46 - Estatística Descritiva da variável pertença a grupo familiar

	Faz parte de um grupo de famílias?	N	Média	Desvio padrão
Envolvimento	sim	12	53,5833	9,4432
	não	8	55,0000	8,8802
Suporte	sim	12	25,6667	3,3121
	não	8	26,7500	2,7646
Total EAEFR	sim	12	71,9167	9,2977
	não	8	74,8750	7,4917

Tabela 47 - t-test: comparação entre os familiares que pertencem a grupos de famílias e os que não pertencem ao nível da EAEFR

		Teste Levéne		T test		
		f	p	t	df	p
Envolvimento	Variância assumida	,008	,930	-,336	18	,741
	Variância não assumi			-,341	15,814	,738
Suporte	Variância assumida	,340	,567	-,763	18	,455
	Variância não assumi			-,792	16,937	,439
Total EAEFR	Variância assumida	,170	,685	-,750	18	,463
	Variância não assumi			-,785	17,209	,443

* significativo para $p \leq 0.05$

A análise da tabela 47 permite-nos verificar que não existem diferenças significativas entre os dois grupos, verificada através da interpretação do valor de p lido na linha da variância assumida. A decisão de leitura desta linha foi dada pela interpretação dos resultados do teste Levéne, que mostrou existir homogeneidade de variâncias ($p > 0.05$).

Género do familiar

Utilizando um procedimento análogo ao anterior, fomos verificar se existiam diferenças entre os familiares do sexo feminino e os familiares do sexo masculino ao nível do envolvimento no processo de reabilitação. Começamos por estudar a distribuição da amostra ao nível da variável género familiar (tabela 48)

Tabela 48 - Avaliação da normalidade da amostra ao nível da variável género do familiar

	género	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	p	Statistic	df	p
Envolvimento	feminino	,149	15	,200(*)	,949	15	,494
	masculino	,236	5	,200(*)	,888	5	,371
Suporte	feminino	,159	15	,200(*)	,956	15	,590
	masculino	,349	5	,046	,745	5	,039
Total EAEFR	feminino	,125	15	,200(*)	,929	15	,327
	masculino	,300	5	,161	,926	5	,497

A análise da tabela 48 permite-nos verificar que, com a utilização dos testes Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk, não se verificou existir distribuição normal da amostra ao nível da variável género do familiar. Esta constatação conduziu-nos à utilização de estatística não paramétrica, teste Mann-Whitney para comparação dos dois grupos.

Tabela 49 - Estatística Descritiva da variável género da familiar

	Género	N	Média	Desvio padrão
Envolvimento	feminino	15	52,1333	8,7657
	Masculino	5	60,2000	7,4632
Suporte	feminino	15	26,0667	3,2834
	Masculino	5	26,2000	2,6833
Total EAEFR	feminino	15	71,1333	8,5846
	masculino	5	79,0000	5,5227

Tabela 50 - Teste Mann-Whitney: comparação entre os familiares do sexo masculino e familiares do sexo feminino ao nível da EAEFR

		N	Média de Rank	U	p
Envolvimento	Feminino	15	9.17	17.500	.080
	Masculino	5	14.50		
Suporte	Feminino	15	10.23	33.500	.725
	Masculino	5	11.30		
Total EAEFR	Feminino	15	9.10	16.500	.066
	Masculino	5	14.70		

* significativo para $p \leq 0.05$

A análise da tabela 50 permite-nos verificar que não existem diferenças significativas entre os dois grupos.

Grau de parentesco com o familiar doente

Tabela 51 - Avaliação da normalidade da amostra ao nível da variável parentesco com o familiar doente

	Grau de parentesco	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	p	Statistic	df	p
Envolvimento	mãe	,154	14	,200(*)	,952	14	,567
	pai	,236	5	,200(*)	,888	5	,371
Suporte	mãe	,134	14	,200(*)	,956	14	,634
	pai	,349	5	,046	,745	5	,039
Total EAEFR	mãe	,127	14	,200(*)	,924	14	,320
	pai	,300	5	,161	,926	5	,497

A análise da tabela 51 permite-nos verificar que com a utilização dos testes Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk não se verificou existir distribuição normal da amostra ao nível da variável relação com o familiar doente. Recorremos então à estatística não paramétrica através do teste Mann-Whitney para comparação dos dois grupos.

Tabela 52 - Estatística Descritiva da variável relação com o familiar doente

	Grau de parentesco	N	Média	Desvio padrão
Envolvimento	mãe	14	52,6429	8,8631
	pai	5	60,2000	7,4632
Suporte	mãe	14	26,0714	3,4073
	pai	5	26,2000	2,6833
Total EAEFR	mãe	14	71,5000	8,7859
	pai	5	79,0000	5,5227

Tabela 53 - Teste Mann-Whitney: comparação entre o grupo de mães e o grupo de pais ao nível da EAEFR

		N	Média de Rank	U	p
Envolvimento	Mãe	14	8.75	17.500	.104
	Pai	5	13.50		
Suporte	Mãe	14	9.75	31.500	.744
	Pai	5	10.70		
Total EAEFR	Mãe	14	8.68	16.500	.086
	Pai	5	13.70		

* significativo para $p \leq 0.05$

A análise da tabela 53 permite-nos verificar que não existem diferenças significativas entre os dois grupos.

Anos de evolução da doença

Para averiguarmos a relação entre os anos de evolução da doença e o envolvimento dos familiares no processo de reabilitação, aplicamos o coeficiente de correlação de Pearson (tabela 55) após verificarmos através dos testes Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk que a amostra tinha distribuição normal ao nível desta variável (tabela 54).

Tabela 54 - Avaliação da normalidade da amostra ao nível da variável anos de evolução da doença e EAEFR

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	p	Statistic	df	p
Envolvimento	.155	20	,200*	.939	20	.225
Suporte	.137	20	,200*	.962	20	.586
Total EAEFR	.167	20	.146	.921	20	.105
Anos de evolução da doença	.157	20	,200*	.945	20	.300

Tabela 55 – Correlação de Pearson: relação entre anos de evolução da doença e resultados na EAEFR

		Envolvimento	Suporte	Total EAEFR
Anos de evolução da doença	Correlação de Pearson	,310	-,062	,261
	p	,183	,796	,266
	N	20	20	20

* significativo para $p \leq 0.05$

Pela análise da tabela 55 verificamos que, nos resultados da nossa amostra, não foi encontrada correlação entre os anos de evolução da doença e o envolvimento dos familiares no processo de reabilitação.

DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Versão portuguesa da EAEFR

Para respondermos às questões orientadoras do nosso trabalho, através da metodologia seleccionada, foi necessário passarmos por uma etapa que, embora não tendo sido objectivo geral inicial desta investigação, se tornou uma mais valia ao nível do estudo de instrumentos padronizados a usar na área da reabilitação psicossocial. Iniciámos assim esta investigação com o estudo das propriedades métricas da tradução portuguesa da *Family Involvement Assessement Scale* (McNeill, 1997) realizada por Oliveira (1998).

Neste estudo, a versão portuguesa da escala designada por Escala de Avaliação do Envolvimento Familiar em Doentes em Reabilitação (EAEFR) revelou possuir boas qualidades psicométricas, particularmente em termos de validade e da sua fidelidade ao nível da consistência interna.

Em relação à solução factorial apresentada pelos autores da versão original, evidenciaram-se problemas em termos de estabilidade e replicabilidade.

A solução de três eixos foi a escolhida no estudo americano, contudo o nosso estudo apontou para uma melhor solução de dois factores com exclusão de cinco itens. A versão resultante passou, assim, a incluir trinta e dois itens agrupados em dois factores, envolvimento e suporte, ajustando-se plenamente ao constructo teórico (Barrere's, 1988 citado por McNeill, 1997) subjacente à construção do instrumento.

A título prospectivo esta primeira investigação, sobre a adaptação portuguesa da Escala de Avaliação do Envolvimento Familiar em Doentes em Reabilitação, incentiva a continuação deste tipo de estudos sobre a percepção dos técnicos relativamente ao nível de envolvimento das famílias no processo de reabilitação do seu familiar.

A EAEFR é um instrumento que, para além de possibilitar a interpretação do nível de envolvimento da família, através da leitura do *score* global, permite também a leitura qualitativa dos diferentes itens (comportamentos adoptados pela família). Assume-se, assim, como um poderoso instrumento para um melhor conhecimento do funcionamento familiar e das repercussões no tratamento reabilitacional (Oliveira, 1998), quando a evidencia é inequívoca relativamente à mais valia que a família representa quando considerada como um parceiro efectivo no processo de reabilitação psicossocial da pessoa com doença mental.

Características da amostra

No que concerne à dimensão reduzida da nossa amostra em estudo, realçamos que na altura da recolha de dados, os Serviços seleccionados (no total dos três) estavam a prestar cuidados a aproximadamente cinquenta pessoas, sendo que os vinte familiares da nossa amostra corresponderam a aproximadamente 40% dos familiares das pessoas atendidas nos Serviços na altura da recolha de dados.

A recolha da amostra foi efectuada nos momentos em que os familiares se dirigiram aos serviços para participarem em reuniões familiares (previamente agendadas) ou noutros momentos em que os técnicos de referência convocaram as famílias especialmente para o efeito. A recolha decorreu num período de aproximadamente cinco meses.

Nenhuma das pessoas contactadas se recusou expressamente a participar, pelo que a percentagem de familiares apurados correspondeu à percentagem de familiares que com alguma regularidade contacta aqueles serviços e que responde favoravelmente à solicitação para estar presente em reuniões agendadas. Esta percentagem situa-se um pouco a cima, no entanto próxima, daquela que Reis (2004) refere ser a percentagem de famílias que adere a programas, planeados para elas. O autor refere que não é fácil implementar uma unidade de intervenção familiar num serviço de saúde mental e só uma baixa percentagem de famílias (aproximadamente 30%) adere a este tipo programas.

Assim, a nossa amostra corresponde a um grupo de familiares que adere ao convite para participar em programas e aceita colaborar em propostas de investigação.

Salientamos o facto da média de idades dos familiares se situar a nível dos 61.25 anos, dos participantes pertencerem maioritariamente ao género feminino e de serem sobretudo mães, o que vai de encontro ao que na literatura encontramos como perfil dos familiares prestadores de cuidados às pessoas com doença mental grave e persistente (Lefley, 1987; Ascher – Svanum e Sobel, 1989; Greenberg et al, 1993).

Relativamente ao agregado familiar, a maioria dos participantes apresenta um agregado familiar constituído por pai, mãe e filho doente ou filhos. No entanto em 30% dos casos estávamos perante famílias monoparentais, o que corrobora as percentagens apontadas por Lefley (1987) e nos acentua a preocupação relativa à necessidade de criar estruturas de resposta a médio-longo prazo para estas pessoas. Esta característica da estrutura familiar poderá relacionar-se com a tensão acrescida na dinâmica das famílias que conduz, muitas vezes, a rupturas e desmembramento do agregado. Só um estudo com controle da variável tempo de evolução da doença e tipologia familiar poderá fornecer indicadores sobre se a constituição do agregado familiar é causa ou consequência da família incluir um elemento com doença mental.

A maioria dos participantes, no nosso estudo, estão integrados em grupos de famílias que são dinamizados no Serviço onde o seu familiar doente está a ser acompanhado, o que demonstra que o trabalho com as famílias é já uma prática nos serviços que assentam a sua abordagem na filosofia da reabilitação psicossocial.

Relativamente às pessoas com doença mental, familiares da nossa amostra, estas apresentam uma média de idade situada nos 33.75 anos, uma média de 11 anos de evolução da doença e a maioria dos casos tem história de internamentos, embora numa média relativamente baixa (2.88). Estes dados revelam uma população adulta jovem, que corresponde àquela que maioritariamente é atendida nos serviços de reabilitação psicossocial. O tempo de evolução da doença também demonstra a fase de vida em que normalmente a doença se instala e é diagnosticada (início da idade adulta) e as características de cronicidade de uma doença como a esquizofrenia.

As características relativas aos anos de evolução da doença e ao número de internamentos são similares às características da amostra da investigação de Xavier

(1999) e que o autor explica recorrendo ao padrão de utilização dos dispositivos de internamento completo nas últimas três décadas. O autor refere que houve uma diminuição do número absoluto de internamentos, relacionada com os avanços terapêuticos e com a modificação das políticas de saúde (redução do número de camas, criação de dispositivos alternativos à hospitalização, etc.) e um decréscimo relativo do número de internamentos a partir dos cinco anos de evolução da doença. Este último fenómeno tem sido relacionado com modificações da gravidade do quadro psicopatológico, intrínsecos ao curso e evolução da própria doença (Moller, 1995 citado por Xavier, 1999)

Avaliação da percepção que as famílias têm de si próprias, da doença e da reabilitação.

Dada a dimensão da amostra e o processo de amostragem utilizado nesta investigação, os nossos resultados não podem ser extrapolados para a totalidade da população dos familiares de pessoas com doença mental. Apenas é lícito extrair conclusões formais para a amostra em estudo, contudo estas servirão de indicadores para futuras investigações.

Na avaliação efectuada, através da aplicação da escala de diferencial semântico, foram determinados sucessivamente duas dimensões parciais, a qualidade e a força atribuída ao conceito apresentado, correspondentes respectivos do factor avaliativo e factor potência da escala usada.

- Percepção de si

A análise das respostas aos conceitos "Eu", "A minha família" e "Ser familiar de um doente mental", conceitos estes que consideramos facilitar a recolha de dados sobre a forma como estas famílias interpretam, sentem ou percebem conceitos relativos a si próprias, deram-nos indicadores sobre a dimensão "percepção de si".

Na nossa amostra, os resultados apontaram para que os familiares têm uma percepção positiva de si. Relativamente aos conceitos que contribuíam para esta dimensão, a percepção mais positiva foi relativa ao conceito "A minha família", seguida

do conceito “Eu” e com um valor mais baixo o conceito “Ser familiar de um doente mental”. Aqui parecemos possível a associação com o papel e a representação que a família tem na nossa cultura bem como os valores culturais associados à família.

O resultado face ao conceito “Ser familiar de um doente mental” permite-nos corroborar o que na literatura nacional (Martins, 1991; Xavier, 1999; Guterres, 2002, Reis, 2004), e internacional (George, 1986, Biegel, 1991, 1995, Spaniol, 2000) encontramos referindo que a doença mental tem repercussões nos familiares. Os autores referem que ter um familiar com doença mental não é inócuo para a família, a qual experiencia, por esse facto, uma sobrecarga objectiva (problemas económicos, ocupacionais e outros) e uma carga subjectiva (vivências e emoções dolorosas).

Assim, no nosso estudo, embora o *score* total face ao conceito “Ser familiar de um doente mental” seja positivo, ele é inferior ao *score* dos outros conceitos usados para avaliar a dimensão “percepção de si”. Este resultado remete-nos para o facto de o termo doente mental gerar percepções negativas (Farina e Fisher, 1982), apesar da diminuição da distância social relativamente à pessoa com doença mental moldar essa percepção (Amaral, 1990).

Quando analisamos o factor avaliativo e o factor potência, separadamente, verificamos diferenças significativas entre estes factores relativamente aos três conceitos, sendo que o factor avaliativo nos conceitos “Eu” e “A minha família” é significativamente mais elevado do que o factor potência, ou seja, a percepção que os familiares têm da qualidade de si e da sua família é significativamente superior ao peso que sentem relativamente a esses conceitos. Face ao conceito “Ser familiar de um doente mental” a relação inverte-se, aqui, o peso é sentido como significativamente superior à importância e à qualidade atribuída.

Isto parece remeter-nos para duas questões fundamentais: primeiro uma distinção clara entre o que os familiares sentem relativamente à sua família e ao ser familiar de um doente mental, numa amostra de familiares de pessoas com doença mental, possível indicador de ambivalência face a um mesmo objecto (familiar com doença mental), mas permite-nos também levantar a hipótese de que a família não deixa de ser sentida positivamente e de ser merecedora de atitudes positivas pelo facto de ter um elemento com doença mental. Perante si e a sua família, os nossos participantes

evidenciaram uma opinião e atitude, em termos afectivos, de qualidade positiva, enquanto que essa qualidade foi claramente inferior e evidenciaram-se os sentimentos de peso e forte impacto perante o facto de serem familiares de uma pessoa com doença mental.

Estes resultados remetem-nos para conceitos abordados ao longo do enquadramento teórico, tais como sobrecarga ou peso familiar nas famílias dos doentes mentais, e também nos permitem reflectir sobre os resultados decorrentes dos estudos de avaliação das necessidades das famílias que apontavam para uma clara distinção entre ser familiar de um doente mental ou ser uma família doente. Nos resultados dos estudos de Spaniol e colaboradores, as famílias sentiam-se como necessitadas de informações para lidar com o seu familiar doente e com a condição a ele associada, mas não pediam ajuda para si próprias ou para modificações de sentimentos, emoções e afectos relativos a si .

- Percepção da doença

A análise das respostas aos conceitos “Doença mental”, “Esquizofrenia”, “Loucura” e “Psicose”, conceitos estes que consideramos facilitar a recolha de dados sobre a forma como estas famílias interpretam, sentem ou percebem conceitos relativos à doença deram-nos indicadores sobre a dimensão “percepção da doença”.

Os resultados encontrados permitem-nos verificar uma percepção negativa para qualquer um dos conceitos apresentados, o que corrobora os resultados dos estudos que demonstram que o termo “doente mental” suscita percepções negativas (Farina & Fisher, 1982; Amaral, 1990; Reis, 2004). Aqui ressalvamos a diferença de ter usado conceitos relativos à doença mental e não à pessoa com doença mental.

Farina e Fisher (1982) estudaram a influência que a percepção dos outros tem na percepção que a pessoa com doença mental tem de si própria. Segundo os autores, alguns sentimentos auto depreciativos e crenças de incapacidade social poderão resultar do facto das pessoas saberem que os outros os vêem como doentes mentais e que fazem de si uma avaliação negativa. Sendo a nossa amostra uma amostra de familiares de pessoas com doença mental, as implicações de uma representação negativa podem ser ainda mais expressivas quando pensamos que muitas vezes a

família é um elemento significativo na reduzida rede de suporte social da pessoa com doença mental. Se relacionarmos este resultado com aquele que foi obtido face ao conceito de ser familiar de um doente mental, poderemos afirmar que é a doença que as famílias sentem como negativa e não a relação com os seus familiares doentes.

Ao compararmos os factores avaliativo e potência, nos diferentes conceitos, encontrámos diferenças significativas entre os dois factores em qualquer um dos conceitos apresentados e todas estas diferenças apontavam no mesmo sentido, i.e., o factor potência com um score significativamente mais elevado do que o factor avaliativo.

Este resultado vai no mesmo sentido do anteriormente referido relativamente ao ser familiar de um doente mental. O peso, a pressão, a sobrecarga sentida relativamente à doença mental são significativamente superiores à avaliação feita relativamente às qualidades dos conceitos apresentados.

A literatura refere-nos a influência negativa que a sobrecarga da doença mental tem no bem estar psicológico dos familiares, que o "peso" da doença mental põe em risco a saúde mental dos prestadores de cuidados, a integridade familiar e, fechando um círculo vicioso, o próprio estado clínico do doente (Fadden et al, 1987; Schene, 1990).

- Percepção da reabilitação

A análise das respostas aos conceitos "Reabilitação", "Psicoterapia", "Instituições Psiquiátricas", "Medicação", "Técnicos de Saúde Mental" e "Apoio Psicossocial", conceitos estes que consideramos facilitar a recolha de dados sobre a forma como estas famílias interpretam, sentem ou percebem conceitos relativos ao apoio do seu familiar doente, deram-nos indicadores sobre a dimensão "percepção dos apoios no processo de reabilitação".

Os resultados demonstraram uma percepção positiva da reabilitação, dos técnicos, das estruturas e dos apoios, o que está de acordo com os resultados do estudo de Xavier (1999) quando refere que as famílias se encontram satisfeitas com os apoios recebidos pelos profissionais e serviços de saúde mental.

Uma análise mais detalhada, quando comparamos o factor avaliativo e o factor potência dos conceitos apresentados, mostra-nos que as famílias em estudo percebem mais valor e menos força a estes aspectos da reabilitação, diferenças estas com valor de significância estatística. Excepção feita à percepção da família relativamente à medicação e às instituições psiquiátricas, as quais reconhecem igualmente como fortes, tão fortes quanto importantes. Estes nossos resultados merecem reflexão e abrem caminho para investigações mais detalhadas relativamente a esta atitude da família face à reabilitação. Parecem-nos levantar a questão de que as famílias adoptam uma atitude positiva face à reabilitação mas algo faz com que a reconheçam como não totalmente eficaz. Muitas variáveis poderão interferir para que este seja o resultado encontrado, variáveis estas que estavam fora do âmbito deste estudo, contudo parece-nos poder-se associar este resultado com o que na literatura encontramos fazendo referência a que as famílias não estão totalmente satisfeitas com os apoios recebidos para os seus familiares com doença mental, nem com o apoio para si próprio. Foi mesmo levantada a hipótese, por alguns autores (Biegel, 1995, Lefley, 1990 citado por Guterres, 2002; Xavier, 1999; Reis, 2004), de que este sentimento estaria associado ao facto de muitas vezes os serviços não irem ao encontro das necessidades e expectativas de doentes e famílias (Biegel, 1995, Lefley, 1990 citado por Guterres, 2002; Xavier, 1999; Reis, 2004). Este resultado funciona como indicador para a intervenção dos profissionais no sentido de conhecerem e compreenderem as necessidades e expectativas das famílias.

Globalmente e por forma a respondermos às questões iniciais da nossa investigação, os resultados demonstraram que estes familiares têm uma percepção positiva de si próprios, da sua família, dos apoios terapêuticos, estruturas e técnicos de saúde mental e uma percepção negativa da doença mental. Quanto ao facto de serem familiares de um doente mental, as famílias sentem o peso intenso que isso acarreta e avaliam negativamente essa condição, no entanto esse peso não é suficiente para que façam uma avaliação negativa do facto de serem familiares de um doente mental.

Em relação à percepção da importância atribuída aos conceitos apresentados, e quando agrupados em dimensões, encontramos uma maior importância atribuída à reabilitação, seguida da importância de si e em terceiro lugar à doença mental.

Relativamente à percepção da força encontramos a doença como o que tem mais força, mais peso, seguido de si próprio e por último a reabilitação.

Ao relacionarmos as dimensões em estudo encontramos correlações negativas significativas entre a avaliação que fazem da doença e a força que sentem em si próprios, a avaliação da doença e a força da reabilitação, o peso e a qualidade da doença. Ou seja, quanto mais grave é sentida a doença menos força é sentida em si próprio, na sua família e nos apoios da reabilitação. A gravidade da doença aparece associada a uma diminuição da força da família e também dos apoios dos cuidados prestados na reabilitação .

Também conforme a doença é percepcionada como mais grave ela é sentida como menos pesada. Este resultado, aparentemente contraditório, poderá estar relacionado com as expectativas da família face ao doente. Relativamente a um doente considerado menos grave, mais autónomo, a família assume expectativas e atribui causas ao seu comportamento que quando não correspondidas se tornam mais dolorosas. Perante um doente mais grave, as expectativas e as exigências são mais diminutas, o que terá necessariamente relação com a adaptação à situação e aos sentimentos a ela associados. Nesta última situação a família permanecerá menos tempo na fase de negação da doença, aceitará mais rapidamente a situação e, mobilizando recursos, adaptar-se-à. Uma outra hipótese explicativa para este resultado poderá estar relacionada com o facto de, perante situações avaliadas como mais graves, a família fazer mais facilmente uma delegação de competências nos técnicos e instituições tornando-se a família mais distante e menos envolvida.

Resultados da EAEFR

Relativamente ao envolvimento das famílias no processo de reabilitação do seu familiar doente, os resultados demonstram que os familiares do nosso estudo se encontram ligeiramente abaixo de um nível mediano. Se for considerado que as famílias participantes foram aquelas que responderam favoravelmente ao convite para estarem presentes nas reuniões dos grupos de famílias ou convocadas para outro tipo de articulação com os técnicos, permite-nos sentir que mesmo estas famílias que vão aparecendo não se envolvem o suficiente para serem parceiros efectivos neste

processo. Estes resultados vão de encontro ao que Reis (2004) referiu salientando a baixa percentagem de famílias que aderem aos programas de intervenção.

Os resultados da análise dos dois factores da escala (envolvimento e suporte) permitem-nos classificar as famílias do nosso estudo como mais envolvidas do que suportantes, o que segundo Barrer's (citado por McNeill, 1998) corresponde ao perfil das famílias que constituem um maior desafio para a equipa de reabilitação. Confiam pouco nos profissionais, têm expectativas irreais acerca das capacidades do familiar, mostram hostilidade e tendem a não comunicar abertamente e de forma clara com a equipa de reabilitação. Algumas vezes mudam os familiares de um programa de reabilitação para outro, focalizam e realçam as incapacidades e mantêm uma expectativa pouco realista de que o familiar pode recuperar para um estado melhor do que o anterior à situação que o conduziu ao programa de reabilitação.

Nos resultados concretos do nosso estudo, algumas características sobressaem, tais como a disponibilidade que estas famílias apresentam para comparecerem junto dos serviços e técnicos para reuniões e encontros, sempre que são convocadas, em contraponto com as poucas vezes que estas famílias perguntam à equipa se podem participar ou ajudar o seu familiar doente, o que nos sugere a dependência de uma atitude pró activa dos técnicos para que o envolvimento seja efectivado.

Também os resultados mais baixos nos itens "apoia o paciente a alcançar os seus objectivos" e "elogia e reforça o paciente" nos remetem para famílias com dificuldades em expressar assertivamente sentimentos e emoções que valorizem a pessoa com doença mental e a façam sentir que os outros acreditam que ela é capaz de ter sucesso na concretização das suas escolhas. Este resultado poderá estar relacionado com a elevada emoção expressa avaliada nas famílias das pessoas com esquizofrenia (Brown e Birley, 1972; Vaughan e Leff, 1976; Fallon et al, 1984) e realça a mais valia dos objectivos de diminuição da emoção expressa nos programas psicoeducacionais para as famílias.

Também ao mesmo nível encontramos a média de resposta ao item "dá opinião acerca da eficácia das terapias", permitindo-nos o resultado verificar que estas famílias poucas vezes o fazem. Este é um aspecto fundamental para o planeamento dos programas e aqui os técnicos deverão usar estratégias facilitadoras dessa expressão,

envolvendo desta forma também a família no planeamento e monitorização dos programas, valorizando o seu papel neste processo. Este resultado permite realçar a importância da compreensão do vínculo familiar aos serviços/técnicos e da importância desta relação ser trabalhada.

Relação entre os resultados na escala de diferencial semântico e os resultados na EAEFR

Para respondermos à nossa questão relativa à relação entre a percepção que a família do doente psicótico tem de si, da doença e do processo de reabilitação e o seu envolvimento no processo de reabilitação psicossocial, verificamos que relativamente à dimensão percepção de si, existe uma associação negativa entre a força que é sentida na família e o envolvimento na reabilitação.

Este resultado sugere-nos que, muitas vezes, a família sente que ao conseguir suportar a situação, não precisa de ajuda dos outros e isto leva a um maior risco de sobrecarga objectiva e subjectiva para a família. Deixa-nos também em aberto o facto de estas famílias, que se sentem mais fortes, se protegerem do contacto com os serviços com receio do estigma e dos objectivos dessa estreita colaboração (receio de que estejam a ser consideradas famílias ou familiares doentes).

No estudo da associação entre percepção dos apoios na reabilitação e o envolvimento, encontramos uma correlação negativa e significativa entre a percepção da qualidade das instituições psiquiátricas e o envolvimento, ou seja, quanto melhor é a avaliação que a família faz das instituições psiquiátricas menos se envolve.

Encontramos também correlação negativa significativa entre o factor potência do conceito "Técnicos de saúde mental" e o envolvimento da família, ou seja quanto mais força é sentida nos profissionais menos a família se envolve e vice-versa, assim como quanto mais positiva é a percepção relativamente aos técnicos também menor envolvimento existe por parte da família. A família delega funções quando encontra alguém que reconhece como competente, forte e capaz. A família desloca para o outro a competência que sente ou receia não ter.

Ainda no estudo da relação entre as variáveis medidas pelos dois instrumentos utilizados, encontramos uma correlação positiva significativa entre o factor potência do conceito "Apoio psicossocial" e o envolvimento da família, assim sendo, quanto mais forte a família sente o apoio mais se envolve no processo de reabilitação. Este é um conceito muito amplo e que engloba em si uma noção de suporte alargado às diferentes dimensões do indivíduo.

Estes resultados alertam-nos para o facto de não ser suficiente uma instituição ou uma equipa técnica reconhecida como "forte e capaz" na abordagem à pessoa com doença mental, só sendo conseguido o envolvimento da rede alargada quando o apoio efectivo e articulado da rede é sentido.

Comparação do grupo com scores mais elevados na EAEFR e do grupo com scores mais baixos relativamente à percepção de si, da doença e da reabilitação

Ao compararmos os resultados dos participantes no estudo que obtiveram resultados globais mais baixos na escala de envolvimento no processo de reabilitação com aqueles que obtiveram scores acima do valor intermédio da escala, ao nível da percepção que estes têm de si, da doença e da reabilitação, encontramos diferenças significativas entre os grupos dos familiares mais e menos envolvidos ao nível da percepção que têm do conceito "A minha família", do conceito "Instituições psiquiátricas" e do conceito "Técnicos de saúde mental".

Assim, os familiares que percebem de forma mais positiva a sua família e a força da sua família envolvem-se menos no processo de reabilitação do seu familiar com doença mental. Este resultado, a par da correlação anteriormente encontrada, remete-nos para questões levantadas por outros autores, nomeadamente a deturpação dos objectivos do trabalho de parceria entre técnicos e famílias, podendo a família sentir que, ao estar a ser envolvida no processo, está ela a ser alvo de estigma e a ser considerada uma família doente necessitada de intervenção.

Este é um resultado que salienta a importância da clarificação e negociação dos papéis entre técnicos e famílias por forma a que, por um lado, as famílias compreendam a importância da sua colaboração neste processo e que, sem receios

ou fantasias, acedam a trabalhar em parceria e, por outro lado, os técnicos desenvolvam estratégias de aproximação às famílias.

Os familiares com uma percepção mais positiva dos técnicos de saúde mental e da sua força, também se envolvem menos.

Os familiares que percebem a qualidade superior das instituições psiquiátricas envolvem-se menos no processo de reabilitação do seu familiar doente.

Estes dois últimos resultados remetem-nos, uma vez mais, para a questão da clarificação de papéis e da necessidade imperiosa de ser partilhada com as famílias a mais valia que representa um trabalho articulado onde todos são essenciais e não mutuamente exclusivos. Se não houver esta clarificação, corremos o risco de que, se as famílias confiarem no poder dos profissionais deleguem neles a responsabilidade do tratamento e se afastem. Por outro lado se elas se sentem fortes, pensam não precisar da ajuda dos outros e aumentam a sobrecarga sentida. Em qualquer destas situações, nunca é efectivado um trabalho articulado.

Associação entre as variáveis

Ressalvando as eventuais limitações de representatividade decorrentes do tamanho da amostra, não identificamos quaisquer associações entre as pontuações da EAEFR e as variáveis sócio-demográficas estudadas (género feminino ou masculino do familiar e envolvimento na reabilitação, grau de parentesco com a pessoa doente e envolvimento no processo de reabilitação, anos de evolução da doença e envolvimento no processo, pertencer ou não a um grupo de famílias e nível de envolvimento no processo de reabilitação do familiar doente).

Este último resultado alerta-nos para a evidência de os programas implementados na abordagem às famílias não estarem a usar estratégias facilitadoras do envolvimento desta no processo de reabilitação do seu familiar doente.

Da análise dos resultados da nossa investigação, ressalta a necessidade de ser trabalhada a relação entre profissionais de saúde mental e familiares de pessoas com doença mental, cabendo aos profissionais:

- Promover e dinamizar espaços de encontro
- Conhecer e compreender necessidades, expectativas e crenças dos familiares
- Responder às necessidades e sentimentos da família
- Clarificar e negociar com a família os diferentes papéis a assumirem na reabilitação do seu familiar doente
- Clarificarem limitações e competências dos profissionais e serviços, junto das famílias
- Desenvolver estratégias de aproximação às famílias e incluírem-nas como parceiros na abordagem à pessoa com doença mental
- Adoptar estratégias educacionais que passem também pela informação da mais valia que o envolvimento da família tem na reabilitação psicossocial do seu familiar doente, sem descorar a mais valia de outros elementos de suporte sócio-técnico
- Efectivar programas de apoio individualizados dirigidos às necessidades
- Desenvolver mecanismos de apoio nas diferentes vertentes: psicológica, social e profissional.

Estas estratégias terão como finalidade o reconhecimento, de ambas as partes, da importância de si e do outro no processo de reabilitação psicossocial, que é necessariamente um processo relacional, com o objectivo máximo de modificar a relação entre a pessoa doente e o seu ambiente. Se, de forma articulada e a par do processo terapêutico da pessoa doente, forem potencializados recursos internos de profissionais e famílias, para fazer face às situações com que se deparam, surge a competência para “lidar com”, minimizando a sobrecarga sentida. Esta será uma preciosa ajuda para a relação positiva entre pessoa doente, família e técnicos de saúde mental.

CONCLUSÃO

Este trabalho teve como finalidade primária o estudo das famílias de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, em busca da compreensão de como é que estas famílias se percebem a si, à doença e à reabilitação e o estudo de possíveis relações entre esta percepção e o nível de envolvimento das famílias no processo de reabilitação psicossocial do seu familiar doente (avaliado pelos técnicos de referência da pessoa com diagnóstico de esquizofrenia).

Partindo do pressuposto de que o trabalho de parceria entre pessoa doente, técnicos, família ou pessoas relevantes e estruturas comunitárias é um aspecto crucial no processo de reabilitação da pessoa com doença mental, este trabalho constituiu um estudo preliminar das relações entre familiares de pessoas com doença mental e técnicos de saúde mental.

Sem minimizar o peso das limitações, decorridas da dimensão reduzida da amostra, constatamos, no final deste estudo, que a metodologia escolhida e a operacionalização no terreno forneceram dados relevantes, que nos permitem responder, mesmo que não de forma definitiva, às questões iniciais desta investigação.

O trabalho paralelo de estudo das propriedades métricas de um dos instrumentos seleccionados para a recolha de dados (Escala de Avaliação do Envolvimento Familiar em Doentes em Reabilitação) permitiu, após conclusão do estudo, enriquecer o universo de instrumentos padronizados, traduzidos, adaptados e estudados para a população portuguesa no âmbito da reabilitação psicossocial.

Relativamente às famílias, concluímos que estas têm uma percepção positiva de si e da reabilitação psicossocial e uma percepção negativa da doença mental.

Os resultados face aos conceitos que usamos na Escala de Diferencial Semântico, para avaliar a percepção de si, mostraram-nos que os familiares reconhecem em si e na sua família uma qualidade superior à força que sentem ter. Perante o conceito "ser

familiar de um doente mental”, embora a percepção continue a ser positiva, o peso sentido é significativamente superior à qualidade percebida.

Perante os conceitos que remetem para a percepção da doença mental, os familiares demonstraram sentir a doença como “séria”, “pesada”, “dura” e “forte”, sinónimo do peso que reconhecem à doença.

Face a conceitos que remetem para o processo de reabilitação psicossocial, os familiares sentem que a reabilitação, a psicoterapia, os técnicos de saúde mental e o apoio psicossocial são mais importantes do que fortes, levantando a hipótese de não reconhecerem eficácia plena a estes aspectos. Relativamente à medicação e instituições psiquiátricas, as famílias reconhecem-nas tão fortes quanto importantes.

Os resultados da EAEFR permitiram-nos concluir que a percepção dos técnicos relativamente ao envolvimento das famílias na reabilitação do seu familiar doente situa a um nível ligeiramente abaixo de mediano. Salientando que estávamos perante famílias que contactam com os profissionais, sempre que solicitadas, este resultado permite-nos concluir que mesmo as famílias que comparecem aos serviços não se encontram efectivamente envolvidas no processo de reabilitação.

Encontramos relação entre a percepção que a família tem de si e da reabilitação e o seu nível de envolvimento na abordagem reabilitativa. Familiares que se sentem mais fortes envolvem-se menos no processo. Familiares que sentem os técnicos mais fortes e/ou as instituições psiquiátricas mais importantes também se envolvem menos. Familiares que percebem de forma mais positiva o apoio psicossocial envolvem-se mais no processo de reabilitação.

Não foram encontradas relações entre o género feminino ou masculino do familiar, relação de parentesco com a pessoa doente, pertença ou não a um grupo de famílias e anos de evolução da doença com o nível de envolvimento das famílias no processo de reabilitação.

Os resultados do estudo realçam a importância do uso de estratégias facilitadoras da relação efectiva entre técnicos e familiares de pessoas com doença mental. Estas estratégias passam pela sensibilização das famílias para a importância de um trabalho

coordenado, em que as partes envolvidas são todas elas importantes e não mutuamente exclusivas, a fim de se prevenir e/ou reduzir a sobrecarga sentida pelas famílias relativamente à doença e ao ser familiar de um doente mental e evitar delegações de funções nos técnicos e serviços. Relativamente aos técnicos estes terão também que pensar e desenvolver estratégias de aproximação às famílias, reconhecendo-as não só como importantes no processo, mas compreendendo as suas expectativas e necessidades e ajustar praticas que respeitem não só a pessoa doente mas também aqueles que com ela se relacionam.

Não parece suficiente a implementação de programas standartizados na abordagem aos familiares de pessoas com doença mental. Tal como o processo de reabilitação psicossocial da pessoa doente exige um plano individualizado, também a compreensão das expectativas, necessidades e vivências dos familiares é essencial para que o envolvimento aconteça. Salieta-se a necessidade da abordagem às famílias enfatizar o processo relacional, onde o reconhecimento da espaço individual de cada parte e o reconhecimento da importância do outro é essencial para que a relação efectiva decorra e o envolvimento da rede de suporte sócio-técnica na abordagem à pessoa com doença mental assuma a mais valia que lhe é reconhecida.

Os resultados encontrados foram levantando questões que ficaram em aberto para futuras investigações:

- Que expectativas têm os familiares relativamente aos profissionais de saúde mental? E que expectativas têm os profissionais relativamente às famílias? Expectativas de uns e competências de outros, ajustam-se?
- Quais os factores que contribuem para que a família sinta a reabilitação como importante mas pouco poderosa?
- Que relação existe entre sobrecarga objectiva/ sobrecarga subjectiva e envolvimento familiar na reabilitação?
- Quais os factores que determinam a escolha, por parte dos técnicos, dos programas a implementar na abordagem psicossocial às famílias?

BIBLIOGRAFIA

- Ackerson, B. (2003). Parents with serious and persistent mental illness: Issues in assessment and services. *Social Work*, 43 (2), 187-194.
- Amaral, V. (1990). *Representações Sociais da doença mental, expectativas e processos de atribuição causal* (Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Anthony, W., Cohen, M., & Farkas, M. (1990). *Psychiatric rehabilitation*. Boston University: Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Anthony, W. (1991). The psychoeducational aspects of the psychiatric rehabilitation approach. *Análise Psicológica*, 1, 53-56.
- Arenas, A. et al. (1994). Del institucionalismo a la psiquiatria comunitária: enfoque histórico e evolución in *V Congresso S. João de Deus*. Mem-Martins: Editorial Hospitalidade.
- Arranz, T. (1989). *Asistencia psiquiátrica en pisos asistidos: teoría, práctica, evaluación*. Barcelona: Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús.
- Ascher-Svanum, H., & Sobel, T.S. (1989). Caregivers of mentally ill adults: a women's agenda. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 843-845.
- Barrowclough, C., & Tarrie, N. (1997). *Families of schizophrenics patients (2ª ed.)*. United Kingdom: Stanley Thornes.
- Basteiro, S., Gil, C., & Marín, R. (2003). *Guia para familiares de doentes mentais*. Lisboa: FNAFSAM.
- Bateson, G., Jackson, D., Haley, J., & Weakland, J. (1956). Towards a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1, 251-264.
- Beeler, J. et al. (1999). Patterns of family caregiving and support provided to older psychiatric patients in long-term care. *Psychiatric Services*, 50 (99), 1222-1224.
- Biegel, D., Sales, E., & Schultz, R. (1991). *Family caregiving in chronic illness*. London: Sage Publications.
- Biegel, D., Song, L., & Milligan, S.E. (1995). A comparative analysis of family caregivers perceived relationships with mental health professionals. *Psychiatric Services*, 46, 477-482.

- Bogart, T., & Solomon, P. (1999). Procedures to share treatment information among mental health providers, consumers and families. *Psychiatric Services* 50 (10), 1321-1325.
- Brown, G., & Birley, J. (1996). Influence of family life on the course of schizophrenic disorder: a replication. *British Journal of Psychiatry*, 121, 241-258.
- Caldas de Almeida, J.M. et al (1996). Evaluation of comprehensive care to schizophrenic patients in Portugal. In WARP (Eds), *Abstract Book*. Roterdão.
- Caplan, G. (1980). *Princípios de psiquiatria preventiva*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Carling, J. & Priscilla, R. (1990). *A psychiatric rehabilitation and approach to housing*. Boston: University of Vermont Department of Psychology.
- Cordo, M. (2003). *Reabilitação de pessoas com doença mental: das famílias para a instituição, da instituição para a família*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Cuijpers, P., & Stam, H. (2000). Burnout among relatives of psychiatric patients attending psychoeducational support groups. *Psychiatric Services* 51 (3), 375-379.
- Dixon, L. et al. (1999). Services to families of adults with schizophrenia: from treatment recommendations to dissemination. *Psychiatric Services* 50 (2), 233-238.
- Ekdawi, M., & Conning, A. (1994). *Psychiatric rehabilitation: a practical guide*. London: Chapman & Hall.
- Fadden et al (1987). The burden of care: the impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *British Journal of Psychiatry*, 150, 285-292.
- Falloon, J. et al. (1984). *Family care of schizophrenia*. New York: The Guilford Press.
- Farina, A., & Fisher, J. (1982). Beliefs about mental disorders: findings and implications. In W. Gifford e L. Herbert (Eds) *Interactions of Clinical and Social Psychology*. Cambridge: University Press.
- Ferreira, A.J., & Winter, W.D. (1965). Family interaction and decision making. *Archives of General Psychiatry*, 13, 214-223.
- Fisher, H. et al. (1989). The family and psychiatric rehabilitation. A family/professional perspective. In Farkas, M.; Anthony, W. (Eds.). *Psychiatric rehabilitation program services. Putting theory into practice*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

- Fonseca, A. (1991). São João de Deus e a Assistência Psiquiátrica in *IV congresso de Psiquiatria S. João de Deus*. Lisboa: Editorial Hospitalidade.
- Fonseca, A. (1985). *Psiquiatria e psicopatologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Foulcault, M. (1997). *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Editora Perspectiva.
- Francell, C.G. et al. (1988). Families perceptions of burden of care for chronic mentally ill relatives. *Hospital and Community Psychiatry*, 89 (12), 1296-1300.
- Gameiro, J. (1992). *Voando sobre a psiquiatria*. Lisboa: Afrontamento.
- Geiser, R., Hoche, I., & King, J. (1988). Respite care for mentally ill patients and their families. *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 291-295.
- George, L., & Wyther, L. (1986). Caregiver well-being a multidimension examination of family caregivers of demented adults. *Gerontologist*, 26, 253-259.
- Gibbons, J., Horn, S., & Powell, J. (1984). Schizophrenic patients and their families. *British Journal of Psychiatry*, 144, 70-77.
- Gracia, E. (1998). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona: Paidós Ibérica, S.A.
- Graham, R.W. (1983). Adult day care: how families with dementia patients respond. *Journal of Gerontological Nursing*, 15, 27-31.
- Greenberg, J.S. et al. (1999). Siblings of adults with mental illness or mental retardation: current involvement and expectation of future caregiving. *Psychiatric Services*, 50 (9), 1209-1213.
- Gugman, G., & Tessler, R. (1987). The impact of mental illness on families. *Journal of Family Issues*, 8, 226-245.
- Guterres, M.C. (2002). *Suporte social e qualidade de vida em pessoas com perturbações mentais crónicas apoiadas por serviços comunitários*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Herrman, H. et al. (1993). The health and wellbeing of informal caregivers: a review and study program. *Australian Journal of Public Health*, 17 (3), 261-266.

- Horwitz, A. et al (1992). The role of adult sibling in providing social support to the severely mentally ill. *Journal of Marriage and the Family*, 54, 233-241.
- Hume, C., & Pullen, I. (1986). *Rehabilitation in psychiatry*. New York: Churchill Livingstone.
- Joseph, J.G. et al. (1999). Characteristics and perceived needs of mothers with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 50 (10), 1357-1359.
- Kartschnig, H., & Konieczna, T. (1989). What works in work with relatives? A hypothesis. *British Journal of Psychiatry*, 155, 144-150.
- Kendall, P., & Hammen, C. (1998). *Understanding Human Problems (2ª Ed.)*. U.S.A: Houghton Mifflin Company.
- Klein, D., & White, J. (1996). *Family theories*. London: Sage Publications.
- Kovess, V. et al. (1996). Evaluation of comprehensive care for schizophrenic patients. Methodology of the multicentric european study. In WARP (Ed.), *Abstract Book: Roterdão*.
- Laidlaw, T. et al. (2002). Caregiver's stresses when living together or apart from patients with chronic schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, 38 (4), 303-310.
- Lefley, H. et al. (1990). *Families as allies in the treatment of the mentally ill*. Washington: American Psychiatric Press.
- Lefley, H. (1987). Aging parents as caregivers of mentally ill adult children's: an emerging social problem. *Hospital and Community Psychiatric*, 38, 1063-1070.
- Lefley, H. (1989). Family burden and family stigma in major mental illness. *American Psychologist*, 44 (3), 556-560.
- Levy, L. (1981). The national schizophrenia fellowship: a british self-help group. *Social Psychiatric*, 16, 129-135.
- Liberman, R.P. (1991). *Rehabilitation psychiatric des maladies mentaux chroniques*. Paris: Masson.
- Lidz, T. (1985). *Schizophrenia and the family*. New York: International University Press.
- Lin, N. (1986). Conceptualizing social support. In Lin, N.; Dean, A.; Ensel, W. (Eds.). *Social support, live events and depression*. New York: Academic Press.

- Marsh, D. et al. (1996). The family experience of mental illness: evidence and resiliense. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20 (2), 3-12.
- Martins, M. (1991). *A importância do movimento dos pais dos doentes mentais na mudança do sistema de saúde mental*. Lisboa (manuscrito não publicado).
- Mattessich, P., & Hill, R. (1987). Life cycle and family development. In Sussman, M., Steinmetz, S. *Handbook of marriage and family*. New York: Plenum Press.
- McNeill, D. et al. (1997). Assessing family Involvement in traumatic brain injury rehabilitation. The development of a new instrument. *Archieve of Clinical Neuropsychology*, 12 (7), 645-660.
- Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e da Solidariedade, *Sistema de Cuidados Continuados Integrados – documento de trabalho, versão integrada entre a Saúde e a Solidariedade Social*, 06-02-2002.
- Oliveira, R. (2001). *Psicologia clinica e reabilitação física*. Lisboa: ISPA.
- Oliveira, S. (1999). *Uma reflexão sobre a esquizofrenia – considerações dinâmicas*. Dissertação de mestrado em Psicologia Clínica e do Desenvolvimento. Universidade de Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Oliveira, S. (2002). Trechos da história da loucura. *Interações*, 3, 106-120.
- Organização Mundial de saúde (2001). *Relatório mundial de saúde 2001. saúde mental: nova compreensão, nova esperança*. Ministério da saúde, Direcção-Geral da Saúde
- Ornelas, J. (1989). Do Romantismo da loucura à sua transstitucionalização. *Análise Psicológica*, 4 (VII), 583 – 587.
- Ornelas, J. (1996). Sistemas de suporte comunitário. *Análise Psicológica*, 14 (2-3), 331- 339.
- Ornelas, J. (1997). Psicologia comunitária: origens, fundamentos e áreas de intervenção. *Análise Psicológica*, 3 (XV), 357-388.
- Page, R., Paixão, R., & Oliveira, R. (1998). Estudo factorial do método de diferenças semânticas numa população portuguesa. *Psychologica*, 20, 15-26.
- Pilling, S. (1991). *Rehabilitation and community care*. New York: Routledge.

- Provencher, H., Fournier, J., Perreault, M., & Vezina, J. (2000). The caregiver's perception of behavioural disturbance in relatives with schizophrenia: a stress-coping approach. *Community Mental Health Journal*, 36 (3), 293-306.
- Raj, L., Kulhara, P., & Avasthi, A. (1991). A social burden of positive and negative schizophrenia. *International Journal of Social Psychiatry*, 37, 242-250.
- Rappaport, J. (1990). Desinstitucionalização: empowerment e interajuda. O papel dos técnicos de saúde mental no sec.XXI. *Análise Psicológica*, 2 (VIII), 143 -162.
- Reinhard, S. (1994). Living with mental illness: effects of professional support and personal control on caregiver burden. *Research in Nursing and Health*, 17 (2), 79-88.
- Reis, F. (2004). Intervenção psicoeducativa nas famílias de esquizofrênicos. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando da Fonseca*, 1 (1), 19-41.
- Ribeiro, M. (1997). *A doença mental crónica: conceitos e preconceitos da reabilitação*. Dissertação de mestrado em Sociologia. Universidade Técnica de Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Rodriguez, A. (2002). *Rehabilitacion psicossocial de personas com transtornos mentales cronicos*. Madrid: Psicologia Pirâmide.
- Santos, A. (2001). *Ideologias, modelos e práticas institucionais em saúde mental e psiquiatria*. Coimbra: Quarteto.
- Schene et al (1996). Caregiving in severe mental illness: conceptualisation and measurement. In Knudsen, H.; Thornicroft (Eds.) *Mental Health Evaluation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Shorter, E. (2001). Uma história de psiquiatria: da era do manicómio à idade do prozac. Lisboa: Climepsi Editores.
- Smith, G.C. (2000). Planning by older mother for the future care of offspring with serious mental illness. *Psychiatric Services*. 51 (9), 1162-1166.
- Solomon, P., & Draine, J. (1995). Adaptive coping among family members of persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*. 46 (11), 1156-1160.
- Spaniol, L. (1987). Coping strategies of family caregivers. In Hatfield, A.; Lefley, H. (Eds.) *Families of the mentally ill: coping and adaptation*. New York: Guildford Press.
- Spaniol, L. et al (2000). *The role of the family in psychiatric rehabilitation*. Boston: Center for psychiatric rehabilitation.

- Spaniol, L., & Zipple, A. (1984). *Current research on families that include a person with a severe mental illness: a review of the findings*. Boston: Center for Rehabilitation Research and Training in Mental Health.
- Spaniol, L., & Zipple, A. (1988). Family and professional perceptions of family needs and coping strengths. *Rehabilitation Psychology*, 33, 37-45.
- Spaniol, L., Zipple, A., & Lockwood, D. (1992). The role of the family in psychiatric rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin*, 18 (3), 341-348.
- Talbott, J., & Hales, R. (2001). *Textbook of administration psychiatric: new concepts for a changing behavioural health system*. Washington: American Psychiatric Association.
- Terkelsen, K. G. (1987). The evolution of family responses to mental illness through time. In A.B. Hatfield and H. Lefley (Eds.). *Families of the mentally ill: coping and adaptation*. NY: Guilford Press.
- Tessler, R., Killian, L., & Gubman, G. (1987). Stages in families response to mental illness: an ideal type. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 10, 3-16.
- Theis, S.L., Moss, J. H., & Pearson, M. (1994). Respite for caregivers: an evaluation study. *Journal of Community Health Nursing*, 11(1), 31-44.
- Theunissen, G. (1991). *Wege aus der hospitalisierung*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Thomson, E., & Doll, W. (1982). The burden of families coping with the mentally ill: an invisible crisis. *Family Relations*, 31, 379-388.
- Thurer, S. (1983). Deinstitutionalization and women: where the buck stops. *Hospital and Community Psychiatry*, 34, 1162-1163.
- Unger, K. (1990). Reabilitação psiquiátrica: filosofia, princípios e investigação. *Análise Psicológica*, 2 (VIII), 163-169.
- Vaughan, C.E., & Leff, J. (1976). Influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. *British Journal of Psychiatry*, 129, 125-137.
- Winefield, H.R., & Harvey, E. (1993). Determinants of psychological distress in relatives of people with chronic schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19 (3), 619-625.
- Winne, L., & Singer, M. (1963). Thought disorder and family relations of schizophrenics. *Archives of General Psychiatry*, 1, 33-40.

Xavier , M. (1999). Avaliação de qualidade em serviços de psiquiatria e saúde mental. Dissertação de mestrado em saúde mental. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas.

ANEXO 1

Estatística Descritiva – Caracterização da amostra em estudo (n=20)

FREQUÊNCIAS

sexo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	feminino	15	75,0	75,0	75,0
	masculino	5	25,0	25,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

profissão

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	especialista de profissões intelectuais e científicas	1	5,0	5,0	5,0
	técnicos e profissionais de nível intermédio	1	5,0	5,0	10,0
	peçoal administrativo	3	15,0	15,0	25,0
	operários	2	10,0	10,0	35,0
	reformado	9	45,0	45,0	80,0
	Doméstica	4	20,0	20,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Com quem vive

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	filho	3	15,0	15,0	15,0
	marido/mulher+ filho	10	50,0	50,0	65,0
	marido/mulher+ 2 filhos	2	10,0	10,0	75,0
	marido/mulher+ 3 filhos	1	5,0	5,0	80,0
	mãe+filho	1	5,0	5,0	85,0
	3 filhos	1	5,0	5,0	90,0
	marido+ filhos+ netos	1	5,0	5,0	95,0
	5 filhos+ 2 netos	1	5,0	5,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Grau de parentesco com o familiar doente

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	mãe	14	70,0	70,0	70,0
	pai	5	25,0	25,0	95,0
	irmã	1	5,0	5,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Já esteve internado?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sim	16	80,0	80,0	80,0
	não	4	20,0	20,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Faz parte de um grupo de famílias?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sim	12	60,0	60,0	60,0
	não	8	40,0	40,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

ESTATÍSTICA DESCRITIVA

Statistics

		idade	idade do familiar doente	anos de evolução da doença	Há quanto tempo toma medicação	Quantas vezes esteve internado
N	Valid	20	20	20	20	16
	Missing	0	0	0	0	4
Mean		61,2500	33,7500	11,0000	10,3500	2,8750
Median		62,0000	35,5000	11,0000	9,5000	2,0000
Mode		53,00 ^a	26,00	15,00	15,00	2,00
Std. Deviation		10,4472	6,7580	7,1892	6,8231	2,2472
Minimum		32,00	18,00	1,00	1,00	1,00
Maximum		77,00	43,00	24,00	22,00	10,00
Percentiles	25	54,2500	26,5000	4,2500	4,2500	1,2500
	50	62,0000	35,5000	11,0000	9,5000	2,0000
	75	70,7500	39,0000	16,5000	15,0000	3,7500

Statistics

		Há quanto tempo recebe apoio da equipa de reabilitação	Há quanto tempo faz parte do grupo de famílias
N	Valid	20	12
	Missing	0	8
Mean		28,2500	13,3333
Median		24,0000	8,0000
Mode		24,00	1,00 ^a
Std. Deviation		30,2653	14,3041
Minimum		2,00	1,00
Maximum		120,00	48,00
Percentiles	25	5,2500	1,5000
	50	24,0000	8,0000
	75	28,5000	24,0000

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

ANEXO 2

Escala de Diferencial Semântico

QUESTIONÁRIO

Este questionário destina-se à realização de um trabalho de investigação, cujo objectivo é perceber alguns factores envolvidos na concepção que as famílias têm sobre a doença mental.

Pedimos a sua colaboração, salientando que sem ela esta investigação não será possível.

As suas respostas são absolutamente confidenciais.

Leia cuidadosamente a instrução que lhe é dada e responda com o máximo de sinceridade.

Segue-se uma lista de conceitos. Coloque por favor um (x), e só um, na posição que julga ser a indicada, relativamente ao significado que esse conceito tem para si.

Exemplo:

PSICOLOGIA

BOM	- - - - -	MAU
DOLOROSO	- - - - -	AGRADÁVEL
BONITO	- - - - -	FEIO
NADA IMPORTANTE	- - - - -	IMPORTANTÍSSIMO
POSITIVO	- - - - -	NEGATIVO
FEMINILIDADE	- - - - -	MASCULINIDADE
SÉRIO	- - - - -	ENGRAÇADO
LEVE	- - - - -	PESADO
MOLE	- - - - -	DURO
FORTE	- - - - -	FRACO
ACTIVO	- - - - -	PASSIVO
RÁPIDO	- - - - -	LENTO

PSICOSE

BOM	- - - - -	MAU
DOLOROSO	- - - - -	AGRADÁVEL
BONITO	- - - - -	FEIO
NADA IMPORTANTE	- - - - -	IMPORTANTÍSSIMO
POSITIVO	- - - - -	NEGATIVO
FEMINILIDADE	- - - - -	MASCULINIDADE
SÉRIO	- - - - -	ENGRAÇADO
LEVE	- - - - -	PESADO
MOLE	- - - - -	DURO
FORTE	- - - - -	FRACO
ACTIVO	- - - - -	PASSIVO
RÁPIDO	- - - - -	LENTO

LOUCURA

BOM	- - - - -	MAU
DOLOROSO	- - - - -	AGRADÁVEL
BONITO	- - - - -	FEIO
NADA IMPORTANTE	- - - - -	IMPORTANTÍSSIMO
POSITIVO	- - - - -	NEGATIVO
FEMINILIDADE	- - - - -	MASCULINIDADE
SÉRIO	- - - - -	ENGRAÇADO
LEVE	- - - - -	PESADO
MOLE	- - - - -	DURO
FORTE	- - - - -	FRACO
ACTIVO	- - - - -	PASSIVO
RÁPIDO	- - - - -	LENTO

DOENÇA MENTAL

BOM	- - - - -	MAU
DOLOROSO	- - - - -	AGRADÁVEL
BONITO	- - - - -	FEIO
NADA IMPORTANTE	- - - - -	IMPORTANTÍSSIMO
POSITIVO	- - - - -	NEGATIVO
FEMINILIDADE	- - - - -	MASCULINIDADE
SÉRIO	- - - - -	ENGRAÇADO
LEVE	- - - - -	PESADO
MOLE	- - - - -	DURO
FORTE	- - - - -	FRACO
ACTIVO	- - - - -	PASSIVO
RÁPIDO	- - - - -	LENTO

ESQUIZOFRENIA

BOM	- - - - -	MAU
DOLOROSO	- - - - -	AGRADÁVEL
BONITO	- - - - -	FEIO
NADA IMPORTANTE	- - - - -	IMPORTANTÍSSIMO
POSITIVO	- - - - -	NEGATIVO
FEMINILIDADE	- - - - -	MASCULINIDADE
SÉRIO	- - - - -	ENGRAÇADO
LEVE	- - - - -	PESADO
MOLE	- - - - -	DURO
FORTE	- - - - -	FRACO
ACTIVO	- - - - -	PASSIVO
RÁPIDO	- - - - -	LENTO

REABILITAÇÃO

BOM	- - - - -	MAU
DOLOROSO	- - - - -	AGRADÁVEL
BONITO	- - - - -	FEIO
NADA IMPORTANTE	- - - - -	IMPORTANTÍSSIMO
POSITIVO	- - - - -	NEGATIVO
FEMINILIDADE	- - - - -	MASCULINIDADE
SÉRIO	- - - - -	ENGRAÇADO
LEVE	- - - - -	PESADO
MOLE	- - - - -	DURO
FORTE	- - - - -	FRACO
ACTIVO	- - - - -	PASSIVO
RÁPIDO	- - - - -	LENTO

A MINHA FAMÍLIA

BOM	- - - - -	MAU
DOLOROSO	- - - - -	AGRADÁVEL
BONITO	- - - - -	FEIO
NADA IMPORTANTE	- - - - -	IMPORTANTÍSSIMO
POSITIVO	- - - - -	NEGATIVO
FEMINILIDADE	- - - - -	MASCULINIDADE
SÉRIO	- - - - -	ENGRAÇADO
LEVE	- - - - -	PESADO
MOLE	- - - - -	DURO
FORTE	- - - - -	FRACO
ACTIVO	- - - - -	PASSIVO
RÁPIDO	- - - - -	LENTO

EU

BOM	-- -- -- -- --	MAU
DOLOROSO	-- -- -- -- --	AGRADÁVEL
BONITO	-- -- -- -- --	FEIO
NADA IMPORTANTE	-- -- -- -- --	IMPORTANTÍSSIMO
POSITIVO	-- -- -- -- --	NEGATIVO
FEMINILIDADE	-- -- -- -- --	MASCULINIDADE
SÉRIO	-- -- -- -- --	ENGRAÇADO
LEVE	-- -- -- -- --	PESADO
MOLE	-- -- -- -- --	DURO
FORTE	-- -- -- -- --	FRACO
ACTIVO	-- -- -- -- --	PASSIVO
RÁPIDO	-- -- -- -- --	LENTO

SER FAMILIAR DE UM DOENTE MENTAL

BOM	- - - - -	MAU
DOLOROSO	- - - - -	AGRADÁVEL
BONITO	- - - - -	FEIO
NADA IMPORTANTE	- - - - -	IMPORTANTÍSSIMO
POSITIVO	- - - - -	NEGATIVO
FEMINILIDADE	- - - - -	MASCULINIDADE
SÉRIO	- - - - -	ENGRAÇADO
LEVE	- - - - -	PESADO
MOLE	- - - - -	DURO
FORTE	- - - - -	FRACO
ACTIVO	- - - - -	PASSIVO
RÁPIDO	- - - - -	LENTO

TÉCNICOS DE SAÚDE MENTAL

BOM	— — — — —	MAU
DOLOROSO	— — — — —	AGRADÁVEL
BONITO	— — — — —	FEIO
NADA IMPORTANTE	— — — — —	IMPORTANTÍSSIMO
POSITIVO	— — — — —	NEGATIVO
FEMINILIDADE	— — — — —	MASCULINIDADE
SÉRIO	— — — — —	ENGRAÇADO
LEVE	— — — — —	PESADO
MOLE	— — — — —	DURO
FORTE	— — — — —	FRACO
ACTIVO	— — — — —	PASSIVO
RÁPIDO	— — — — —	LENTO

MEDICAÇÃO

BOM	- - - - -	MAU
DOLOROSO	- - - - -	AGRADÁVEL
BONITO	- - - - -	FEIO
NADA IMPORTANTE	- - - - -	IMPORTANTÍSSIMO
POSITIVO	- - - - -	NEGATIVO
FEMINILIDADE	- - - - -	MASCULINIDADE
SÉRIO	- - - - -	ENGRAÇADO
LEVE	- - - - -	PESADO
MOLE	- - - - -	DURO
FORTE	- - - - -	FRACO
ACTIVO	- - - - -	PASSIVO
RÁPIDO	- - - - -	LENTO

PSICOTERAPIA

BOM	- - - - -	MAU
DOLOROSO	- - - - -	AGRADÁVEL
BONITO	- - - - -	FEIO
NADA IMPORTANTE	- - - - -	IMPORTANTÍSSIMO
POSITIVO	- - - - -	NEGATIVO
FEMINILIDADE	- - - - -	MASCULINIDADE
SÉRIO	- - - - -	ENGRAÇADO
LEVE	- - - - -	PESADO
MOLE	- - - - -	DURO
FORTE	- - - - -	FRACO
ACTIVO	- - - - -	PASSIVO
RÁPIDO	- - - - -	LENTO

INSTITUIÇÕES PSIQUIATRICAS

BOM	- - - - -	MAU
DOLOROSO	- - - - -	AGRADÁVEL
BONITO	- - - - -	FEIO
NADA IMPORTANTE	- - - - -	IMPORTANTÍSSIMO
POSITIVO	- - - - -	NEGATIVO
FEMINILIDADE	- - - - -	MASCULINIDADE
SÉRIO	- - - - -	ENGRAÇADO
LEVE	- - - - -	PESADO
MOLE	- - - - -	DURO
FORTE	- - - - -	FRACO
ACTIVO	- - - - -	PASSIVO
RÁPIDO	- - - - -	LENTO

APOIO PSICOSSOCIAL

BOM	- - - - -	MAU
DOLOROSO	- - - - -	AGRADÁVEL
BONITO	- - - - -	FEIO
NADA IMPORTANTE	- - - - -	IMPORTANTÍSSIMO
POSITIVO	- - - - -	NEGATIVO
FEMINILIDADE	- - - - -	MASCULINIDADE
SÉRIO	- - - - -	ENGRAÇADO
LEVE	- - - - -	PESADO
MOLE	- - - - -	DURO
FORTE	- - - - -	FRACO
ACTIVO	- - - - -	PASSIVO
RÁPIDO	- - - - -	LENTO

Sem quebrar a confidencialidade e o anonimato das suas respostas, peço-lhe apenas alguns dados suplementares:

Idade _____

Sexo: Feminino Masculino

Profissão: _____

Com quem vive? _____

Grau de parentesco com o seu familiar doente: _____

Idade do seu familiar. _____

Há quantos anos foi diagnosticada ao seu familiar uma doença psiquiátrica?

Há quantos anos o seu familiar toma medicação psiquiátrica?

O seu familiar já esteve alguma vez internado? _____

Se sim , quantas vezes? _____

Há quanto tempo o seu familiar recebe apoio da equipa de reabilitação?

Faz parte de algum grupo ou associação de familiares de doentes mentais?

Sim Não

Se sim, há quanto tempo? _____

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO 3

*Escala de Avaliação do Envolvimento Familiar em Doentes em Reabilitação
(EAEFR) – Versão final da tradução e adaptação portuguesa*

Escala de Avaliação do Envolvimento Familiar em Doentes em Reabilitação

(EAEFR – Oliveira, 1998, Vieira da Silva, 2004, versão portuguesa da FIAS, D. McNeill, B. Scuyler O. Ezrachi, 1997)

Nome: _____ Patologia _____ Relação familiar _____
 Tempo de Tratamento _____ Idade _____ Sexo _____ Data _____

Instruções: Vai encontrar uma lista de itens que descrevem comportamentos habituais em familiares de doentes em reabilitação. Coloque um círculo à volta de um número de 1 (nunca), 2 (poucas vezes), 3 (frequentemente) a 4 (sempre) para indicar a frequência com que um familiar apresenta um determinado comportamento.

Comportamentos do familiar	Nunca	Poucas vezes	Frequentemente	Sempre
1 - Mantém contacto frequente com a equipa de reabilitação	1	2	3	4
2 - Mostra disponibilidade para contactos com a equipa	1	2	3	4
3 - Queixa-se de cuidados ou tratamentos inadequados	1	2	3	4
4 - Aparece a encontros ou marcações com a equipa	1	2	3	4
5 - Mostra raiva ou hostilidade para com o paciente	1	2	3	4
6 - Contacta a equipa para se informar da evolução do paciente	1	2	3	4
7 - Mostra os sentimentos negativos que a família sente e que são dirigidos ao tratamento ou à equipa	1	2	3	4
8 - Participa em decisões acerca do tratamento	1	2	3	4
9 - Critica o paciente por estar a recuperar pouco	1	2	3	4
10 - Procura informação adicional acerca da doença	1	2	3	4
11 - Critica a equipa ou o tratamento pela não recuperação	1	2	3	4
12 - Coloca questões à equipa acerca do tratamento	1	2	3	4
13 - Elogia ou reforça o paciente	1	2	3	4
14 - Pergunta à equipa como ele ou outro familiar pode participar ou auxiliar a recuperação	1	2	3	4
15 - Contradiz o que é dito pela equipa	1	2	3	4
16 - Apoia o paciente a alcançar os seus objectivos	1	2	3	4
17 - Encontra-se calmo quando está com o paciente	1	2	3	4

18 - Participa nas reuniões marcadas para discutir a evolução do estado de saúde do paciente	1	2	3	4
19 - Apresenta objectivo ou expectativas irreais acerca da recuperação do paciente	1	2	3	4
20 - Discute questões relativas à vida familiar com a equipa	1	2	3	4
21 - Esforça-se com o paciente em tarefas terapêuticas por sua conta	1	2	3	4
22 - Estraga esforços feitos pela equipa para reabilitar o paciente	1	2	3	4
23 - Encoraja/apoia emocionalmente o paciente para estar motivado e desempenhar um papel activo na sua recuperação	1	2	3	4
24 - Descreve o comportamento do paciente à equipa	1	2	3	4
25 - Sente ou apercebe-se que o familiar tem em atenção o processo de tratamento	1	2	3	4
26 - Cumpre as recomendações feitas pela equipa	1	2	3	4
27 - Participa na reabilitação do paciente só quando surge algum problema	1	2	3	4
28 - Dá a sua opinião à equipa acerca da eficácia das terapias	1	2	3	4
29 - Interrompe as sessões de tratamento do paciente	1	2	3	4
30 - Pede auxílio à equipa para perceber o comportamento do paciente	1	2	3	4
31 - Observa as sessões de tratamento	1	2	3	4
32 - Participa nas sessões de tratamento	1	2	3	4

Escala de cotação de resposta

- 1 – Nunca
- 2 – Poucas Vezes
- 3 – Frequentemente
- 4 – Sempre

Nos itens 3, 5, 7, 9, 11, 15, 19, 22, 25, 27 e 29 a cotação é invertida

ANEXO 4

*Outputs da Estatística efectuada para estudo das propriedades métricas da
EAEFR*

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA USADA PARA ESTUDO DAS PROPRIEDADES MÉTRICAS DA EAEFR

Frequencies

Statistics

		profissão do técnico respondente	sexo do técnico respondente	prestação de serviço a famílias	TIPSERV	sexo do familiar	raça do familiar
N	Valid	189	189	189	176	189	189
	Missing	0	0	0	13	0	0

Statistics

		relação familiar	sexo do familiar doente	estado civil do doente	diagnostico do doente	houve coma
N	Valid	189	189	189	189	187
	Missing	0	0	0	0	2

Frequency Table

profissão do técnico respondente

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	terapeuta ocupacional	128	67,7	67,7	67,7
	fisioterapeuta	20	10,6	10,6	78,3
	psicologo	25	13,2	13,2	91,5
	terapeuta da fala	5	2,6	2,6	94,2
	psicopedagogo	1	,5	,5	94,7
	tecn sup de reabilitação	1	,5	,5	95,2
	psiquiatra	4	2,1	2,1	97,4
	enfermeira	5	2,6	2,6	100,0
	Total	189	100,0	100,0	

sexo do técnico respondente

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	feminino	173	91,5	91,5	91,5
	masculino	16	8,5	8,5	100,0
	Total	189	100,0	100,0	

prestação de serviço a famílias

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sim	175	92,6	92,6	92,6
não	14	7,4	7,4	100,0
Total	189	100,0	100,0	

TIPSERV

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid aconselhamento	95	50,3	54,0	54,0
psicoeducacional	64	33,9	36,4	90,3
terapia familiar	6	3,2	3,4	93,8
grupo multifamiliar	11	5,8	6,3	100,0
Total	176	93,1	100,0	
Missing System	13	6,9		
Total	189	100,0		

sexo do familiar

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid feminino	126	66,7	66,7	66,7
masculino	63	33,3	33,3	100,0
Total	189	100,0	100,0	

raça do familiar

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid caucasiana	185	97,9	97,9	97,9
negra	4	2,1	2,1	100,0
Total	189	100,0	100,0	

relação familiar

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid marido	22	11,6	11,6	11,6
mulher	41	21,7	21,7	33,3
filho	4	2,1	2,1	35,4
filha	18	9,5	9,5	45,0
irmão	4	2,1	2,1	47,1
irmã	9	4,8	4,8	51,9
sobrinho	2	1,1	1,1	52,9
outro	2	1,1	1,1	54,0
mãe	59	31,2	31,2	85,2
pai	27	14,3	14,3	99,5
padrasto	1	,5	,5	100,0
Total	189	100,0	100,0	

sexo do familiar doente

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid feminino	75	39,7	39,7	39,7
masculino	114	60,3	60,3	100,0
Total	189	100,0	100,0	

estado civil do doente

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid casado	82	43,4	43,4	43,4
solteiro	87	46,0	46,0	89,4
divorciado	9	4,8	4,8	94,2
viuvo	11	5,8	5,8	100,0
Total	189	100,0	100,0	

diagnostico do doente

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid AVC	90	47,6	47,6	47,6
tce	8	4,2	4,2	51,9
parkinson	3	1,6	1,6	53,4
tvm	2	1,1	1,1	54,5
esquizofrenia	75	39,7	39,7	94,2
neurose obsessivo compulsiva	2	1,1	1,1	95,2
pert afectiva bipolar	2	1,1	1,1	96,3
neurose fóbica	1	,5	,5	96,8
pert. comport.alimentar	4	2,1	2,1	98,9
depressão	1	,5	,5	99,5
epilepsia	1	,5	,5	100,0
Total	189	100,0	100,0	

houve coma

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sim	16	8,5	8,6	8,6
não	171	90,5	91,4	100,0
Total	187	98,9	100,0	
Missing System	2	1,1		
Total	189	100,0		

Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
idade do técnico respondente	189	23,00	55,00	33,8624	7,36525
Anos de serviço do técnico respondente	189	1,00	32,00	9,6614	7,05688
Valid N (listwise)	189				

Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
idade do familiar	189	20,00	88,00	55,6720	13,05342
idade do familiar doente	189	17,00	92,00	46,7513	18,70250
tempo de evolução da doença	187	1,00	360,00	73,7219	87,46377
tempo de reabilitação	189	1,00	96,00	17,3386	19,18171
Valid N (listwise)	187				

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Variance
i1-mantem contacto frequente com a equipa de reabilitação	189	2,9471	,8675	,753
i2-tenta controlar o tratamento do familiar	189	2,8148	,9240	,854
i3-mostra disponibilidade para contactos com a equipa	189	3,1799	,8687	,755
i4-queixa-se de cuidados ou tratamentos inadequados	189	3,5820	,6357	,404
i5-aparece a encontros ou marcações com a equipa	189	3,1852	,9799	,960
i6-mostra raiva ou hostilidade para com o paciente	189	3,4392	,7806	,609
i7-contacta a equipa para se informar da evolução do paciente	189	2,5661	,8765	,768
i8-mostra os sentimentos negativos que a família sente e que são dirigidos ao tratamento ou à equipa	189	3,6296	,6766	,458
i9-participa em decisões acerca do tratamento	189	2,1270	,8346	,697
i10-critica o paciente por estar a recuperar pouco	189	3,2751	,8177	,669
i11-procura informação adicional acerca da doença	189	1,9312	,8755	,767
i12-critica a equipa ou o tratamento pela não recuperação	189	3,6931	,6197	,384
i13-coloca questões à equipa acerca do tratamento	189	2,3492	,8346	,697
i14-elogia ou reforça o paciente	189	2,5185	,8029	,645
i15-pergunta à equipa como ele ou outro familiar pode participar ou auxiliar a recuperação	189	2,2646	,9475	,898
i16-contradiz o que é dito pela equipa	189	3,5979	,7125	,508
i17-apoio o paciente a alcançar os seus objectivos	189	2,6455	,7830	,613
i18-encontra-se calmo quando está com o paciente	189	2,8677	,7845	,615

i19-participa nas reuniões marcadas para discutir a evolução do estado de saúde do paciente	189	2,9841	1,0742	1,154
i20-apresenta objectivo ou expectativas irreais acerca da recuperação do paciente	189	3,0317	,8115	,659
i21-discute questões relativas à vida familiar com a equipa	189	2,1587	,8668	,751
i22-a equipa tem conhecimento que o familiar solicita segundas opiniões sobre o tratamento	189	3,6138	,7026	,494
i23-esforça-se com o paciente em tarefas terapêuticas por sua conta	189	2,1640	,8440	,712
i24-estraga esforços feitos pela equipa para reabilitar o paciente	189	3,4974	,8097	,656
i25-realça as incapacidades físicas do paciente como foco de tratamento e ignora ou minimiza problemas cognitivos ou comportamentais	189	3,5608	2,3481	5,514
i26-encoraja/apoia emocionalmente o paciente para estar motivado e desempenhar um papel activo na sua recuperação	189	2,7884	,8677	,753
i27-descreve o comportamento do paciente à equipa	189	2,7249	,8682	,754
i28-sente ou apercebe-se que o familiar tem em atenção o processo de tratamento	189	2,1958	,7847	,616
i29-cumprе as recomendações feitas pela equipa	189	2,8677	,6907	,477
i30-evita participar na reabilitação do doente quando solicitado pela equipa	189	1,6243	2,2882	5,236
i31-encoraja o paciente a desempenhar tarefas que ainda não consegue fazer	189	2,5714	,8196	,672
i32-participa na reabilitação do paciente só quando surge algum problema	189	3,2804	,9055	,820
i33-dá a sua opinião à equipa acerca da eficácia das terapias	189	2,1746	,8969	,804
i34-interrompe as sessões de tratamento do paciente	189	3,7725	,5612	,315
i35-pede auxílio à equipa para perceber o comportamento do paciente	189	2,2698	,9203	,847
i36-observa as sessões de tratamento	189	1,5714	,8131	,661
i37-participa nas sessões de tratamento	189	1,7884	,8918	,795
Valid N (listwise)	189			

Correlations (correlações entre itens e o total de todos os itens)

Correlations

		TOTAL1
i1-mantem contacto frequente com a equipa de reabilitação	Pearson Correlation	,637(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i2-tenta controlar o tratamento do familiar	Pearson Correlation	-,123
	Sig. (2-tailed)	,091
	N	189
i3-mostra disponibilidade para contactos com a equipa	Pearson Correlation	,681(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i4-queixa-se de cuidados ou tratamentos inadequados	Pearson Correlation	,262(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i5-aparece a encontros ou marcações com a equipa	Pearson Correlation	,598(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i6-mostra raiva ou hostilidade para com o paciente	Pearson Correlation	,381(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i7-contacta a equipa para se informar da evolução do paciente	Pearson Correlation	,654(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i8-mostra os sentimentos negativos que a família sente e que são dirigidos ao tratamento ou à equipa	Pearson Correlation	,275(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i9-participa em decisões acerca do tratamento	Pearson Correlation	,521(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i10-critica o paciente por estar a recuperar pouco	Pearson Correlation	,399(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i11-procura informação adicional acerca da doença	Pearson Correlation	,507(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i12-critica a equipa ou o tratamento pela não recuperação	Pearson Correlation	,388(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i13-coloca questões à equipa acerca do tratamento	Pearson Correlation	,652(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189

i14-elogia ou reforça o paciente	Pearson Correlation	,654(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i15-pergunta à equipa como ele ou outro familiar pode participar ou auxiliar a recuperação	Pearson Correlation	,752(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i16-contradiz o que é dito pela equipa	Pearson Correlation	,455(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i17-apoio o paciente a alcançar os seus objectivos	Pearson Correlation	,690(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i18-encontra-se calmo quando está com o paciente	Pearson Correlation	,413(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i19-participa nas reuniões marcadas para discutir a evolução do estado de saúde do paciente	Pearson Correlation	,525(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i20-apresenta objectivo ou expectativas irreais acerca da recuperação do paciente	Pearson Correlation	,132
	Sig. (2-tailed)	,069
	N	189
i21-discute questões relativas à vida familiar com a equipa	Pearson Correlation	,397(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i22-a equipa tem conhecimento que o familiar solicita segundas opiniões sobre o tratamento	Pearson Correlation	-,059
	Sig. (2-tailed)	,418
	N	189
i23-esforça-se com o paciente em tarefas terapêuticas por sua conta	Pearson Correlation	,609(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i24-estraga esforços feitos pela equipa para reabilitar o paciente	Pearson Correlation	,417(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i25-realça as incapacidades físicas do paciente como foco de tratamento e ignora ou minimiza problemas cognitivos ou comportamentais	Pearson Correlation	,260(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i26-encoraja/apoia emocionalmente o paciente para estar motivado e desempenhar um papel activo na sua recuperação	Pearson Correlation	,688(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189

i27-descreve o comportamento do paciente à equipa	Pearson Correlation	,642(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i28-sente ou apercebe-se que o familiar tem em atenção o processo de tratamento	Pearson Correlation	-,677(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i29-cumpre as recomendações feitas pela equipa	Pearson Correlation	,642(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i30-evita participar na reabilitação do doente quando solicitado pela equipa	Pearson Correlation	-,027
	Sig. (2-tailed)	,708
	N	189
i31-encoraja o paciente a desempenhar tarefas que ainda não consegue fazer	Pearson Correlation	-,379(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i32-participa na reabilitação do paciente só quando surge algum problema	Pearson Correlation	,490(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i33-dá a sua opinião à equipa acerca da eficácia das terapias	Pearson Correlation	,477(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i34-interrompe as sessões de tratamento do paciente	Pearson Correlation	,140
	Sig. (2-tailed)	,056
	N	189
i35-pede auxílio à equipa para perceber o comportamento do paciente	Pearson Correlation	,644(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i36-observa as sessões de tratamento	Pearson Correlation	,410(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i37-participa nas sessões de tratamento	Pearson Correlation	,489(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Descriptives (Média do total da escala com todos os itens)

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Variance
TOTALI1	189	70,00	136,00	103,2540	12,6986	161,254
TOTALI2	189	1,89	3,68	2,7906	,3432	,118
Valid N (listwise)	189					

Reliability - Alpha do total da escala com todos os itens

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

—

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
IT1	100,3069	147,9692	,5938	,7923
IT2	100,4392	165,0029	-,1939	,8173
IT3	100,0741	146,9838	,6416	,7907
IT4	99,6720	157,4344	,2141	,8042
IT5	100,0688	147,3410	,5445	,7928
IT6	99,8148	154,3006	,3272	,8011
IT7	100,6878	147,4712	,6114	,7916
IT8	99,6243	156,9911	,2244	,8040
IT9	101,1270	150,9093	,4705	,7965
IT10	99,9788	153,6272	,3433	,8005
IT11	101,3228	150,7410	,4534	,7968
IT12	99,5608	155,5348	,3452	,8014
IT13	100,9048	148,1292	,6118	,7922
IT14	100,7354	148,5573	,6158	,7925
IT15	100,9894	144,0531	,7168	,7869
IT16	99,6561	153,5247	,4090	,7992
IT17	100,6085	148,1544	,6551	,7916
IT18	100,3862	153,6319	,3603	,8001
IT19	100,2698	148,0917	,4593	,7953
IT20	100,2222	159,1844	,0689	,8084
IT21	101,0952	153,2675	,3371	,8005
IT22	99,6402	162,8060	-,1141	,8122

IT23	101,0899	148,9121	,5646	,7935
IT24	99,7566	153,3341	,3623	,7999
IT25	99,6931	151,2351	,0780	,8298
IT26	100,4656	146,8352	,6499	,7905
IT27	100,5291	147,8462	,5994	,7921
IT28	101,0582	175,3636	-,7085	,8284
IT29	100,3862	150,4724	,6081	,7944
IT30	101,6296	168,0855	-,2034	,8480
IT31	100,6825	169,8136	-,4321	,8222
IT32	99,9735	150,8025	,4331	,7972
IT33	101,0794	151,2011	,4193	,7977
IT34	99,4815	159,5808	,0958	,8067
IT35	100,9841	147,0370	,5990	,7915
IT36	101,6825	153,4519	,3545	,8001
IT37	101,4656	150,9629	,4333	,7973

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA
A)

Reliability Coefficients

N of Cases = 189,0

N of Items = 37

Alpha = ,8064

- - - - - F A C T O R A N A L Y S I S - - - - -

Factor Analysis - Análise Factorial para 2 factores

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,891
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	4473,769
	df	666
	Sig.	,000

Communalities

	Initial	Extraction
i1-mantem contacto frequente com a equipa de reabilitação	1,000	,758
i2-tenta controlar o tratamento do familiar	1,000	,730
i3-mostra disponibilidade para contactos com a equipa	1,000	,724
i4-queixa-se de cuidados ou tratamentos inadequados	1,000	,731
i5-aparece a encontros ou marcações com a equipa	1,000	,727
i6-mostra raiva ou hostilidade para com o paciente	1,000	,745
i7-contacta a equipa para se informar da evolução do paciente	1,000	,726
i8-mostra os sentimentos negativos que a família sente e que são dirigidos ao tratamento ou à equipa	1,000	,491
i9-participa em decisões acerca do tratamento	1,000	,621
i10-critica o paciente por estar a recuperar pouco	1,000	,755
i11-procura informação adicional acerca da doença	1,000	,557
i12-critica a equipa ou o tratamento pela não recuperação	1,000	,771

i13-coloca questões à equipa acerca do tratamento	1,000	,681
i14-elogia ou reforça o paciente	1,000	,732
i15-pergunta à equipa como ele ou outro familiar pode participar ou auxiliar a recuperação	1,000	,773
i16-contradiz o que é dito pela equipa	1,000	,720
i17-apoio o paciente a alcançar os seus objectivos	1,000	,772
i18-encontra-se calmo quando está com o paciente	1,000	,562
i19-participa nas reuniões marcadas para discutir a evolução do estado de saúde do paciente	1,000	,707
i20-apresenta objectivo ou expectativas irreais acerca da recuperação do paciente	1,000	,578
i21-discute questões relativas à vida familiar com a equipa	1,000	,575
i22-a equipa tem conhecimento que o familiar solicita segundas opiniões sobre o tratamento	1,000	,565
i23-esforça-se com o paciente em tarefas terapêuticas por sua conta	1,000	,633
i24-estraga esforços feitos pela equipa para reabilitar o paciente	1,000	,659
i25-realça as incapacidades físicas do paciente como foco de tratamento e ignora ou minimiza problemas cognitivos ou comportamentais	1,000	,841
i26-encoraja/apoia emocionalmente o paciente para estar motivado e desempenhar um papel activo na sua recuperação	1,000	,835
i27-descreve o comportamento do paciente à equipa	1,000	,746
i28-sente ou apercebe-se que o familiar tem em atenção o processo de tratamento	1,000	,717
i29-cumprir as recomendações feitas pela equipa	1,000	,615

i30-evita participar na reabilitação do doente quando solicitado pela equipa	1,000	,547
i31-encoraja o paciente a desempenhar tarefas que ainda não consegue fazer	1,000	,627
i32-participa na reabilitação do paciente só quando surge algum problema	1,000	,471
i33-dá a sua opinião à equipa acerca da eficácia das terapias	1,000	,672
i34-interrompe as sessões de tratamento do paciente	1,000	,705
i35-pede auxílio à equipa para perceber o comportamento do paciente	1,000	,696
i36-observa as sessões de tratamento	1,000	,741
i37-participa nas sessões de tratamento	1,000	,761

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues		
	Total	% of Variance	Cumulative %
1	10,537	28,478	28,478
2	6,607	17,858	46,336
3	1,875	5,068	51,404
4	1,503	4,061	55,465
5	1,380	3,729	59,194
6	1,257	3,399	62,592
7	1,088	2,941	65,534
8	1,017	2,748	68,281
9	,975	2,635	70,916
10	,877	2,370	73,286
11	,828	2,238	75,524
12	,725	1,960	77,484
13	,670	1,812	79,296
14	,637	1,722	81,017
15	,601	1,624	82,641
16	,567	1,532	84,173
17	,510	1,379	85,552
18	,496	1,342	86,894
19	,444	1,200	88,094
20	,426	1,151	89,245
21	,399	1,077	90,322
22	,365	,985	91,307
23	,352	,952	92,259
24	,314	,847	93,106
25	,291	,788	93,894
26	,281	,759	94,653
27	,246	,664	95,317
28	,227	,613	95,930
29	,209	,566	96,496
30	,208	,562	97,058
31	,200	,541	97,599
32	,184	,497	98,095
33	,179	,483	98,579
34	,167	,452	99,031
35	,147	,399	99,430
36	,113	,306	99,735
37	9,790E-02	,265	100,000

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Total Variance Explained

Component	Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	10,537	28,478	28,478	7,759	20,971	20,971
2	6,607	17,858	46,336	5,312	14,358	35,329
3	1,875	5,068	51,404	3,460	9,352	44,682
4	1,503	4,061	55,465	2,622	7,087	51,769
5	1,380	3,729	59,194	1,822	4,925	56,694
6	1,257	3,399	62,592	1,663	4,493	61,188
7	1,088	2,941	65,534	1,323	3,575	64,763
8	1,017	2,748	68,281	1,302	3,518	68,281
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Factor Analysis

Component Matrix(a)

	Component	
	1	2
i1-mantem contacto frequente com a equipa de reabilitação	,725	-,118
i2-tenta controlar o tratamento do familiar	-,321	,394
i3-mostra disponibilidade para contactos com a equipa	,753	-,064
i4-queixa-se de cuidados ou tratamentos inadequados	6,075E-02	,790
i5-aparece a encontros ou marcações com a equipa	,681	-,293
i6-mostra raiva ou hostilidade para com o paciente	,259	,689
i7-contacta a equipa para se informar da evolução do paciente	,712	-,088
i8-mostra os sentimentos negativos que a família sente e que são dirigidos ao tratamento ou à equipa	,121	,652
i9-participa em decisões acerca do tratamento	,645	-,358
i10-critica o paciente por estar a recuperar pouco	,223	,677
i11-procura informação adicional acerca da doença	,560	-,195
i12-critica a equipa ou o tratamento pela não recuperação	,208	,756
i13-coloca questões à equipa acerca do tratamento	,737	-,277
i14-elogia ou reforça o paciente	,645	,391
i15-pergunta à equipa como ele ou outro familiar pode participar ou auxiliar a recuperação	,816	-3,746E-04
i16-contradiz o que é dito pela equipa	,287	,767
i17-apoio o paciente a alcançar os seus objectivos	,690	,403
i18-encontra-se calmo quando está com o paciente	,302	,626
i19-participa nas reuniões marcadas para discutir a evolução do estado de saúde do paciente	,620	-,389
i20-apresenta objectivo ou expectativas irreais acerca da recuperação do paciente	-3,461E-03	,440
i21-discute questões relativas à vida familiar com a equipa	,476	-,412
i22-a equipa tem conhecimento que o familiar solicita segundas opiniões sobre o tratamento	-,200	,386
i23-esforça-se com o paciente em tarefas terapêuticas por sua conta	,686	-1,314E-02

i24-estraga esforços feitos pela equipa para reabilitar o paciente	,270	,681
i25-realça as incapacidades físicas do paciente como foco de tratamento e ignora ou minimiza problemas cognitivos ou comportamentais	,146	-,112
i26-encoraja/apoia emocionalmente o paciente para estar motivado e desempenhar um papel activo na sua recuperação	,713	,351
i27-descreve o comportamento do paciente à equipa	,757	-,333
i28-sente ou apercebe-se que o familiar tem em atenção o processo de tratamento	-,780	-5,604E-02
i29-cumpre as recomendações feitas pela equipa	,672	,184
i30-evita participar na reabilitação do doente quando solicitado pela equipa	-,177	-,195
i31-encoraja o paciente a desempenhar tarefas que ainda não consegue fazer	-,470	-,188
i32-participa na reabilitação do paciente só quando surge algum problema	,429	,348
i33-dá a sua opinião à equipa acerca da eficácia das terapias	,620	-,467
i34-interrompe as sessões de tratamento do paciente	1,338E-02	,554
i35-pede auxílio à equipa para perceber o comportamento do paciente	,731	-,261
i36-observa as sessões de tratamento	,440	4,841E-02
i37-participa nas sessões de tratamento	,530	-,215

Extraction Method: Principal Component Analysis.
a 2 components extracted.

Rotated Component Matrix(a)

	Component	
	1	2
i1-mantem contacto frequente com a equipa de reabilitação	,724	,125
i2-tenta controlar o tratamento do familiar	-,432	,268
i3-mostra disponibilidade para contactos com a equipa	,733	,185
i4-queixa-se de cuidados ou tratamentos inadequados	-,200	,767
i5-aparece a encontros ou marcações com a equipa	,740	-,055
i6-mostra raiva ou hostilidade para com o paciente	1,981E-02	,736
i7-contacta a equipa para se informar da evolução do paciente	,701	,149
i8-mostra os sentimentos negativos que a família sente e que são dirigidos ao tratamento ou à equipa	-,098	,655
i9-participa em decisões acerca do tratamento	,727	-,128
i10-critica o paciente por estar a recuperar pouco	-,010	,713
i11-procura informação adicional acerca da doença	,593	-,002
i12-critica a equipa ou o tratamento pela não recuperação	-5,035E-02	,783
i13-coloca questões à equipa acerca do tratamento	,787	-2,160E-02
i14-elogia ou reforça o paciente	,482	,580
i15-pergunta à equipa como ele ou outro familiar pode participar ou auxiliar a recuperação	,771	,266
i16-contradiz o que é dito pela equipa	2,067E-02	,819
i17-apoio o paciente a alcançar os seus objectivos	,520	,606
i18-encontra-se calmo quando está com o paciente	8,183E-02	,690
i19-participa nas reuniões marcadas para discutir a evolução do estado de saúde do paciente	,713	-,166
i20-apresenta objectivo ou expectativas irreais acerca da recuperação do paciente	-,147	,415
i21-discute questões relativas à vida familiar com a equipa	,584	-,234
i22-a equipa tem conhecimento que o familiar solicita segundas opiniões sobre o tratamento	-,315	,300

i23-esforça-se com o paciente em tarefas terapêuticas por sua conta	,653	,211
i24-estraga esforços feitos pela equipa para reabilitar o paciente	3,350E-02	,732
i25-realça as incapacidades físicas do paciente como foco de tratamento e ignora ou minimiza problemas cognitivos ou comportamentais	,174	-5,798E-02
i26-encoraja/apoia emocionalmente o paciente para estar motivado e desempenhar um papel activo na sua recuperação	,560	,564
i27-descreve o comportamento do paciente à equipa	,824	-6,769E-02
i28-sente ou apercebe-se que o familiar tem em atenção o processo de tratamento	-,719	-,307
i29-cumpra as recomendações feitas pela equipa	,576	,393
i30-evita participar na reabilitação do doente quando solicitado pela equipa	-,104	-,242
i31-encoraja o paciente a desempenhar tarefas que ainda não consegue fazer	-,383	-,331
i32-participa na reabilitação do paciente só quando surge algum problema	,293	,469
i33-dá a sua opinião à equipa acerca da eficácia das terapias	,739	-,239
i34-interrompe as sessões de tratamento do paciente	-,168	,528
i35-pede auxílio à equipa para perceber o comportamento do paciente	,776	-8,760E-03
i36-observa as sessões de tratamento	,401	,189
i37-participa nas sessões de tratamento	,571	-3,028E-02

Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.
a. Rotation converged in 3 iterations.

Component Transformation Matrix

Component	1	2
1	,945	,326
2	-,326	,945

Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

Reliability - Alpha para o factor 1 com item 2

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

-

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
IT1	51,2698	107,0598	,6576	,8933
IT2	51,4021	125,6353	-,3317	,9173
IT3	51,0370	106,3444	,6987	,8923
IT5	51,0317	104,6160	,7005	,8917
IT7	51,6508	106,6753	,6724	,8929
IT9	52,0899	108,1887	,6182	,8944
IT11	52,2857	108,9924	,5393	,8962
IT13	51,8677	106,6154	,7140	,8921
IT14	51,6984	110,1054	,5263	,8966
IT15	51,9524	103,4711	,7911	,8893
IT17	51,5714	109,7994	,5610	,8959
IT19	51,2328	104,5413	,6338	,8936
IT21	52,0582	109,3849	,5230	,8966
IT23	52,0529	107,8376	,6314	,8940
IT26	51,4286	108,6611	,5641	,8956
IT27	51,4921	105,2087	,7667	,8906
IT28	52,0212	131,8400	-,7124	,9217
IT29	51,3492	110,9732	,5612	,8962
IT33	52,0423	107,5195	,6072	,8945
IT35	51,9471	104,7100	,7465	,8907
IT36	52,6455	111,9322	,4083	,8993
IT37	52,4286	108,9696	,5291	,8965

Reliability Coefficients

N of Cases = 189,0

N of Items = 22

Alpha = ,9011

Reliability -Alpha para o factor 1 sem o Item 2

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
IT1	48,4550	112,4195	,6775	,9110
IT3	48,2222	111,9078	,7058	,9104
IT5	48,2169	110,3091	,6979	,9103
IT7	48,8360	112,3081	,6761	,9110
IT9	49,2751	113,4558	,6459	,9118
IT11	49,4709	114,6228	,5465	,9139
IT13	49,0529	112,0397	,7301	,9100
IT14	48,8836	116,0289	,5181	,9145
IT15	49,1376	109,3959	,7741	,9085
IT17	48,7566	115,7809	,5485	,9139
IT19	48,4180	110,0956	,6381	,9119
IT21	49,2434	115,1639	,5225	,9144
IT23	49,2381	113,6292	,6277	,9122
IT26	48,6138	114,4617	,5613	,9136
IT27	48,6772	110,6772	,7776	,9088
IT28	49,2063	138,2178	-,7153	,9364
IT29	48,5344	116,8459	,5567	,9139
IT33	49,2275	112,8043	,6312	,9120
IT35	49,1323	110,3813	,7450	,9093
IT36	49,8307	117,8116	,4058	,9167
IT37	49,6138	114,5894	,5368	,9141

Reliability Coefficients

N of Cases = 189,0

N of Items = 21

Alpha = ,9173

Reliability - Alpha factor 2

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

-

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
IT4	42,0370	42,9188	,6372	,8889
IT6	42,1799	41,2334	,6771	,8864
IT8	41,9894	43,2658	,5513	,8918
IT10	42,3439	41,0566	,6590	,8871
IT12	41,9259	42,6115	,6965	,8870
IT14	43,1005	41,7718	,5988	,8898
IT16	42,0212	41,2655	,7491	,8838
IT17	42,9735	41,6429	,6308	,8884
IT18	42,7513	41,6878	,6246	,8887
IT20	42,5873	44,3075	,3392	,9012
IT24	42,1217	41,2032	,6515	,8874
IT26	42,8307	41,3648	,5836	,8907
IT32	42,3386	42,2890	,4689	,8967
IT34	41,8466	45,0561	,4326	,8960

Reliability Coefficients

N of Cases = 189,0

N of Items = 14

Alpha = ,8974

Reliability - Alpha Total com item 2

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

-

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
IT1	88,9365	153,4534	,6065	,8838
IT2	89,0688	171,2346	-,2004	,8998
IT3	88,7037	152,2522	,6640	,8826
IT4	88,3016	162,8075	,2484	,8901
IT5	88,6984	152,6586	,5626	,8844
IT6	88,4444	159,3121	,3715	,8883
IT7	89,3175	153,0157	,6206	,8835
IT8	88,2540	162,6160	,2415	,8903
IT9	89,7566	156,6851	,4719	,8865
IT10	88,6085	159,3140	,3517	,8887
IT11	89,9524	156,5243	,4542	,8868
IT12	88,1905	160,7720	,3872	,8882
IT13	89,5344	154,3140	,5899	,8842
IT14	89,3651	153,3926	,6640	,8830
IT15	89,6190	148,8647	,7560	,8802
IT16	88,2857	158,7690	,4436	,8872
IT17	89,2381	153,0228	,7024	,8824
IT18	89,0159	158,7072	,4007	,8878
IT19	88,8995	153,6760	,4660	,8867
IT20	88,8519	165,4141	,0560	,8939
IT21	89,7249	159,0941	,3383	,8890
IT23	89,7196	154,1497	,5907	,8842
IT24	88,3862	158,7490	,3841	,8881
IT26	89,0952	151,8632	,6839	,8822
IT27	89,1587	153,4640	,6055	,8838
IT28	89,6878	181,8329	-,7186	,9062
IT29	89,0159	155,9625	,6261	,8843
IT32	88,6032	156,3364	,4454	,8870
IT33	89,7090	157,0585	,4172	,8875
IT34	88,1111	164,8440	,1445	,8913
IT35	89,6138	152,3341	,6189	,8833
IT36	90,3122	158,3648	,4015	,8878
IT37	90,0952	156,4590	,4476	,8869

-

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients

N of Cases = 189,0

N of Items = 33

Alpha = ,8905

Reliability - Alpha Total sem o Item 2

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

—

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H
A)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
IT1	86,1217	156,7883	,6304	,8935
IT3	85,8889	155,7908	,6773	,8926
IT4	85,4868	167,2405	,2183	,9001
IT5	85,8836	156,3268	,5692	,8944
IT6	85,6296	163,5217	,3558	,8983
IT7	86,5026	156,6237	,6310	,8934
IT8	85,4392	166,8753	,2232	,9001
IT9	86,9418	159,9274	,5027	,8959
IT10	85,7937	163,5370	,3361	,8987
IT11	87,1376	160,1299	,4666	,8965
IT12	85,3757	165,0656	,3633	,8982
IT13	86,7196	157,7135	,6118	,8939
IT14	86,5503	157,2913	,6604	,8932
IT15	86,8042	152,7647	,7503	,8908
IT16	85,4709	163,0164	,4238	,8973
IT17	86,4233	156,9795	,6953	,8927
IT18	86,2011	162,8849	,3863	,8979
IT19	86,0847	157,2056	,4779	,8965
IT20	86,0370	169,4082	,0553	,9033
IT21	86,9101	162,8482	,3451	,8987
IT23	86,9048	157,9164	,5943	,8942
IT24	85,5714	162,9058	,3713	,8981
IT26	86,2804	155,6390	,6856	,8925
IT27	86,3439	156,9077	,6241	,8936
IT28	86,8730	186,1859	-,7270	,9148
IT29	86,2011	159,8104	,6269	,8944
IT32	85,7884	160,1465	,4481	,8969
IT33	86,8942	160,3185	,4452	,8969
IT34	85,2963	168,9862	,1325	,9009
IT35	86,7989	155,9806	,6267	,8934
IT36	87,4974	162,2194	,4034	,8976
IT37	87,2804	160,0539	,4602	,8966

Reliability Coefficients

N of Cases = 189,0

N of Items = 32

Alpha = ,8998

Correlations**Correlations**

		TOTALAF
i1-mantem contacto frequente com a equipa de reabilitação	Pearson Correlation	,650(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i2-tenta controlar o tratamento do familiar	Pearson Correlation	-,176(*)
	Sig. (2-tailed)	,015
	N	189
i3-mostra disponibilidade para contactos com a equipa	Pearson Correlation	,690(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i4-queixa-se de cuidados ou tratamentos inadequados	Pearson Correlation	,295(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i5-aparece a encontros ou marcações com a equipa	Pearson Correlation	,568(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i6-mostra raiva ou hostilidade para com o paciente	Pearson Correlation	,461(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i7-contacta a equipa para se informar da evolução do paciente	Pearson Correlation	,654(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i8-mostra os sentimentos negativos que a família sente e que são dirigidos ao tratamento ou à equipa	Pearson Correlation	,301(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i9-participa em decisões acerca do tratamento	Pearson Correlation	,516(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i10-critica o paciente por estar a recuperar pouco	Pearson Correlation	,452(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i11-procura informação adicional acerca da doença	Pearson Correlation	,494(**)
	Sig. (2-tailed)	,000

	N	189
i12-critica a equipa ou o tratamento pela não recuperação	Pearson Correlation	,425(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i13-coloca questões à equipa acerca do tratamento	Pearson Correlation	,625(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i14-elogia ou reforça o paciente	Pearson Correlation	,750(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i15-pergunta à equipa como ele ou outro familiar pode participar ou auxiliar a recuperação	Pearson Correlation	,769(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i16-contradiz o que é dito pela equipa	Pearson Correlation	,495(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i17-apoio o paciente a alcançar os seus objectivos	Pearson Correlation	,778(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i18-encontra-se calmo quando está com o paciente	Pearson Correlation	,467(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i19-participa nas reuniões marcadas para discutir a evolução do estado de saúde do paciente	Pearson Correlation	,485(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i20-apresenta objectivo ou expectativas irreais acerca da recuperação do paciente	Pearson Correlation	,137
	Sig. (2-tailed)	,061
	N	189
i21-discute questões relativas à vida familiar com a equipa	Pearson Correlation	,357(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i23-esforça-se com o paciente em tarefas terapêuticas por sua conta	Pearson Correlation	,624(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i24-estraga esforços feitos pela equipa para reabilitar o paciente	Pearson Correlation	,445(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i26-encoraja/apoia emocionalmente o paciente para estar motivado e desempenhar um papel activo na sua recuperação	Pearson Correlation	,770(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i27-descreve o comportamento do paciente à equipa	Pearson Correlation	,618(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189

i28-sente ou apercebe-se que o familiar tem em atenção o processo de tratamento	Pearson Correlation	-,696(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i29-cumpre as recomendações feitas pela equipa	Pearson Correlation	,651(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i32-participa na reabilitação do paciente só quando surge algum problema	Pearson Correlation	,514(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i33-dá a sua opinião à equipa acerca da eficácia das terapias	Pearson Correlation	,459(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i34-interrompe as sessões de tratamento do paciente	Pearson Correlation	,187(*)
	Sig. (2-tailed)	,010
	N	189
i35-pede auxílio à equipa para perceber o comportamento do paciente	Pearson Correlation	,625(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i37-participa nas sessões de tratamento	Pearson Correlation	,468(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i36-observa as sessões de tratamento	Pearson Correlation	,456(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

Correlations

		FACTOR1
i1-mantem contacto frequente com a equipa de reabilitação	Pearson Correlation	,701(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i2-tenta controlar o tratamento do familiar	Pearson Correlation	-,255(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i3-mostra disponibilidade para contactos com a equipa	Pearson Correlation	,738(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i5-aparece a encontros ou marcações com a equipa	Pearson Correlation	,745(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189

i7-contacta a equipa para se informar da evolução do paciente	Pearson Correlation	,715(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i9-participa em decisões acerca do tratamento	Pearson Correlation	,664(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i11-procura informação adicional acerca da doença	Pearson Correlation	,595(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i13-coloca questões à equipa acerca do tratamento	Pearson Correlation	,750(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i14-elogia ou reforça o paciente	Pearson Correlation	,578(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i15-pergunta à equipa como ele ou outro familiar pode participar ou auxiliar a recuperação	Pearson Correlation	,822(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i17-apoio o paciente a alcançar os seus objectivos	Pearson Correlation	,609(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i19-participa nas reuniões marcadas para discutir a evolução do estado de saúde do paciente	Pearson Correlation	,691(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i21-discute questões relativas à vida familiar com a equipa	Pearson Correlation	,579(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i23-esforça-se com o paciente em tarefas terapêuticas por sua conta	Pearson Correlation	,677(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i26-encoraja/apoia emocionalmente o paciente para estar motivado e desempenhar um papel activo na sua recuperação	Pearson Correlation	,617(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i27-descreve o comportamento do paciente à equipa	Pearson Correlation	,798(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i28-sente ou apercebe-se que o familiar tem em atenção o processo de tratamento	Pearson Correlation	-,676(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i29-cumprе as recomendações feitas pela equipa	Pearson Correlation	,604(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i33-dá a sua opinião à equipa acerca da eficácia das terapias	Pearson Correlation	,658(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189

i35-pede auxílio à equipa para perceber o comportamento do paciente	Pearson Correlation	,783(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i36-observa as sessões de tratamento	Pearson Correlation	,469(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i37-participa nas sessões de tratamento	Pearson Correlation	,587(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations (sem item 2)

Correlations

		FACTOR1
i1-mantem contacto frequente com a equipa de reabilitação	Pearson Correlation	,718(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i3-mostra disponibilidade para contactos com a equipa	Pearson Correlation	,744(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i5-aparece a encontros ou marcações com a equipa	Pearson Correlation	,741(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i7-contacta a equipa para se informar da evolução do paciente	Pearson Correlation	,717(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i9-participa em decisões acerca do tratamento	Pearson Correlation	,688(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i11-procura informação adicional acerca da doença	Pearson Correlation	,600(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i13-coloca questões à equipa acerca do tratamento	Pearson Correlation	,764(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i14-elogia ou reforça o paciente	Pearson Correlation	,570(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i15-pergunta à equipa como ele ou outro familiar pode participar ou auxiliar a recuperação	Pearson Correlation	,807(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i17-apoio o paciente a alcançar os seus objectivos	Pearson Correlation	,596(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189

i19-participa nas reuniões marcadas para discutir a evolução do estado de saúde do paciente	Pearson Correlation	,693(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i21-discute questões relativas à vida familiar com a equipa	Pearson Correlation	,578(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i23-esforça-se com o paciente em tarefas terapêuticas por sua conta	Pearson Correlation	,672(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i26-encoraja/apoia emocionalmente o paciente para estar motivado e desempenhar um papel activo na sua recuperação	Pearson Correlation	,613(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i27-descreve o comportamento do paciente à equipa	Pearson Correlation	,807(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i28-sente ou apercebe-se que o familiar tem em atenção o processo de tratamento	Pearson Correlation	-,680(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i29-cumpra as recomendações feitas pela equipa	Pearson Correlation	,598(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i33-dá a sua opinião à equipa acerca da eficácia das terapias	Pearson Correlation	,678(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i35-pede auxílio à equipa para perceber o comportamento do paciente	Pearson Correlation	,780(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i36-observa as sessões de tratamento	Pearson Correlation	,466(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i37-participa nas sessões de tratamento	Pearson Correlation	,592(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations

		FACTOR2
i4-queixa-se de cuidados ou tratamentos inadequados	Pearson Correlation	,687(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i6-mostra raiva ou hostilidade para com o paciente	Pearson Correlation	,751(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i8-mostra os sentimentos negativos que a família sente e que são dirigidos ao tratamento ou à equipa	Pearson Correlation	,612(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i10-critica o paciente por estar a recuperar pouco	Pearson Correlation	,772(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i12-critica a equipa ou o tratamento pela não recuperação	Pearson Correlation	,735(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i14-elogia ou reforça o paciente	Pearson Correlation	,667(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i16-contradiz o que é dito pela equipa	Pearson Correlation	,787(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i17-apoio o paciente a alcançar os seus objectivos	Pearson Correlation	,682(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i18-encontra-se calmo quando está com o paciente	Pearson Correlation	,690(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i20-apresenta objectivo ou expectativas irreais acerca da recuperação do paciente	Pearson Correlation	,436(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i24-estraga esforços feitos pela equipa para reabilitar o paciente	Pearson Correlation	,701(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i26-encoraja/apoia emocionalmente o paciente para estar motivado e desempenhar um papel activo na sua recuperação	Pearson Correlation	,643(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i32-participa na reabilitação do paciente só quando surge algum problema	Pearson Correlation	,560(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i34-interrompe as sessões de tratamento do paciente	Pearson Correlation	,485(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations

Correlations

		TOTALAF	FACTOR1	FACTOR2
TOTALAF	Pearson	1,000	,880(**)	,711(**)
	Correlation			
	Sig. (2-tailed)	,	,000	,000
	N	189	189	189
FACTOR1	Pearson	,880(**)	1,000	,291(**)
	Correlation			
	Sig. (2-tailed)	,000	,	,000
	N	189	189	189
FACTOR2	Pearson	,711(**)	,291(**)	1,000
	Correlation			
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,
	N	189	189	189

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Factor Analysis - Análise Factorial para 3 factores

Rotated Component Matrix(a)

	Component		
	1	2	3
i1-mantem contacto frequente com a equipa de reabilitação	,599	,286	-,393
i2-tenta controlar o tratamento do familiar	-,281	7,662E-02	,570
i3-mostra disponibilidade para contactos com a equipa	,687	,270	-,161
i4-queixa-se de cuidados ou tratamentos inadequados	-,110	,610	,570
i5-aparece a encontros ou marcações com a equipa	,815	-,060	6,281E-02
i6-mostra raiva ou hostilidade para com o paciente	-,079	,769	2,609E-02
i7-contacta a equipa para se informar da evolução do paciente	,628	,259	-,243
i8-mostra os sentimentos negativos que a família sente e que são dirigidos ao tratamento ou à equipa	-,062	,564	,368
i9-participa em decisões acerca do tratamento	,651	8,660E-03	-,365
i10-critica o paciente por estar a recuperar pouco	-,090	,729	7,098E-02

i11-procura informação adicional acerca da doença	,531	,102	-,256
i12-critica a equipa ou o tratamento pela não recuperação	4,419E-02	,633	,565
i13-coloca questões à equipa acerca do tratamento	,743	8,272E-02	-,248
i14-elogia ou reforça o paciente	,346	,696	-,206
i15-pergunta à equipa como ele ou outro familiar pode participar ou auxiliar a recuperação	,777	,301	3,305E-04
i16-contradiz o que é dito pela equipa	3,488E-02	,744	,356
i17-apoio o paciente a alcançar os seus objectivos	,428	,683	-8,643E-02
i18-encontra-se calmo quando está com o paciente	1,485E-02	,703	8,224E-02
i19-participa nas reuniões marcadas para discutir a evolução do estado de saúde do paciente	,801	-,176	5,656E-02
i20-apresenta objectivo ou expectativas irreais acerca da recuperação do paciente	-,240	,455	-5,964E-02
i21-discute questões relativas à vida familiar com a equipa	,686	-,261	8,605E-02
i22-a equipa tem conhecimento que o familiar solicita segundas opiniões sobre o tratamento	-,161	,113	,572
i23-esforça-se com o paciente em tarefas terapêuticas por sua conta	,631	,267	-7,826E-02
i24-estraga esforços feitos pela equipa para reabilitar o paciente	5,942E-02	,654	,351
i25-realça as incapacidades físicas do paciente como foco de tratamento e ignora ou minimiza problemas cognitivos ou comportamentais	4,712E-02	7,490E-02	-,385

i26-encoraja/apoia emocionalmente o paciente para estar motivado e desempenhar um papel activo na sua recuperação	,448	,666	-,161
i27-descreve o comportamento do paciente à equipa	,858	-2,681E-02	-6,677E-02
i28-sente ou apercebe-se que o familiar tem em atenção o processo de tratamento	-,661	-,393	,144
i29-cumpre as recomendações feitas pela equipa	,550	,432	-3,410E-03
i30-evita participar na reabilitação do doente quando solicitado pela equipa	-9,231E-02	-,242	-4,784E-02
i31-encoraja o paciente a desempenhar tarefas que ainda não consegue fazer	-,302	-,408	,142
i32-participa na reabilitação do paciente só quando surge algum problema	,212	,528	-7,482E-02
i33-dá a sua opinião à equipa acerca da eficácia das terapias	,677	-,107	-,372
i34-interrompe as sessões de tratamento do paciente	-6,026E-02	,377	,518
i35-pede auxílio à equipa para perceber o comportamento do paciente	,824	1,040E-02	2,795E-03
i36-observa as sessões de tratamento	,298	,299	-,258
i37-participa nas sessões de tratamento	,550	3,587E-02	-,154

Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization. a Rotation converged in 6 iterations.

Component Transformation Matrix

Component	1	2	3
1	,882	,433	-,187
2	-,329	,848	,415
3	,338	-,304	,891

Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

Reliability - Alpha Factor 1

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

-

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA
A)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
IT1	38,9312	80,6495	,6530	,9020
IT3	38,6984	80,0522	,6927	,9008
IT5	38,6931	77,7670	,7434	,8987
IT7	39,3122	80,6201	,6472	,9021
IT9	39,7513	80,9431	,6616	,9018
IT11	39,9471	82,2738	,5374	,9054
IT13	39,5291	79,9313	,7336	,8998
IT15	39,6138	78,4085	,7312	,8993
IT19	38,8942	77,1696	,7021	,9001
IT21	39,7196	81,8731	,5707	,9044
IT23	39,7143	81,9924	,5804	,9042
IT27	39,1534	78,4178	,8067	,8973
IT28	39,6825	101,7923	-,6841	,9348
IT29	39,0106	84,6914	,5040	,9064
IT33	39,7037	80,0288	,6694	,9014
IT35	39,6085	78,2182	,7685	,8982
IT37	40,0899	82,0078	,5431	,9053

Reliability Coefficients

N of Cases = 189,0

N of Items = 17

Alpha = ,9093

Reliability - Alpha Factor 2

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

-

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA A)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
IT4	38,2646	39,6318	,6272	,8876
IT6	38,4074	37,9023	,6809	,8842
IT8	38,2169	39,9899	,5385	,8909
IT10	38,5714	37,7249	,6633	,8849
IT12	38,1534	39,3965	,6781	,8858
IT14	39,3280	38,2961	,6154	,8873
IT16	38,2487	38,0495	,7394	,8821
IT17	39,2011	38,2253	,6422	,8860
IT18	38,9788	38,3400	,6280	,8867
IT20	38,8148	40,9602	,3309	,9009
IT24	38,3492	38,0583	,6349	,8864
IT26	39,0582	37,9274	,5966	,8885
IT32	38,5661	38,9065	,4718	,8954

Reliability Coefficients

N of Cases = 189,0

N of Items = 13

Alpha = ,8960

Reliability - Alpha factor 3 com item 2

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
IT2	14,6614	3,6081	,3671	,7433
IT4	13,8942	3,7121	,6672	,5983
IT12	13,7831	3,8304	,6334	,6140
IT22	13,8624	4,0767	,4160	,6933
IT34	13,7037	4,4756	,4044	,6971

Reliability Coefficients

N of Cases = 189,0

N of Items = 5

Alpha = ,7173

Reliability - Alpha Factor 3 sem item 2

***** Method 1 (space saver) will be used for this analysis *****

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
IT4	11,0794	2,0096	,6626	,6098
IT12	10,9683	1,9883	,7071	,5851
IT22	11,0476	2,3328	,3642	,7907
IT34	10,8889	2,4823	,4585	,7254

Reliability Coefficients

N of Cases = 189,0

N of Items = 4

Alpha = ,7433

Correlations

		TOTALAF2
i1-mantem contacto frequente com a equipa de reabilitação	Pearson Correlation	,632(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i2-tenta controlar o tratamento do familiar	Pearson Correlation	-,146(*)
	Sig. (2-tailed)	,044
	N	189
i3-mostra disponibilidade para contactos com a equipa	Pearson Correlation	,693(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i4-queixa-se de cuidados ou tratamentos inadequados	Pearson Correlation	,361(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i5-aparece a encontros ou marcações com a equipa	Pearson Correlation	,594(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i6-mostra raiva ou hostilidade para com o paciente	Pearson Correlation	,439(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i7-contacta a equipa para se informar da evolução do paciente	Pearson Correlation	,639(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i8-mostra os sentimentos negativos que a família sente e que são dirigidos ao tratamento ou à equipa	Pearson Correlation	,339(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i9-participa em decisões acerca do tratamento	Pearson Correlation	,497(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i10-critica o paciente por estar a recuperar pouco	Pearson Correlation	,434(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i11-procura informação adicional acerca da doença	Pearson Correlation	,471(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i12-critica a equipa ou o tratamento pela não recuperação	Pearson Correlation	,495(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i13-coloca questões à equipa acerca do tratamento	Pearson Correlation	,606(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i14-elogia ou reforça o paciente	Pearson Correlation	,689(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189

i15-pergunta à equipa como ele ou outro familiar pode participar ou auxiliar a recuperação	Pearson Correlation	,758(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i16-contradiz o que é dito pela equipa	Pearson Correlation	,526(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i17-apoio o paciente a alcançar os seus objectivos	Pearson Correlation	,726(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i18-encontra-se calmo quando está com o paciente	Pearson Correlation	,472(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i19-participa nas reuniões marcadas para discutir a evolução do estado de saúde do paciente	Pearson Correlation	,508(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i20-apresenta objectivo ou expectativas irreais acerca da recuperação do paciente	Pearson Correlation	,149(*)
	Sig. (2-tailed)	,041
	N	189
i21-discute questões relativas à vida familiar com a equipa	Pearson Correlation	,375(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i22-a equipa tem conhecimento que o familiar solicita segundas opiniões sobre o tratamento	Pearson Correlation	-,004
	Sig. (2-tailed)	,951
	N	189
i23-esforça-se com o paciente em tarefas terapêuticas por sua conta	Pearson Correlation	,610(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i24-estraga esforços feitos pela equipa para reabilitar o paciente	Pearson Correlation	,479(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i26-encoraja/apoia emocionalmente o paciente para estar motivado e desempenhar um papel activo na sua recuperação	Pearson Correlation	,719(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i27-descreve o comportamento do paciente à equipa	Pearson Correlation	,631(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i28-sente ou apercebe-se que o familiar tem em atenção o processo de tratamento	Pearson Correlation	-,686(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i29-cumpre as recomendações feitas pela equipa	Pearson Correlation	,652(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189

i32-participa na reabilitação do paciente só quando surge algum problema	Pearson Correlation	,522(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i33-dá a sua opinião à equipa acerca da eficácia das terapias	Pearson Correlation	,437(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i34-interrompe as sessões de tratamento do paciente	Pearson Correlation	,237(**)
	Sig. (2-tailed)	,001
	N	189
i35-pede auxílio à equipa para perceber o comportamento do paciente	Pearson Correlation	,636(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i37-participa nas sessões de tratamento	Pearson Correlation	,467(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

Correlations

		F1
i1-mantem contacto frequente com a equipa de reabilitação	Pearson Correlation	,703(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i3-mostra disponibilidade para contactos com a equipa	Pearson Correlation	,738(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i5-aparece a encontros ou marcações com a equipa	Pearson Correlation	,787(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i7-contacta a equipa para se informar da evolução do paciente	Pearson Correlation	,699(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i9-participa em decisões acerca do tratamento	Pearson Correlation	,709(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i11-procura informação adicional acerca da doença	Pearson Correlation	,601(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i13-coloca questões à equipa acerca do tratamento	Pearson Correlation	,773(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i15-pergunta à equipa como ele ou outro familiar pode participar ou auxiliar a recuperação	Pearson Correlation	,776(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i19-participa nas reuniões marcadas para discutir a evolução do estado de saúde do paciente	Pearson Correlation	,757(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i21-discute questões relativas à vida familiar com a equipa	Pearson Correlation	,630(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i23-esforça-se com o paciente em tarefas terapêuticas por sua conta	Pearson Correlation	,637(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i27-descreve o comportamento do paciente à equipa	Pearson Correlation	,837(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i28-sente ou apercebe-se que o familiar tem em atenção o processo de tratamento	Pearson Correlation	-,639(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i29-cumpre as recomendações feitas pela equipa	Pearson Correlation	,557(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189

i33-dá a sua opinião à equipa acerca da eficácia das terapias	Pearson Correlation	,720(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i35-pede auxílio à equipa para perceber o comportamento do paciente	Pearson Correlation	,806(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i37-participa nas sessões de tratamento	Pearson Correlation	,607(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations

Correlations

		F2
i4-queixa-se de cuidados ou tratamentos inadequados	Pearson Correlation	,683(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i6-mostra raiva ou hostilidade para com o paciente	Pearson Correlation	,741(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i8-mostra os sentimentos negativos que a família sente e que são dirigidos ao tratamento ou à equipa	Pearson Correlation	,608(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i10-critica o paciente por estar a recuperar pouco	Pearson Correlation	,729(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i12-critica a equipa ou o tratamento pela não recuperação	Pearson Correlation	,726(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i14-elogia ou reforça o paciente	Pearson Correlation	,687(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i16-contradiz o que é dito pela equipa	Pearson Correlation	,786(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i17-apoio o paciente a alcançar os seus objectivos	Pearson Correlation	,708(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i18-encontra-se calmo quando está com o paciente	Pearson Correlation	,696(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i20-apresenta objectivo ou expectativas irreais acerca da recuperação do paciente	Pearson Correlation	,436(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189

i24-estraga esforços feitos pela equipa para reabilitar o paciente	Pearson Correlation	,704(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i26-encoraja/apoia emocionalmente o paciente para estar motivado e desempenhar um papel activo na sua recuperação	Pearson Correlation	,677(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i32-participa na reabilitação do paciente só quando surge algum problema	Pearson Correlation	,573(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations

Correlations

		F3
i4-queixa-se de cuidados ou tratamentos inadequados	Pearson Correlation	,829(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i12-critica a equipa ou o tratamento pela não recuperação	Pearson Correlation	,851(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i22-a equipa tem conhecimento que o familiar solicita segundas opiniões sobre o tratamento	Pearson Correlation	,663(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189
i34-interrompe as sessões de tratamento do paciente	Pearson Correlation	,676(**)
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	189

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations

Correlations

		F1	F2	F3	TOTALAF2
F1	Pearson	1,000	,181(*)	-,177(*)	,792(**)
	Correlation				
	Sig. (2-tailed)	,	,013	,015	,000
	N	189	189	189	189
F2	Pearson	,181(*)	1,000	,658(**)	,735(**)
	Correlation				
	Sig. (2-tailed)	,013	,	,000	,000
	N	189	189	189	189
F3	Pearson	-,177(*)	,658(**)	1,000	,351(**)
	Correlation				
	Sig. (2-tailed)	,015	,000	,	,000
	N	189	189	189	189
TOTALAF2	Pearson	,792(**)	,735(**)	,351(**)	1,000
	Correlation				
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,
	N	189	189	189	189

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).