

JOANA MAFALDA PALMEIRÃO DE OLIVEIRA

PERCEÇÃO DO FUNCIONAMENTO FAMILIAR EM PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA

Perspetiva de utentes e técnicos de uma
comunidade de internamento psiquiátrico



ESCOLA SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS

**Dissertação de Mestrado em Psicologia
Clínica**

Área de Especialização em Psicoterapia Psicodinâmica

COIMBRA, 2020



**Perceção do funcionamento familiar em pacientes com
diagnóstico de esquizofrenia: Perspetiva de utentes e técnicos de
uma comunidade de internamento psiquiátrico**

JOANA MAFALDA PALMEIRÃO DE OLIVEIRA

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica

Ramo de Especialização em Psicoterapia Psicodinâmica

Orientador: Professor Doutor Henrique Testa Vicente, Professor Auxiliar Convidado, ISMT

Coimbra, maio de 2020

Agradecimentos

Na elaboração desta dissertação de mestrado, contei com o apoio de várias pessoas e instituições e aos quais estarei eternamente grata.

Ao meu orientador, Professor Doutor Henrique Vicente, pela orientação prestada, pela disponibilidade, pelas opiniões e críticas, pelo seu incentivo, por me corrigir quando necessário, sem nunca me desmotivar, pelo rigor científico com que sempre abordou as nossas reuniões de trabalho.

À Professora Doutora Joana Sequeira, pela disponibilidade e apoio na realização deste trabalho.

À Doutora Alice Melo, a quem sempre serei eternamente grata, pela sua disponibilidade e ajuda nos trabalhos de campo, pela motivação, pela sabedoria transmitida, pelo estímulo sentido após cada conversa que me faziam “carregar baterias”.

A todos os participantes da Clínica de Internamento Psiquiátrico, pelo contributo da sua participação, tornado este estudo concretizável.

Ao meu pai, pelo amor, carinho e paciência incondicional.

À minha mãe, que certamente estaria muito orgulhosa por este momento.

Aos meus avós maternos, por estarem sempre presentes e incentivando-me a dar o meu melhor.

À restante família pelo apoio incondicional.

Aos meus amigos de sempre, que sempre me permitiram partilhar os meus medos e as minhas alegrias, um enorme obrigado por fazerem parte da minha vida.

A todos muito obrigada!

Resumo

Objetivos: Este estudo pretende estudar a percepção que pacientes e técnicos detêm sobre o funcionamento de famílias em que um membro apresenta diagnóstico de esquizofrenia. Foram definidos os seguintes objetivos específicos: (i) descrever a percepção que pacientes e técnicos têm sobre as diferentes dimensões do funcionamento familiar; (ii) traçar os perfis de funcionamento familiar que emergem das descrições de pacientes e técnicos; (iii) analisar a intercessão entre variáveis sociodemográficas e funcionamento familiar; (iv) analisar estatisticamente as diferenças entre as percepções de técnicos e pacientes.

Metodologia: Amostra clínica de quinze utentes portugueses, com idades compreendidas entre os 21 e os 62 anos de idade ($M = 48,53$; $DP = 13,10$). Três técnicos (cada um deles acompanhava um dos quinze pacientes) participaram neste estudo. Foram aplicados dois protocolos, um para pacientes e outro para técnicos, que incluíam: questionário sociodemográfico e a *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale* (FACES IV) (versão original e versão adaptada para preenchimento por técnicos).

Resultados: Tendo por base os rácios, não emergem muitas diferenças entre pacientes e técnicos, com ambos a percecionarem famílias coesas e flexíveis. Contudo, tendo por base as pontuações médias, verificou-se que os pacientes tendem a reportar um perfil enquadrado no Cluster 1: Famílias Equilibradas, ao passo que os técnicos oscilam mais em torno de um perfil Cluster 5: Caoticamente Desmembrada. Ainda considerando as diferenças entre médias, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre pacientes e técnicos em todas as escalas da FACES IV, com exceção das escalas desequilibradas Emaranhada e Caótica. Os pacientes reportam níveis de coesão e flexibilidade equilibradas mais elevados do que os técnicos, bem como níveis mais elevados de rigidez. Reportam igualmente uma comunicação mais saudável e maiores níveis de satisfação com a família. Os técnicos têm uma percepção da família dos pacientes como sendo mais desmembrada.

Conclusão: Os dados comprovam a importância de desenvolver estudos que incluam as perspetivas dos técnicos sobre famílias enquadradas em diferentes populações clínicas, pois parece emergir uma tendência para os membros atribuírem qualidades mais positivas ao sistema de que fazem parte. Nesse sentido, importa continuar a delinear esforços no sentido de desenvolver a FACES IV para aplicação junto de técnicos.

Palavras-chave: funcionamento familiar; esquizofrenia; modelo circunflexo; perspetivas de técnicos e pacientes.

Abstract

Aims: This study aims to study the perception that patients and technicians have about the functioning of families in which a member is diagnosed with schizophrenia. The following specific objectives were defined: (i) to describe the perception that patients and technicians have about the different dimensions of family functioning; (ii) to outline the profiles of family functioning that emerge from the descriptions of patients and technicians; (iii) to analyze the intercession between sociodemographic variables and family functioning; (iv) to statistically analyze the differences between the perceptions of technicians and patients.

Methods: Clinical sample of fifteen Portuguese patients, aged between 21 and 62 years old ($M = 48.53$; $SD = 13.10$). Three technicians (each followed one of the fifteen patients) participated in this study. Two protocols were applied, one for patients and one for technicians, which included: sociodemographic questionnaire and the Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES IV) (original version and adapted version to be filled by technicians).

Results: Based on ratios, not many differences emerge between patients and technicians, with both perceiving cohesive and flexible families. However, based on the average scores, it was found that patients tend to report a profile framed in Cluster 1: Balanced, while technicians oscillate more around a Cluster 5: Chaotically Disengaged profile. Still considering the differences between mean scores, there were statistically significant differences between patients and technicians in all FACES IV scales, except for the Enmeshed and Chaotic unbalanced scales. Patients report higher levels on the balanced scales of cohesion and flexibility than technicians, as well as higher levels of rigidity. They also feel very positive about their family communication and are very satisfied with most aspects of their family. Technicians have a perception of the patients' family as being more disengaged.

Conclusion: These results support the importance of developing studies that include technicians' perspectives on families in different clinical populations, as there seems to be a tendency for members to attribute more positive qualities to the system of which they are part. In this sense, it is crucial to outline efforts in developing a FACES IV version suitable for application to technicians.

Keywords: family functioning; schizophrenia; circumplex model; perspectives of technicians and patients.

Índice

Introdução.....	1
Modelo Circumplexo do funcionamento familiar.....	1
Funcionamento familiar e esquizofrenia.....	5
Materiais e Métodos.....	7
Objetivos do estudo.....	7
Participantes.....	7
Procedimentos.....	9
Instrumentos.....	10
<i>Questionário de dados sociodemográficos e clínicos</i>	10
<i>Escala de Avaliação da Flexibilidade e Coesão Familiar (FACES IV)</i>	10
Análise estatística.....	13
Resultados.....	14
Discussão.....	22
Referências Bibliográficas.....	28
Anexos.....	32
Anexo I – FACES IV versão original para Pacientes.....	33
Anexo II – FACES IV versão adaptada para Técnicos.....	36
Apêndices.....	39
Apêndice A – Consentimento informado para Pacientes.....	40
Apêndice B – Consentimento informado para Técnicos.....	41
Apêndice C – Questionário sociodemográfico para Pacientes.....	42
Apêndice D – Questionário sociodemográfico para Técnicos.....	43
Apêndice E – Perfis representativos individuais (Paciente 1 a Paciente 15).....	44
Apêndice F – Valores percentuais para o mapeamento no Modelo Circumplexo.....	52

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Caracterização Sociodemográfica da Amostra de Pacientes diagnosticados com Esquizofrenia ($N = 15$).....	8
Tabela 2 – Caracterização Clínica da Amostra de Pacientes com diagnóstico de Esquizofrenia ($N = 15$).....	9
Tabela 3 – Consistência interna (alfa de Cronbach) FACES IV.....	13
Tabela 4 – Resultados das escalas equilibradas da FACES IV ($N = 15$).....	14
Tabela 5 – Resultados das escalas desequilibradas da FACES IV ($N = 15$).....	15
Tabela 6 – Comunicação e Satisfação Familiar ($N = 15$).....	16
Tabela 7 – Análise dos Rácios da Coesão, Flexibilidade e Total ($N = 15$).....	17
Tabela 8 – Resultados Percentuais da Dimensão Coesão e da Dimensão Flexibilidade ($N = 15$).....	52
Tabela 9 – Comparação da Percepção do Funcionamento Familiar (FACES IV) do Paciente entre os Grupos Definidos pelas Variáveis Sociodemográficas e Clínicas ($N = 15$).....	21

Índice de Figuras

Figura 1 – Representação ortogonal do Modelo Circumplexo, com os resultados em percentil da FACES IV nos dois eixos (adaptado de Olson, 2011).....	4
Figura 2 – Perfil Representativo da Amostra Total ($N = 15$).....	18
Figura 3 – Mapeamento dos Pacientes vs. Técnicos no Modelo Circumplexo/FACES IV.....	19

Introdução

A esquizofrenia tem sido amplamente estudada no campo teórico da Psicologia, principalmente no âmbito da Terapia Sistémica e Familiar, onde vários autores procuram compreender as relações entre dinâmicas familiares e patologia.

A esquizofrenia apresenta um curso persistente e uma degeneração progressiva das capacidades mentais, considerando-se uma perturbação grave e incapacitante que compromete diferentes áreas do funcionamento dos indivíduos e que afeta cerca de 1% da população mundial (American Psychiatric Association [APA], 2014). Por não existir um consenso quanto à sua proveniência, a generalidade dos investigadores estabeleceu que certas características da esquizofrenia devem ser atribuídas à interação entre fatores biológicos, culturais, ambientais, mas principalmente a fatores genéticos, fisiológicos e ambientais (APA, 2014). Efetivamente, algumas das primeiras descrições da esquizofrenia consideravam o papel preponderante da família para o desenvolvimento desta perturbação mental, embora seja de sublinhar que a denominação patologia de origem “familiar”, não implica necessariamente uma carga genética (Ingram & Price, 2010). Assim sendo, o facto de haver uma maior prevalência de esquizofrenia em famílias com historial clínico de esquizofrenia, não significa que essa predisposição seja somente genética, pelo que pessoas da mesma família partilham o mesmo ambiente, frequentemente em circunstâncias adversas, muitas vezes pontuado por relações tensas ou até disruptivas.

Assim, independentemente da nebulosa questão etiológica, da dúvida subsistente sobre a contribuição relativa de fatores ambientais e genéticos, continua a ser relevante contextualizar esta perturbação no seio familiar. O funcionamento do sistema familiar constitui um importante vetor de investigação, podendo influenciar não apenas a compreensão da patologia, como também auxiliar no delineamento de estratégias de intervenção fundadas empiricamente.

Modelo Circumplexo do funcionamento familiar

No âmbito dos modelos teóricos sobre funcionamento familiar destaca-se o Modelo Circumplexo do Sistema Conjugal e Familiar desenvolvido por Olson, Sprenkle e Russell (1979), que resultou originalmente de uma análise aprofundada e crítica da literatura existente acerca desta temática, tendo sofrido várias revisões ao longo dos anos (Olson, 2000, 2011; Olson & Gorall, 2003). O Modelo Circumplexo tem com base os princípios do modelo estrutural de Minuchin (Olson, 2000), que considera a família um sistema natural e que, ao

longo do tempo, vai estabelecendo e modificando um conjunto de interações que, por sua vez, determinam a sua estrutura (Minuchin, 1979; Olson, 2000).

O Modelo Circumplexo de Olson, procura definir e distinguir o que se entende por funcionamento familiar saudável e problemático (Carvalho et al., 2014), situando a família num espetro progressivo de três características interrelacionadas. O Modelo Circumplexo postula que o funcionamento familiar pode ser definido recorrendo a duas dimensões – Coesão e Flexibilidade –, sendo que a Comunicação detém um papel facilitador. O modelo coloca sempre o enfoque no equilíbrio médio das três componentes, embora perante crises, expectáveis ou não, o sistema familiar e os seus subsistemas possam adotar, temporariamente, configurações diferentes. Ou seja, segundo o Modelo Circumplexo a noção de equilíbrio é fulcral na estrutura familiar e no seu funcionamento (Olson, 2000).

A Coesão define-se como o conjunto de ligações emocionais entre os membros da família, estabelecendo a forma como o sistema familiar equilibra a separação e a ligação entre indivíduo e família. Esta oscila entre os extremos desligado e emaranhado. A Flexibilidade remete para a capacidade do sistema familiar em dar resposta e se reorganizar perante o *stress* provocado pelo desenvolvimento do sistema e/ou por situações acidentais. Esta oscila entre os polos rígido e caótico. A comunicação, vista como a base para pensar o modelo, é uma dimensão facilitadora entre as duas dimensões, sendo adaptativa e influenciando deste modo os níveis de coesão e de flexibilidade dentro da família (Olson, 2011; Olson & Gorall, 2006). Esta dimensão integra variáveis como a clareza e o respeito na comunicação. Deste modo, valores elevados de coesão e flexibilidade refletem sistemas familiares equilibrados, enquanto valores baixos representam sistemas familiares disfuncionais.

O Modelo Circumplexo possibilita a avaliação dos níveis de coesão e flexibilidade existentes nas famílias, dimensões essas que dependem da comunicação (ver [Figura 1](#)). De acordo com este modelo a Coesão está dividida em cinco níveis: desmembrada, de algum modo conectada, conectada, muito conectada e emaranhada (Olson & Gorall, 2003). Os dois níveis extremos (famílias desmembradas e emaranhadas) são considerados prejudiciais para o bom funcionamento da família, caracterizando-se pela falta de ligação emocional entre elementos (famílias desmembradas) ou pela excessiva interdependência familiar (famílias emaranhadas). Os restantes níveis (de algum modo conectada, conectada, muito conectada) pressupõem a existência de equilíbrio e bom funcionamento familiar, o que significa que se verifica uma ligação emocional mais saudável entre membros da mesma família. A Coesão inclui aspetos como o vínculo emocional, o suporte, os limites familiares, o tempo partilhado, os amigos e os

interesses recreativos. Uma coesão elevada é caracterizada por calor relacional, *nurturance*, partilha, intimidade física (afeto) e consistência (Green & Werner, 1996).

Em relação à Flexibilidade o modelo apresenta os seguintes níveis: rígida, de algum modo flexível, flexível, muito flexível e caótica (Olson & Gorall, 2003). Os dois níveis extremos (famílias rígidas e caóticas) são conotados como níveis de desequilíbrio, ora por excesso de liderança e inflexibilidade de regras (famílias rígidas), ora por falta de liderança e inconsistência no estabelecimento de regras e tomada de decisão (famílias caóticas). Os restantes níveis (de algum modo flexível, flexível e muito flexível) apresentam uma dinâmica familiar mais equilibrada, que inclui uma liderança mais igualitária, decisões mais democráticas, assim como maior adaptabilidade situação a situação (ou seja, uma menor rigidez).

Neste contexto pode-se compreender que desequilíbrios na coesão e na flexibilidade têm sido identificados como nefastos para a dinâmica familiar. Segundo alguns estudos, a boa comunicação entre familiares, o equilíbrio na liderança e índices médios a altos de conexão emocional são fatores essenciais para um bom funcionamento na família (Carvalho et al., 2014; Olson, 2011). Perante situações de *stress*, os sistemas equilibrados tendem a alterar-se, adaptando-se à situação, enquanto que os sistemas disfuncionais se mantêm presos aos padrões extremos, aumentando os níveis de *stress* (Olson, 2000). Numa revisão realizada por Kouneski (2000), é possível verificar que também nas crises acidentais (abuso de substâncias, desempregos, diabetes infantil, cancro, etc.) a coesão e, especialmente, a flexibilidade, possuem um papel determinante no funcionamento familiar e conjugal.

Para uma avaliação mais concreta e fidedigna do funcionamento familiar, foi desenvolvido um instrumento de avaliação que teve como base teórica o Modelo Circumplexo de Olson ([Figura 1](#)): a Escala de Avaliação da Flexibilidade e Coesão Familiar (FACES) que se foca no sistema relacional, permitindo caraterizar as perspetivas individuais face à família quanto aos níveis de coesão e de flexibilidade, assim como os níveis de satisfação e de comunicação familiar. Em Portugal, têm sido realizados vários estudos com este instrumento, reportando o recurso a versões anteriores, em famílias de acolhimento (FACES II; Tribuna & Relvas, 2007), em contexto de ideação suicida (FACES III; Gouveia-Pereira et al., 2014) e em casais (FACES III; Abreu-Afonso & Leal, 2016). Mas mais recentemente, a FACES IV tem sido utilizada em diferentes populações, tais como, doentes oncológicos (Pereira & Teixeira, 2013), pacientes diagnosticados com esquizofrenia (Carvalho et al., 2014), fratrias (Carvalho et al., 2018) e em situação de delinquência juvenil (Gomes & Gouveia-Pereira, 2014). A FACES IV (descrição pormenorizada na secção *Instrumentos*) é considerada um instrumento

útil e fiável em investigação e na prática clínica, tendo já sido validada em diversos países: Portugal (versão 44 itens - Gomes et al., 2017; versão 62 itens - Sequeira et al., 2015), Espanha (Rivero et al., 2010), Itália (Baiocco et al., 2013), Grécia (Koutra et al., 2012), Hungria (Mirnics et al., 2010), Uruguai (Ball et al., 2009) e Polónia (Margasiński, 2014). A FACES IV tem demonstrado, através das suas boas propriedades psicométricas, que merece um lugar de destaque ao potencializar a sua utilização em contextos distintos.

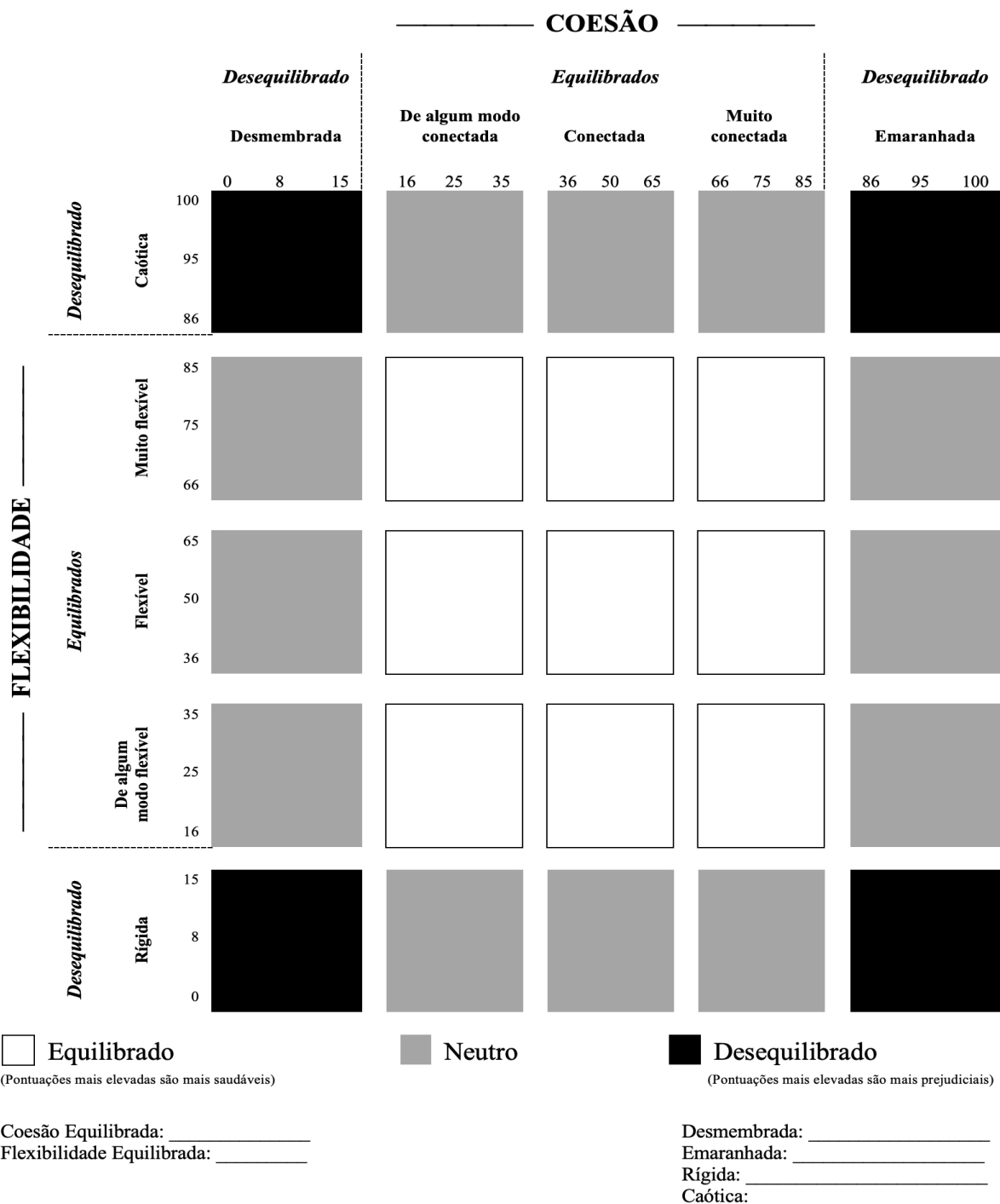


Figura 1. Representação ortogonal do Modelo Circumplexo, com os resultados em percentil da FACES IV nos dois eixos (adaptado de Olson, 2011)

Funcionamento familiar e esquizofrenia

O interesse no estudo da família em relação à esquizofrenia tem sofrido alterações ao longo das últimas cinco décadas. Entre os anos de 1960 e 1970, a família foi implicada na etiologia da esquizofrenia (Goldstein, 1988) e determinadas estruturas familiares e padrões de comunicação foram tidas em consideração enquanto fatores que contribuem para o desenvolvimento e para a manutenção da doença (Lam, 1991). De acordo com Koutra e colaboradores (2015), num estudo que utilizou como instrumento de avaliação a FACES IV, pacientes diagnosticados com esquizofrenia e perturbação bipolar apresentaram desequilíbrio nas quatro dimensões fundamentais: coesão, flexibilidade, comunicação e satisfação familiar. Para além deste estudo, outros investigadores alertam para o facto de ambientes familiares pouco satisfatórios e stressantes exacerbarem sintomas psicóticos (Burman et al., 1987; Tarrier & Turpin, 1992). Outros autores investigaram estilos e atitudes parentais em relação à autoestima, tendo-se verificado que reações negativas por parte de familiares a comportamentos de doentes diagnosticados com perturbações do foro mental resultam num impacto negativo na autoestima dos respetivos e, conseqüentemente, na sua recuperação (Andrews & Brewin, 1990; Butzlaff & Hooley, 1998; Peterson & Docherty, 2004).

Integrados no Modelo Sistémico, alguns estudos focaram-se na análise da interdependência familiar como processo patológico e nos padrões de comunicação familiar *double bind*. Lidz et al. (1958) consideravam que as fronteiras entre as gerações e entre os sexos não estavam bem definidas. Robbins (1992) também afirmava que a esquizofrenia era o resultado de uma estrutura familiar patológica. Já Bateson et al. (1956) exploraram o que consistia na exposição contínua a mensagens contraditórias, normalmente emitidas pela mãe do vitimado paciente identificado ou por uma combinação de agentes, uma comunicação intrafamiliar descrita como *double bind*. Este modo comunicacional era marcado por injunções paradoxais, onde habitualmente o emissor apela ao recetor o cumprimento de uma determinada situação através do uso de ameaças. Conseqüentemente, as “vítimas” de *double bind* apresentavam elevados níveis de raiva e pânico, podendo mesmo levar a alucinações (Bateson et al., 1956).

Considerando este enquadramento, existem autores que defendem que a existência de fatores desestabilizadores (e.g., má comunicação), associados a uma propensão genética, podem originar uma perturbação de cariz esquizofrénico (McFarlane & Cook, 2007; Siira et al., 2007). Por exemplo, Frieda Fromm-Reichmann (1939) considera que uma pessoa esquizofrénica é alguém que passou por experiências traumáticas na infância, altura em que o seu ego e habilidade de compreender a realidade não estão totalmente desenvolvidos.

Todavia, existem evidências empíricas que colocam em causa o anteriormente exposto, não encontrando diferenças no funcionamento do sistema familiar que integra um membro diagnosticado com esquizofrenia. O estudo de Carvalho et al. (2014) é paradigmático, não apenas por ter sido realizado em contexto nacional, mas também por ter utilizado o instrumento FACES IV para a coleta de dados sobre o funcionamento familiar. Este estudo integrava uma amostra de 38 famílias, onde 24% tinham uma figura parental diagnosticada com esquizofrenia a viver sozinha com o(s) filho(s), enquanto que a maioria vivia com o cônjuge e respetivos filhos. Os pacientes diagnosticados com esquizofrenia e respetivos cônjuges tinham de avaliar as suas famílias e a sua satisfação relativamente ao bem-estar familiar. Os resultados deste estudo revelaram que a maioria dos participantes (78%) e os cônjuges (87%) consideravam que as suas relações familiares eram saudáveis e equilibradas. Tanto os pacientes como os parceiros referem a sua família como “coesa a muito coesa” e “flexível a muito flexível”. Contudo, também expressam que a comunicação é menos positiva e mais de metade da amostra menciona que a satisfação familiar é baixa. Este estudo conclui que a existência de esquizofrenia em uma das figuras parentais não invalida o funcionamento familiar saudável em termos gerais.

Em resumo, é possível encontrar algumas dissensões e dados contraditórios na literatura que justificam o aprofundamento do conhecimento da relação entre funcionamento familiar e esquizofrenia. Por outro lado, os estudos realizados com a FACES IV, ao focarem apenas a percepção que os membros da família têm sobre o sistema em que se encontram “mergulhados”, negligenciam a percepção que outros observadores, mais distanciados, podem ter do mesmo sistema. Este estudo tem assim como objetivo principal conhecer a perspetiva do paciente e a perspetiva do técnico de saúde mental envolvido no seu tratamento sobre o funcionamento familiar.

Materiais e Métodos

Objetivos do estudo

A presente investigação tem como objetivo estudar a relação entre funcionamento e esquizofrenia em pacientes com diagnóstico de esquizofrenia.

Foram definidos como objetivos específicos:

- i) Descrever a perceção que pacientes e técnicos têm sobre as diferentes dimensões do funcionamento familiar (coesão, flexibilidade, comunicação, satisfação);
- ii) Traçar os perfis de funcionamento familiar que emergem das descrições de pacientes e técnicos;
- iii) Analisar a intercessão entre variáveis sociodemográficas e funcionamento familiar;
- iv) Analisar estatisticamente as diferenças entre as perceções de técnicos e pacientes.

Adicionalmente, este estudo visa analisar a possibilidade da aplicação da FACES IV a respondentes que conhecem o sistema familiar, mas não fazem parte dele, bem como das propriedades psicométricas que este instrumento adaptado possui.

Participantes

Conceptualizou-se um estudo quantitativo de natureza transversal de uma amostra clínica por conveniência, constituída por 15 utentes de uma Comunidade de Internamento Psiquiátrico localizada na região Centro de Portugal, licenciada pelo Ministério da Saúde e Entidade Reguladora da Saúde.

Para participarem no estudo, os participantes tinham de preencher os critérios de inclusão previamente estabelecidos: possuírem idade superior a 18 anos, estarem institucionalizados, cumprirem os critérios de diagnóstico de esquizofrenia e assinarem um consentimento informado.

Foram estipulados como critérios de exclusão: intervenientes que recusassem a participação no momento da avaliação e que também preenchessem critérios de diagnóstico de outra patologia psiquiátrica. Importa sublinhar que nenhum participante recusou a participação no estudo.

Todos os participantes ($n = 15$) apresentavam um diagnóstico psicopatológico de Esquizofrenia de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10; World Health Organization, 1994). Os participantes

encontravam-se sobre o efeito de medicação, não apresentando sintomas agudos da doença, permanecendo assim emocionalmente estáveis e com episódios psicóticos menos recorrentes.

A amostra final ficou constituída por nove pacientes do sexo masculino e seis do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 21 e os 62 anos ($M = 48,53$; $DP = 13,10$). A maior parte dos participantes eram solteiros (66,7%) e apresentavam o ensino secundário (53,3%). As características sociodemográficas da amostra são apresentadas na [Tabela 1](#).

Tabela 1

Caracterização Sociodemográfica da Amostra de Pacientes diagnosticados com Esquizofrenia (N = 15)

		<i>n</i>	<i>%</i>
Sexo	Masculino	9	60
	Feminino	6	40
Idade ($M = 48,53$; $DP = 13,10$)	21 – 45	5	33,3
	45 – 55	4	26,7
	55 – 62	6	40
Estado civil	Casado/União de facto	1	6,7
	Solteiro	10	66,7
	Divorciado/Separado	2	13,3
	Viúvo	2	13,3
Escolaridade	2.º Ciclo	1	6,7
	Ensino secundário	8	53,3
	Licenciatura	4	26,7
	Mestrado	2	13,3
Vive em casa própria	Sim	4	26,7
	Não	11	73,3
Com quem coabita	Pai ou mãe / padrasto ou madrasta	4	26,7
	Irmãos ou amigos	4	26,7
	Vive sozinho	2	13,3
	Outros familiares	5	33,3

Notas: *M* = Média; *DP* = Desvio Padrão; *n* = número de sujeitos.

Relativamente às variáveis clínicas consideradas, os participantes encontravam-se, em média, institucionalizados há 62,87 meses ($DP = 71,43$). De maneira a aprofundar algumas características da amostra quanto à sua patologia, arremetemos o leitor para a consulta da [Tabela 2](#).

Tabela 2

Caracterização Clínica da Amostra de Pacientes com diagnóstico de Esquizofrenia (N = 15)

		n	%
Internamento (em meses) (M = 62,87; DP = 71,43)	Inferir a 1	1	6,7
	1 – 10	3	20
	11 – 54	5	33,3
	55 – 96	3	20
	97 – 252	3	20
Tempo previsto Internamento (em meses) (M = 2,07; DP = 5,87)	Indefinido	10	66,7
	1 – 5	2	13,3
	6 – 10	1	6,7
	11 – 18	2	13,3
Número Internamentos prévios (M = 5,07; DP = 5,82)	0	2	13,3
	1 – 5	9	60
	6 – 10	2	13,3
	11 – 20	2	13,3
Anos Acompanhamento psicoterapêutico (M = 25,87; DP = 10,30)	6 – 15	3	20
	16 – 30	6	40
	31 – 40	6	40
Consumo de substâncias	Sim	6	40
	Não	9	60

Notas: M = Média; DP = Desvio Padrão; n = número de sujeitos.

A amostra de três técnicos que auxiliaram os pacientes consistia em um sujeito do sexo masculino e dois do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 31 e os 54 anos. As suas habilitações literárias advieram do contexto de Psicologia Clínica, divergindo entre várias especializações: Terapia Cognitivo-Comportamental, Psicoterapia Psicodinâmica e Terapias Familiares e Sistémicas. Os técnicos exerciam a profissão de psicólogo há aproximadamente 14 anos (em média; DP = 14,9), sendo que na instituição os técnicos exerciam funções em média há 12 anos (DP = 13,7). Relativamente ao acompanhamento terapêutico que foi estabelecido com os pacientes, estes eram acompanhados, em média, há 4 anos (DP = 5,8). Os técnicos (que acompanhavam respetivamente cada um dos 15 pacientes) responderam a uma versão adaptada da FACES IV, como forma de aceder às perceções que detinham sobre o funcionamento familiar dos seus pacientes.

Procedimentos

Previamente à condução desta investigação, foi requerida uma autorização ao responsável da instituição, onde foi explicada a finalidade e os objetivos do estudo, assim como os instrumentos de avaliação a utilizar. A recolha de dados decorreu numa sala da instituição,

em dia e hora previamente combinada com os participantes (distribuídos por três técnicos que acompanham estes utentes na instituição) e a subdiretora clínica.

De forma a cumprir as questões éticas de investigação e de acordo com a Declaração de Helsínquia, todos os participantes foram informados do carácter voluntário e anónimo do estudo, sendo que podiam desistir a qualquer momento e que os seus dados iriam ser somente utilizados para fins de investigação (cf. Apêndice A e Apêndice B). A identidade dos participantes foi também mantida em sigilo (a cada participante foi atribuído um código). Os participantes foram informados que durante o preenchimento dos instrumentos poderiam tirar dúvidas, de forma a evitar confusões e até mesmo respostas nulas.

Os instrumentos foram aplicados em contexto individual, tendo o seu preenchimento demorado entre 30 a 40 minutos. O procedimento de recolha de dados decorreu durante o mês de junho de 2019.

Instrumentos

Foram elaborados dois protocolos, um para os pacientes e outro para os respetivos técnicos. O protocolo dos pacientes e técnicos é constituído por um questionário de dados sociodemográficos e clínicos e pela Escala de Avaliação da Flexibilidade e Coesão Familiar (FACES IV; Sequeira et al., 2015) na sua versão original para pacientes (Anexo I) e em versão adaptada para técnicos/profissionais (Anexo II).

Questionário de dados sociodemográficos e clínicos. Este questionário foi desenvolvido e aplicado com a finalidade de perceber as variáveis sociodemográficas de cada participante. Através do questionário para pacientes recolheu-se informação de carácter pessoal (e.g., sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, situação residencial, composição do agregado familiar) e clínico (e.g., o tempo de evolução da doença, o seu surgimento e o número de internamentos) (Apêndice C). A versão para técnicos também incluiu a recolha de informação de carácter pessoal (e.g., sexo, idade, estado civil, habilitações literárias) como de carácter profissional (e.g., há quanto tempo exerce a profissão de psicólogo, há quanto tempo exerce funções na instituição, há quanto tempo acompanha o paciente) (Apêndice D).

Escala de Avaliação da Flexibilidade e Coesão Familiar (FACES IV; Olson, 2011; VP: Sequeira et al., 2015). É a última versão disponível do instrumento FACES que tem como objetivo conhecer o funcionamento e a dinâmica familiar, tendo como base o Modelo Circumplexo que, como foi referido anteriormente, assenta em três dimensões: coesão,

flexibilidade e comunicação. A escala (de autorresposta) é constituída por 62 itens, divididos em seis escalas, entre as quais: duas escalas equilibradas (coesão e flexibilidade) e quatro escalas desequilibradas (emaranhada e desmembrada, no que se refere à coesão; e caótica e rígida, no que se refere à flexibilidade). Inclui, ainda, duas outras escalas que pretendem avaliar a satisfação e a comunicação familiar (Olson, 2011). Os itens estão distribuídos da seguinte forma: *Coesão Equilibrada*: 1, 7, 13, 19, 25, 31 e 37; *Flexibilidade Equilibrada*: 2, 8, 14, 20, 26, 32 e 38; *Desmembrada*: 3, 9, 15, 21, 27, 33 e 39; *Emaranhada*: 4, 10, 16, 22, 28, 34 e 40; *Rígida*: 5, 11, 17, 23, 29, 35 e 41; *Caótica*: 6, 12, 18, 24, 30, 36 e 42; *Comunicação*: do item 43 ao 52, inclusive; *Satisfação*: do item 53 ao 62, inclusive.

Do item 1 ao 52 (inclusive) correspondem as seguintes opções: “Discordo Totalmente”, “Discordo”, “Indeciso”, “Concordo” e “Concordo Totalmente”. Do item 53 ao 62 as opções de resposta são: “Insatisfeito”, “Geralmente Satisfeito”, “Muito satisfeito”, “Totalmente Satisfeito”. Resultados baixos nas escalas equilibradas associam-se a um funcionamento familiar problemático e pontuações elevadas a um funcionamento familiar saudável. Inversamente, nas escalas desequilibradas, os resultados baixos evidenciam um funcionamento familiar saudável e os resultados elevados um funcionamento familiar problemático. Pontuações elevadas na escala da comunicação traduzem a perceção de uma boa comunicação familiar e, na escala da satisfação, mais satisfeitos os indivíduos se encontram com a sua família (Sequeira et al., 2015).

A cotação das escalas é realizada através de um somatório, sendo que depois é necessário converter os resultados obtidos em percentis. O perfil estabelecido possibilita a visão geral da família através das dimensões mais saudáveis ou das mais problemáticas, enquadrando-as assim nas seis tipologias familiares existentes (Olson & Gorall, 2006), sendo estas:

Cluster 1, Equilibradas (Balanced): Estas famílias são caracterizadas por resultados elevados nas escalas equilibradas (Coesão e Flexibilidade) e resultados mais baixos em todas as escalas desequilibradas. Esta combinação de resultados elevados e baixos revela uma tipologia familiar com elevados níveis de funcionamento e baixos níveis de disfuncionalidade. É hipotetizado que estas famílias são capazes de lidar com desafios e stressores do dia a dia e com as mudanças relacionais ao longo do tempo. É um tipo de família improvável de necessitar de acompanhamento psicoterapêutico.

Cluster 2, Rigidamente Coesa (Rigidly Cohesive): Estas famílias caracterizam-se por pontuações elevadas nas escalas Coesão e Coesão Rígida, pontuações moderadas na escala Emaranhada e baixa nas escalas Desmembrada e Caótica. Esta tipologia familiar caracteriza-se por uma grande proximidade emocional e elevados níveis de rigidez. Ainda que seja

expetável um bom funcionamento ao longo do tempo, pelo elevado grau de proximidade, é possível que tenham dificuldade na promoção de mudanças face aos desafios normativos do seu desenvolvimento, dada a rigidez estrutural que a caracteriza.

Cluster 3, Médias (Midrange): Estas famílias são caracterizadas por resultados moderados em todas as escalas, com exceção da escala Rígida. Os valores desta escala podem observar-se em extremos e opostos (resultados muito elevados ou muito baixos), pela aparente distribuição bi-modal dos valores percentis da escala. Este tipo de família tem um funcionamento adequado, não exibindo nem os altos níveis de força e fatores de proteção influenciados pelas escalas equilibradas, nem os altos níveis de dificuldades ou fatores de risco influenciados pelas escalas desequilibradas.

Cluster 4, Flexivelmente Desequilibradas (Flexibly Unbalanced): Estas famílias caracterizam-se por pontuações elevadas em todas as escalas, com exceção da escala Coesão que apresenta resultados moderados a baixos. As combinações dos resultados altos nas escalas desequilibradas com os resultados moderados a baixos na Coesão parecem ser indicativas de um funcionamento problemático. No entanto, as pontuações elevadas na escala Flexibilidade, podem indicar que estas famílias têm a capacidade de modificar as áreas menos funcionais. De todas as tipologias familiares, esta é a mais difícil de descrever.

Cluster 5, Caoticamente Desmembrada (Chaotically Disengaged): Estas famílias são caracterizadas por resultados baixos nas escalas equilibradas, escalas Emaranhada e Rígida e por resultados elevados nas escalas Caótica e Desmembrada. Esta tipologia familiar é caracterizada por apresentar grandes problemas, pela falta de proximidade emocional. Esse tipo de família pode ser tão problemático quanto o tipo de família desequilibrada, porque os dois indicadores de problemas menores para esse tipo, são também as duas escalas que são as menos eficazes na diferenciação entre grupos com e sem problemas.

Cluster 6, Desequilibradas (Unbalanced): Estas famílias caracterizam-se por pontuações elevadas nas quatro escalas desequilibradas e pontuações baixas nas duas escalas equilibradas, constando no oposto das famílias equilibradas. Estas famílias apresentam-se como as mais problemáticas, na totalidade do seu funcionamento. É um tipo de família muito provável de necessitar de acompanhamento terapêutico.

Para avaliar o grau de equilíbrio ou desequilíbrio das famílias foram desenvolvidos três rácios (cf. Olson, 2010; Olson & Gorall, 2006): Coesão Equilibrada, Flexibilidade Equilibrada e Rácio Total. Após o cálculo dos rácios, procede-se à interpretação das pontuações obtidas, sendo que quanto mais elevado for o rácio (acima do valor de 1) maior é o equilíbrio familiar e quanto mais baixo for, maior é o desequilíbrio familiar.

Na [Tabela 3](#) são apresentados os valores de Alfa de Cronbach obtidos em cada escala neste estudo, assim como os valores relativos à validação original da FACES IV (Olson, 2011) e de duas validações para a população portuguesa (Gomes et al., 2017; Sequeira et al., 2015).

Tabela 3*Consistência interna (alfa de Cronbach) FACES IV*

Escala		Presente estudo		Original	Validações portuguesas	
		Pacientes	Técnicos	Olson (2011)	Gomes et al. (2017)	Sequeira et al. (2015)
Equilibradas	Coesão	0,69	0,55	0,89	0,81	0,77
	Flexibilidade	0,53	0,69	0,84	0,70	0,64
Desequilibradas	Desmembrada	0,58	0,56	0,87	0,71	0,74
	Emananhada	0,61	0,78	0,77	0,65	0,47
	Rígida	0,71	0,84	0,82	0,76	0,65
	Caótica	0,67	0,79	0,86	0,75	0,73
Comunicação		0,89	0,88	—	0,92	0,90
Satisfação		0,93	0,90	0,93	0,95	0,94
Total		0,89	0,81	—	—	0,81

Análise estatística

Para o tratamento e análise estatística dos dados obtidos recorreremos ao programa informático *Statistical Package for Social Sciences* (IBM SPSS Statistics, versão 25).

Procedemos à análise exploratória de dados, incidindo sobre frequências absoluta (n) e relativa (%) para as variáveis qualitativas, sobre a média (M), o desvio-padrão (DP) e os valores mínimo e máximo para as variáveis quantitativas.

Para a análise dos itens, converteu-se os dados brutos em percentis; no entanto, optou-se por apresentar os resultados brutos das escalas da FACES IV. Contudo, de acordo com as indicações de Olson (2011), para a apresentação do perfil da tipologia familiar foram considerados os percentis. Para ser possível mapear as tipologias familiares no Modelo Circumplexo de Olson foi necessário proceder à criação da dimensão de Coesão e da dimensão de Flexibilidade através dos percentis (fórmulas disponíveis em Olson, 2010).

A priori foi verificada a distribuição das pontuações da FACES IV através da análise da normalidade com recurso ao teste de Shapiro-Wilk (por ser considerado mais potente que o teste de Kolmogorov-Sminorv; Razali & Wah, 2011). Pela distribuição dos dados não ser normal e pelo tamanho da amostra ser consideravelmente limitado, optou-se pela utilização da estatística não-paramétrica: Teste U de Mann-Whitney a fim da comparação de dois grupos de variáveis e Teste de Kruskal-Wallis a fim da comparação de três ou mais grupos de variáveis. A interpretação do tamanho de efeito para o Teste U de Mann-Whitney é feita através dos

valores de Cohen (1988): entre 0,10 e 0,30 é pequeno; entre 0,30 e 0,50 é médio; acima de 0,50 é considerado grande. Para estabelecer o valor de r divide-se o valor de Z do teste pela raiz quadrado do número de observações [$r = Z/(\sqrt{N_{\text{obs}}})$] (Fritz et al., 2012).

Para a análise das propriedades psicométricas, determinámos a consistência interna através do alfa de Cronbach. Os valores foram interpretados segundo DeVellis (1991): entre 0,6 e 0,7 é aceitável; entre 0,7 e 0,8 é bom; acima de 0,8 é muito bom.

Considerou-se efeitos estatisticamente significativos para $p < 0,05$.

Resultados

Analisando os resultados obtidos nas escalas equilibradas da FACES IV ([Tabela 4](#)), verificou-se que 73,3% dos pacientes descrevem a família como “coesa”, da mesma forma os técnicos (66,7%) também a consideram “coesa”. As pontuações médias espelham as semelhanças, no entanto, com um valor um pouco superior de 25,87 nos pacientes e de apenas 19,60 nos técnicos. No que se refere à flexibilidade, os pacientes tendem a caracterizar a família como “flexível” (73,3%), enquanto que os técnicos também a caracterizam como “flexível” (53,3%). No entanto, as pontuações médias espelham mais uma vez diferenças, com os pacientes a revelarem uma média de 26,60, contrastando com o valor de 19,20 encontrado nos técnicos. Apesar das semelhanças, importa assinalar as seguintes diferenças: nenhum paciente descreve a sua família como “algo coesa” ou “algo flexível” enquanto 33,3% e 46,7% dos técnicos o fazem; nenhum técnico considera a família dos seus pacientes como “muito coesa” ou “muito flexível”, enquanto 26,7% dos pacientes o faz.

Tabela 4

Resultados das escalas equilibradas da FACES IV (N = 15)

Escalas	Nível	Pacientes			Técnicos		
		n (%)	M (DP)	Intervalo	n (%)	M (DP)	Intervalo
Coesão Equilibrada	Algo coesa	—	25,87	19–35	5 (33,3%)	19,60	14–25
	Coesa	11 (73,3%)	(4,34)		10 (66,7%)	(3,54)	
	Muito coesa	4 (26,7%)	—				
Flexibilidade Equilibrada	Algo flexível	—	26,60	21–33	7 (46,7%)	19,20	15–26
	Flexível	11 (73,3%)	(3,25)		8 (53,3%)	(3,47)	
	Muito flexível	4 (26,7%)	—				

Notas: M = Média; DP = Desvio Padrão; n = número de sujeitos.

Nas escalas desequilibradas, pode observar-se na [Tabela 5](#) que, na generalidade, as pontuações obtidas tendem a ser baixas ou moderadas, correspondendo, assim, a uma perceção do funcionamento familiar como saudável. Relativamente à escala desmembrada, 46,7% dos

pacientes percecionam níveis baixos de desmembramento ($M = 18,33$). Na escala emaranhada, 33,3% dos pacientes apresentam pontuações baixas ($M = 20,00$), o que traduz uma perceção moderada de emaranhamento nas suas famílias. No que respeita à escala rígida, verifica-se que 33,3% dos pacientes percecionam níveis moderados de rigidez na sua família ($M = 24,00$). Quanto à escala caótica, 53,3% dos pacientes percecionam níveis baixos de funcionamento caótico ($M = 18,27$). Quanto à avaliação por parte dos técnicos, estes consideram as famílias dos pacientes como tendo níveis moderados de desmembramento (46,7%, $M = 21,40$) e de funcionamento caótico (33,3%, $M = 43,53$), o que contrasta com a perceção dos pacientes. No sentido inverso, os técnicos consideram que as famílias apresentam níveis muito baixos de emaranhamento (46,7%, $M = 17,60$) e de rigidez (46,7%, $M = 19,27$), distinguindo-se assim dos níveis moderados identificados pelos pacientes. A [Tabela 5](#) sumariza os resultados obtidos nas escalas desequilibradas da FACES IV.

Tabela 5

Resultados das escalas desequilibradas da FACES IV ($N = 15$)

Escala	Nível	Pacientes			Técnicos		
		<i>n</i> (%)	<i>M</i> (DP)	Intervalo	<i>n</i> (%)	<i>M</i> (DP)	Intervalo
Desmembrada	Muito baixo	5 (33,3%)	18,33 (4,17)	10-26	1 (6,7%)	21,40 (3,50)	15-28
	Baixo	7 (46,7%)			6 (40%)		
	Moderado	2 (13,3%)			7 (46,7%)		
	Alto	1 (6,7%)			1 (6,7%)		
	Muito alto	—			—		
Emaranhada	Muito baixo	4 (26,7%)	20,00 (5,07)	13-28	7 (46,7%)	17,60 (4,31)	11-25
	Baixo	4 (26,7%)			5 (33,3%)		
	Moderado	5 (33,3%)			3 (20%)		
	Alto	2 (13,3%)			—		
	Muito alto	—			—		
Rígida	Muito baixo	1 (6,7%)	24,00 (4,86)	14-33	7 (46,7%)	19,27 (5,16)	11-28
	Baixo	3 (20%)			1 (6,7%)		
	Moderado	5 (33,3%)			6 (40%)		
	Alto	5 (33,3%)			1 (6,7%)		
	Muito alto	1 (6,7%)			—		
Caótica	Muito baixo	4 (26,7%)	18,27 (4,28)	7-24	3 (20%)	20,80 (4,87)	14-29
	Baixo	8 (53,3%)			4 (26,7%)		
	Moderado	3 (20%)			5 (33,3%)		
	Alto	—			3 (20%)		
	Muito alto	—			—		

Notas: *M* = Média; *DP* = Desvio Padrão; *n* = número de sujeitos.

Nas escalas da comunicação e da satisfação com a família da FACES IV ([Tabela 6](#)), podemos observar que 46,7% dos pacientes consideram a comunicação nas suas famílias como

sendo alta ($M = 35,07$). Em relação à escala da satisfação, 80% dos pacientes revelam-se muito pouco satisfeitos com a sua família ($M = 24,13$).

Relativamente aos técnicos, estes referem que 73,3% dos pacientes apresentam níveis muito baixos de comunicação, e que 100% dos pacientes apresentam uma satisfação muito baixa relativamente à relação com as respetivas famílias. Ou seja, apesar de tanto os pacientes como os técnicos apresentarem uma perceção de níveis muito baixos de satisfação, o mesmo não se verifica quanto à comunicação, sendo que os valores encontrados nos últimos são inferiores aos identificados pelos primeiros.

Tabela 6

Comunicação e Satisfação Familiar (N = 15)

Escala	Nível	Pacientes			Técnicos		
		n (%)	M (DP)	Intervalo	n (%)	M (DP)	Intervalo
Comunicação	Muito baixa	4 (26,7%)	35,07 (7,43)	21–45	11 (73,3%)		
	Baixa	1 (6,7%)			—	26,13 (6,28)	18–37
	Moderada	2 (13,3%)			4 (26,7%)		
	Alta	7 (46,7%)			—		
	Muito alta	1 (6,7%)			—		
Satisfação	Muito baixa	12 (80%)	24,13 (8,73)	12–40	15 (100%)		
	Baixa	1 (6,7%)			—	14,93 (4,25)	10–22
	Moderada	—			—		
	Alta	2 (13,3%)			—		
	Muito alta	—			—		

Notas: M = Média; DP = Desvio Padrão; n = número de sujeitos.

Dividiu-se a amostra de pacientes em duas categorias de comunicação (baixa/alta), tendo sido verificado se existiriam diferenças significativas em relação às outras escalas da FACES IV. Foi possível verificar que apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas escalas equilibradas. Pacientes com níveis mais altos de comunicação ($M = 28,13$; $DP = 3,91$ vs. $M = 23,29$; $DP = 3,40$) percecionam níveis mais elevados de coesão ($U = 8,50$; $p(u) = 0,01$; efeito grande = 0,59). Da mesma forma, pacientes com níveis mais altos de comunicação ($M = 28,25$; $DP = 2,49$ vs. $M = 24,71$; $DP = 3,09$) percecionam níveis mais elevados de flexibilidade ($U = 10,00$; $p(u) = 0,02$; efeito grande = 0,54).

Procedeu-se ao mesmo método para a satisfação (baixa/alta): tendo-se obtido que pacientes com níveis mais altos de satisfação ($M = 33,00$; $DP = 2,83$ vs. $M = 24,77$; $DP = 3,40$) percecionam níveis mais elevados de coesão ($U = 0,50$; $p(u) = 0,02$; efeito grande = 0,55). Já pacientes com níveis mais baixos de satisfação ($M = 13,00$; $DP = 4,24$ vs. $M = 19,15$; $DP = 3,65$) percecionam níveis mais altos de desmembramento ($U = 2,50$; $p(u) = 0,05$; efeito médio

= 0,46). Pacientes com níveis mais baixos de satisfação ($M = 11,50$; $DP = 6,36$ vs. $M = 19,31$; $DP = 3,04$) também percebem níveis mais elevados de funcionamento caótico ($U = 1,50$; $p(u) = 0,03$; efeito grande = 0,51).

A [Tabela 7](#) apresenta os resultados relativos aos rácios da Coesão, da Flexibilidade e Total. 86,7% dos pacientes apresentam um rácio equilibrado na coesão ($M = 1,41$). 100% da amostra apresenta um rácio equilibrado na flexibilidade ($M = 1,28$) e no rácio total ($M = 1,35$). É possível concluir, que os pacientes percebem o funcionamento das suas famílias, maioritariamente, como equilibrado em todas as dimensões. No entanto, relativamente à perceção dos técnicos, os valores são mais baixos, sendo que estes consideram que apenas 66,7% dos pacientes apresentam um rácio de coesão equilibrado, e 60% um rácio total equilibrado. A perceção sobre a flexibilidade é diferenciada, sendo que os técnicos referem que 53,3% dos pacientes demonstram um rácio de flexibilidade desequilibrado.

Tabela 7

Análise dos Rácios da Coesão, Flexibilidade e Total (N = 15)

Rácios	Nível	Pacientes		Técnicos	
		n (%)	M (DP)	n (%)	M (DP)
Coesão	Equilibrado	13 (86,7%)	1,41	10 (66,7%)	1,02
	Desequilibrado	2 (13,3%)	(0,44)	5 (33,3%)	(0,26)
Flexibilidade	Equilibrado	15 (100%)	1,28	7 (46,7%)	0,97
	Desequilibrado	—	(0,22)	8 (53,3%)	(0,21)
Total	Equilibrado	15 (100%)	1,35	9 (60%)	1,00
	Desequilibrado	—	(0,30)	6 (40%)	(0,22)

Notas: M = Média; DP = Desvio Padrão; n = número de sujeitos.

A [Figura 2](#) representa o resultado mediano do *cluster* em que pacientes deste estudo, se encontram, tendo este sido calculado através dos percentis médios de cada escala, verificando-se que os pacientes se percebem no *Cluster 1*: Equilibradas enquanto que os técnicos apresentam um perfil que se aproxima do *Cluster 5*: Caoticamente Desmembrada.

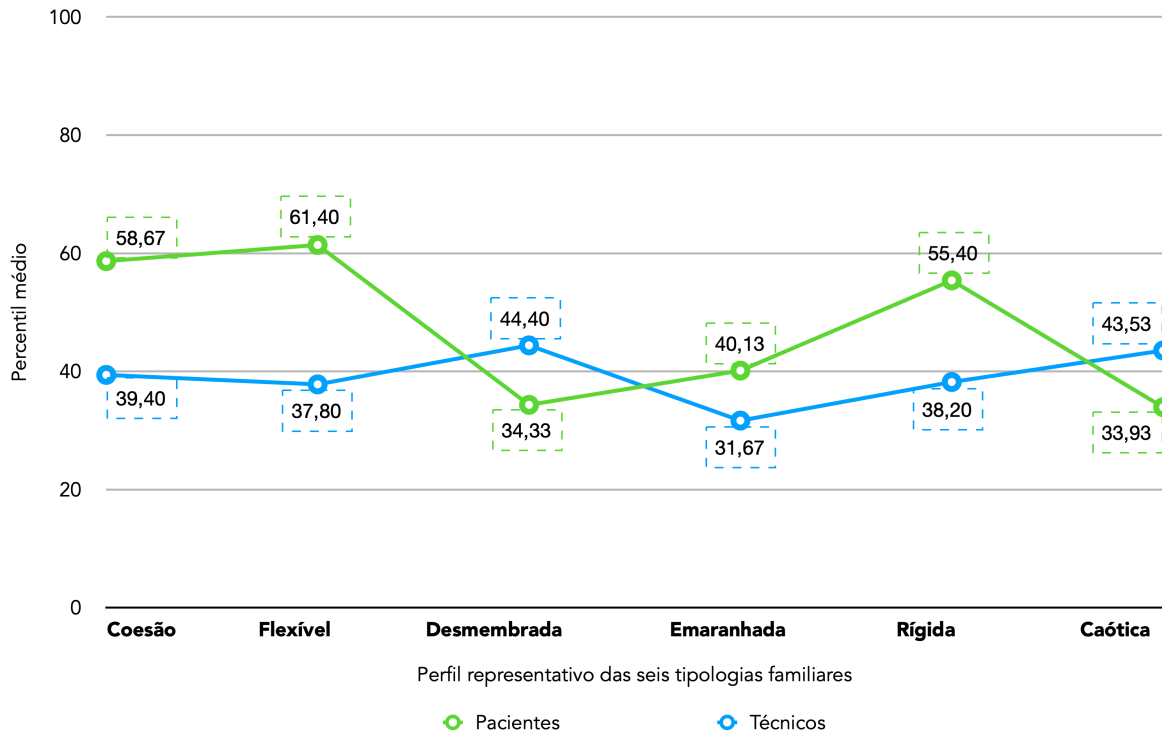


Figura 2. Perfil Representativo da Amostra Total ($N = 15$)

A avaliação da percepção do paciente *versus* a percepção do técnico foi feita individualmente, estando estas representadas em figuras individuais (ver Apêndice E). É de salientar, que a maioria dos pacientes (80%) e dos técnicos (80%) percecionam o seu funcionamento familiar como equilibrado. As diferentes configurações percetivas de pacientes e técnicos são visíveis na [Figura 3](#) (os valores percentuais estipulados de acordo com o autor original para o mapeamento estão expressos na Tabela 8, ver Apêndice F).

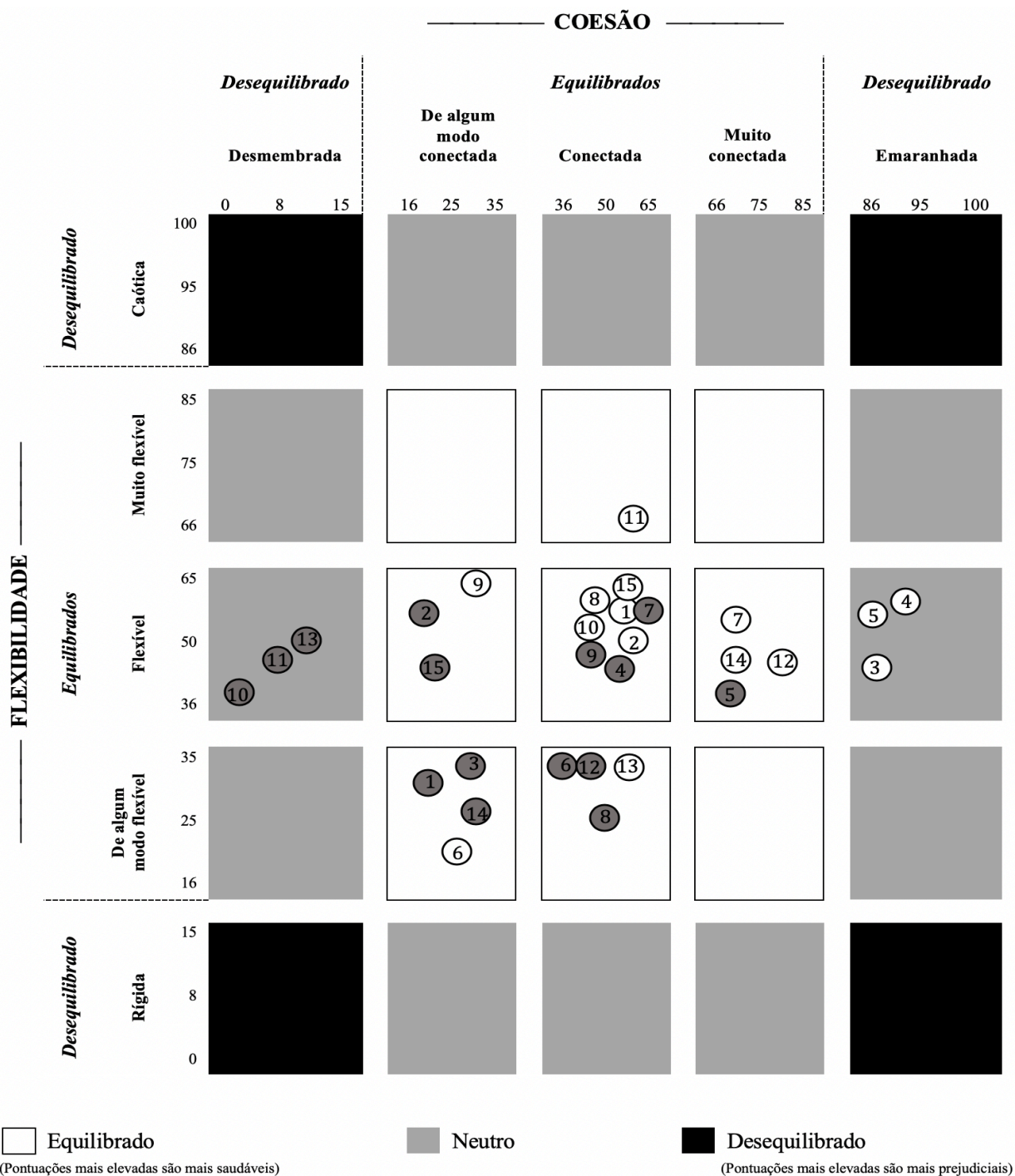


Figura 3. Mapeamento dos pacientes vs. técnicos no Modelo Circumplexo/FACES IV

Nota 1. Pacientes estão identificados a círculo branco com numeração.

Nota 2. Técnicos estão identificados a círculo cinzento com a respetiva numeração do paciente alocado a si.

Relativamente às variáveis sociodemográficas e clínicas ([Tabela 9](#)), observaram-se apenas diferenças estatisticamente significativas na escala desequilibrada *Rígida* consoante o consumo de substâncias, sendo que os pacientes que consomem substâncias percecionam a família como mais rígida comparativamente com o grupo sem consumo [$U = 3,50$, $W = 48,50$; $p(u) = 0,002$; efeito grande = 0,72]. Nas restantes escalas não se observaram diferenças estatisticamente significativas, bem como não foram observadas diferenças relativamente ao sexo, idade, estado civil ou habilitações literárias ($p < 0,05$).

Relativamente às diferenças entre a perceção do funcionamento familiar entre pacientes e técnicos é perceptível as dissemelhanças em todas as escalas, com exceção das escalas desequilibradas *Emaranhada* e *Caótica*. Os pacientes apresentaram uma perceção de coesão familiar mais elevada do que a dos técnicos ($U = 28,50$; $p(u) < 0,001$; efeito grande = 0,64); bem como uma maior perceção de flexibilidade ($U = 15,00$; $p(u) < 0,001$; efeito grande = 0,74); e, por fim, maior perceção de rigidez ($U = 58,50$; $p(u) = 0,011$; efeito médio = 0,41). Os pacientes também pontuaram de forma mais alta na comunicação ($U = 36,00$; $p(u) < 0,001$; efeito grande = 0,58) e na satisfação ($U = 40,50$; $p(u) = 0,001$; efeito grande = 0,55) em relação aos técnicos. Já os técnicos têm uma perceção da família dos pacientes como sendo mais desmembrada ($U = 28,50$; $p(u) = 0,024$; efeito médio = 0,36) do que os próprios pacientes.

Tabela 9

Comparação da Perceção do Funcionamento Familiar (FACES IV) do Paciente entre os Grupos Definidos pelas Variáveis Sociodemográficas e Clínicas (N = 15)

		Escala equilibrada			Escala desequilibrada			Comunicação	Satisfação
		Coesão	Flexibilidade	Desmembrada	Emaranhada	Rígida	Caótica		
		M (DP)	M (DP)	M (DP)	M (DP)	M (DP)	M (DP)		
Sexo	Masculino	26,44 (3,64)	27,11 (2,37)	18,22 (5,09)	19,67 (6,00)	24,89 (4,57)	18,78 (5,22)	36,78 (5,70)	25,78 (7,31)
	Feminino	25,00 (5,48)	25,83 (4,40)	18,50 (2,67)	20,50 (3,73)	22,67 (5,39)	17,50 (2,59)	32,50 (9,46)	21,67 (10,76)
Mann-Whitney (U)		(18,50 ^{NS})	(20,00 ^{NS})	(25,00 ^{NS})	(24,00 ^{NS})	(21,00 ^{NS})	(18,50 ^{NS})	(18,50 ^{NS})	(17,50 ^{NS})
Idade	21–45	24,40 (3,29)	25,40 (3,21)	17,40 (2,30)	18,00 (4,64)	24,60 (6,23)	20,40 (4,10)	31,00 (5,15)	21,40 (6,15)
	45–55	26,00 (3,74)	27,25 (1,71)	19,00 (6,83)	21,75 (6,50)	23,00 (3,37)	16,75 (6,85)	36,75 (8,10)	25,25 (11,82)
	55–62	27,00 (5,66)	27,17 (4,17)	18,67 (3,88)	20,50 (4,76)	24,17 (5,19)	17,50 (1,64)	37,33 (8,31)	25,67 (9,40)
Kruskal-Wallis (H)		(0,986 ^{NS})	(1,409 ^{NS})	(0,686 ^{NS})	(1,354 ^{NS})	(0,566 ^{NS})	(2,259 ^{NS})	(3,408 ^{NS})	(0,776 ^{NS})
Estado civil	Solteiro	25,80 (3,71)	25,70 (2,11)	17,50 (4,43)	20,40 (5,82)	22,10 (4,53)	18,10 (4,90)	34,70 (7,07)	22,20 (7,79)
	Casado	26,00 (—)	29,00 (—)	18,00 (—)	21,00 (—)	27,00 (—)	17,00 (—)	38,00 (—)	28,00 (—)
	Separado/Divo.	25,00 (2,83)	29,50 (2,12)	23,00 (2,83)	19,50 (3,54)	29,00 (5,66)	21,50 (3,54)	37,50 (2,12)	30,00 (1,41)
	Viúvo	27,00 (11,31)	27,00 (8,49)	18,00 (2,83)	18,00 (5,66)	27,00 (0,00)	16,50 (0,71)	33,00 (16,97)	26,00 (19,80)
Kruskal-Wallis (H)		(0,076 ^{NS})	(3,455 ^{NS})	(3,010 ^{NS})	(0,172 ^{NS})	(4,467 ^{NS})	(2,375 ^{NS})	(0,008 ^{NS})	(3,020 ^{NS})
Habilitações	Ensino básico	25,00 (—)	27,00 (—)	26,00 (—)	28,00 (—)	19,00 (—)	22,00 (—)	41,00 (—)	21,00 (—)
	Ensino secund.	26,00 (3,42)	27,25 (2,61)	18,25 (3,37)	19,63 (5,01)	26,00 (4,24)	19,63 (3,07)	35,63 (5,26)	24,88 (5,36)
	Ensino superior	25,83 (6,01)	25,67 (4,27)	17,17 (4,40)	19,17 (4,79)	22,17 (5,04)	15,83 (5,04)	33,33 (10,23)	23,67 (13,05)
Kruskal-Wallis (H)		(0,344 ^{NS})	(1,340 ^{NS})	(2,736 ^{NS})	(2,663 ^{NS})	(3,370 ^{NS})	(3,279 ^{NS})	(1,346 ^{NS})	(0,570 ^{NS})
Substâncias	Não	25,33 (3,43)	25,89 (2,15)	19,00 (4,98)	19,78 (5,02)	21,33 (3,97)	18,22 (5,10)	35,00 (6,98)	23,11 (8,36)
	Sim	26,67 (5,72)	27,67 (4,46)	17,33 (2,66)	20,33 (5,61)	28,00 (2,97)	18,33 (3,14)	35,17 (8,75)	25,67 (9,85)
Mann-Whitney (U)		(23,50 ^{NS})	(18,50 ^{NS})	(19,00 ^{NS})	(23,00 ^{NS})	(3,50^{**})^{††}	(22,50 ^{NS})	(25,00 ^{NS})	(22,00 ^{NS})
Profissão	Pacientes	25,87 (4,34)	26,60 (3,25)	18,33 (4,17)	20,00 (5,07)	24,00 (4,86)	18,27 (4,28)	35,07 (7,43)	24,13 (8,73)
	Técnicos	19,60 (3,54)	19,20 (3,47)	21,40 (3,50)	17,60 (4,31)	19,27 (5,16)	20,80 (4,87)	26,13 (6,28)	14,93 (4,25)
Mann-Whitney (U)		(28,50^{***})^{††}	(15,00^{***})^{††}	(65,00[†])	(83,50 ^{NS})	(58,50[*])[†]	(81,00 ^{NS})	(36,00^{**})^{††}	(40,50^{**})^{††}

Notas: M = Média; DP = Desvio Padrão; U = U de Mann-Whitney; H = H de Kruskal-Wallis.

* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001; ^{NS} Não significativo; [†] Tamanho do efeito médio; ^{††} Tamanho do efeito grande.

Discussão

Este estudo teve como objetivo principal analisar a perceção do funcionamento familiar da perspectiva do paciente com diagnóstico de esquizofrenia e da perspectiva do técnico que fez o acompanhamento destes pacientes na instituição de internamento.

Num primeiro objetivo, comprometemo-nos a descrever a perceção de pacientes e técnicos relativamente às diferentes dimensões do funcionamento familiar, que foram avaliados através da FACES IV (Olson, 2011; Sequeira et al., 2015). Numa primeira instância, os resultados permitem concluir que os pacientes percecionam as suas famílias, maioritariamente, como coesas e flexíveis (73,3% ambas as dimensões), com baixo desmembramento e funcionamento caótico (46,7% e 53,3%, respetivamente), e com moderado emaranhamento e rigidez (33,3% ambas as dimensões). De um modo geral, as pontuações nas escalas equilibradas e desequilibradas sugerem uma perceção do funcionamento familiar como equilibrada e saudável. Segundo Olson (2010), um bom funcionamento familiar saudável é destacado por um bom equilíbrio entre coesão e flexibilidade. Reportando estes valores em rácio, podemos mais uma vez confirmar que 86,7% a 100% dos pacientes reportam um rácio equilibrado nas dimensões de Coesão ($M = 1,41$) e de Flexibilidade ($M = 1,28$). Assim, podemos afirmar que os pacientes percecionam que o nível de funcionamento familiar é, na sua pluralidade, equilibrado em todas as dimensões ($M = 1,35$). No que se refere à Comunicação os pacientes percecionam níveis altos (46,7%), que segundo Olson (2011), significa que estes se sentem bem com a comunicação entre os membros da família. Quanto à Satisfação, os pacientes percecionam valores muito baixos (80%) de satisfação, sendo que isso significa que estes estão muito insatisfeitos e preocupados com a sua família. Este último aspeto sobre a escala Satisfação levanta questões sobre a aparente “salubridade” do funcionamento familiar anteriormente referenciada, nomeadamente o paradoxo subjacente aos pacientes reportarem um sistema familiar equilibrado com o qual estão insatisfeitos.

Relativamente aos dados apresentados pelos técnicos, conferimos que estes tendem a percecionar as famílias dos pacientes como coesas e flexíveis (66,7% e 53,3%, respetivamente), com moderado desmembramento e funcionamento caótico (46,7% e 33,3%, respetivamente) e muito baixo emaranhamento e rigidez (46,7% em ambas as dimensões). Em termos de rácio, 66,7% dos técnicos reportam um rácio equilibrado na Coesão ($M = 1,02$) e desequilibrado na Flexibilidade ($M = 0,97$; no entanto a amostra é pouco diferenciada pois pontua 45,7% em equilíbrio e 53,3% em desequilíbrio), reportando um rácio total equilibrado ($M = 1,00$). Estes valores próximos de 1, reportam que quanto mais baixos forem maior é a

perceção do desequilíbrio familiar (Olson, 2010). Relativamente à escala Comunicação e Satisfação os técnicos percecionam valores muito baixos de comunicação (73,3%) e de satisfação (100%) do funcionamento familiar dos pacientes.

Segundo Olson (2010), é hipotetizado que famílias com altos níveis de satisfação familiar teriam níveis mais elevados de coesão e flexibilidade (escalas equilibradas) e níveis mais baixos das escalas desequilibradas (desmembrada, emaranhada, rígida, caótica). Assim, procedemos a comparação entre escalas e categorias, tendo evidenciado que pacientes com níveis mais altos de comunicação percecionam níveis mais elevados de coesão e de flexibilidade. Quanto à satisfação comprovou-se que pacientes com níveis mais elevados de satisfação percecionam níveis mais elevados de coesão. Já pacientes com níveis mais baixos de satisfação percecionam níveis mais altos de desmembramento e de funcionamento caótico. Estes dados vão ao encontro do que a literatura descreve como sendo o ideal perante este cenário.

Aquando da comparação de diferenças entre técnicos e pacientes, é possível observar que apesar de haver semelhanças ao nível das escalas da FACES IV é também possível observar que os técnicos são mais cautelosos na sua avaliação (registando médias mais baixas nas escalas equilibradas e médias mais altas nas escalas desequilibradas) em comparação com os pacientes. Os técnicos por serem especialistas e observadores mais distanciados do próprio sistema familiar do paciente poderão deter uma perceção mais sensível ao disfuncionamento. No seu global, os pacientes e técnicos percecionam o seu funcionamento familiar como saudável e equilibrado. Os valores dos rácios obtidos no nosso estudo permitem-nos constatar que os pacientes e os técnicos reportam um sistema familiar equilibrado e saudável, rondando valores próximos de 1 (considerado o valor neutro). Desta forma, o nosso estudo vai ao encontro do estudo de Carvalho et al. (2014), onde os pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, assim como os seus cônjuges, consideram que as relações familiares são saudáveis e equilibradas. Mas quando são tomadas em consideração, não os rácios, mas as pontuações médias, o quadro muda de figura. Verificaram-se numerosas diferenças estatisticamente significativas entre as perceções de técnicos e pacientes. Relativamente aos pacientes estes apresentaram uma perceção do funcionamento familiar como sendo mais coesa, flexível e rígida, pontuada por melhor comunicação e mais satisfação do que os técnicos. Estes últimos têm uma perceção da família dos pacientes como mais desmembrada. Este dado ilustra a importância de tomar em consideração diferentes perspetivas sobre um mesmo sistema familiar, e as limitações que este instrumento de autorresposta poderá deter na discriminação de funcionamento familiar problemático em diferentes populações clínicas.

Após a descrição da perceção do funcionamento familiar de pacientes e técnicos, é possível traçar os perfis de funcionamento familiar que emergem das descrições destes. De acordo com Olson e Gorall (2006), os pacientes parecem enquadrar-se no Cluster 1: Equilibradas, enquanto que o perfil traçado pelos técnicos se aproxima do Cluster 5: Caoticamente Desmembrada. O primeiro é caracterizado por pontuações altas nas escalas equilibradas (coesão e flexibilidade) e baixas nas escalas desequilibradas. São famílias que apontam para elevados níveis de funcionalidade e níveis mais baixos de funcionamento problemático. São considerados pelos autores como famílias que sabem lidar com o *stress* e a mudança (Olson & Gorall, 2006), e aproximam-se do funcionamento reportado em autorresposta de famílias com pacientes diagnosticados com esquizofrenia (Carvalho et al., 2014). Já o segundo perfil, identificado pelos técnicos, remete para pontuações mais baixas nas escalas equilibradas (coesão e flexibilidade), escalas desequilibradas (emaranhada e rígida) e pontuações mais elevadas nas restantes escalas desequilibradas (caótica e desmembrada). São famílias caoticamente desligadas, problemáticas e que aparentam enquadrar-se em contextos não adaptativos (e.g., indivíduos diagnosticados com esquizofrenia) (Olson & Gorall, 2006). Estes aspetos estão associados à ausência de padrões, regras e rotinas familiares, interpretando os baixos níveis de rigidez como afastamento emocional. A implicação para a compreensão do sistema familiar perante esta perspetiva dos técnicos parece-nos remeter à Teoria da Terapia Familiar onde famílias estruturalmente perturbadas subordinam o indivíduo a emissões contraditórias, induzindo a verdadeira patologia da comunicação. A esta emissão repetida de mensagens que impede o indivíduo de ter confiança nas suas próprias perceções surge o *double bind* (Bateson et al., 1956). Segundo a literatura, algumas formas de esquizofrenia derivam desta instável comunicação intrafamiliar, que envolve o sistema relacional e que transforma a esquizofrenia num sintoma da estrutura familiar (Miermont, 1994). Minuchin (1988) através da Escola Estrutural pretendeu estimular formas de intervenção perante este disfuncionamento familiar. Através das alianças entre subsistemas, da criação de limites ou simplesmente pela correção destas e pela mudança na perceção do problema perante os membros da família, o objetivo da mudança terapêutica poderá ser realista e passível de tornar famílias caoticamente desmembradas em estruturas mais funcionais. O diagnóstico de esquizofrenia aparenta não ser problemático perante a família do paciente e do próprio, no entanto, perante a perspetiva do técnico este aparenta revelar uma disfunção no seio familiar.

Pretendeu-se ainda analisar se existiam diferenças no funcionamento familiar consoante as variáveis sociodemográficas, não tendo sido evidenciadas oscilações nos resultados da FACES IV em função do sexo, idade, estado civil e habilitações literárias. Numa perspetiva

mais clínica, houve uma variável que se destacou de forma significativa. O consumo de substâncias evidenciou-se como detendo uma influência significativa, tendo os pacientes que consomem substâncias uma perceção mais rígida do funcionamento familiar em comparação com o grupo de pacientes que não consome nenhum tipo de substâncias.

Adicionalmente, este estudo propôs a aplicação da FACES IV a intervenientes que conhecem o sistema familiar dos pacientes, mas do qual não fazem parte. Assim, pretendeu-se verificar as propriedades psicométricas que este instrumento adaptado possui perante a visão dos pacientes e a visão dos técnicos. Na escala completa, tanto na versão original aplicada a pacientes como na versão adaptada para técnicos, foram obtidos bons índices de fiabilidade. No entanto, se observarmos as escalas individuais, os valores são mais baixos do que aqueles reportados na validação original (Olson, 2011). Comparando o nosso estudo com a validação portuguesa (Sequeira et al., 2015) obtivemos na grande maioria índices de fiabilidade aceitáveis. Estes valores têm um valor restringido pelo tamanho reduzido da nossa amostra, sendo esta uma das nossas maiores limitações. Contudo, é de salientar que a elaboração de uma versão da FACES IV adaptada para técnicos configura uma interessante linha de pesquisa futura. As diferenças na perceção de funcionamento familiar identificadas entre pacientes e técnicos, indiciam que este trabalho futuro se afigura extremamente relevante, pois os implicados no sistema familiar podem apresentar uma tendência a se autorrepresentarem de forma positiva, ofuscando o disfuncionamento e aproximando os seus resultados daqueles normativos para populações não clínicas.

Não podemos deixar de mencionar algumas limitações do estudo. Em primeiro lugar, importa salientar que foram encontrados poucos estudos prévios realizados em território nacional relativos aos constructos analisados, o que dificultou a comparação de resultados. No entanto, esta limitação acrescenta valor e pertinência ao presente trabalho, contribuindo para dirimir a escassez de estudos em Portugal. Outra limitação está relacionada com a dimensão reduzida da amostra ($N = 15$), que trouxe algumas implicações na análise dos dados quantitativos. Não foi possível correlacionar escalas nem rácios da FACES IV, pois para a análise seria necessário ter entre 20-25 sujeitos (Bonett & Wright, 2000). Olson (2011) sugere que os rácios estão positivamente correlacionados; e, assim sendo, teria sido pertinente observar se a coesão familiar estaria associada à flexibilidade familiar e vice-versa. Outra limitação é o facto de ser um estudo transversal, que só avalia a perceção do paciente num determinado momento.

Como sugestão de estudos futuros, considerou-se apropriada a introdução de uma variável de resiliência, que permitisse avaliar a perceção de resiliência familiar perante as

dificuldades de comunicação e resolução de problemas que possam advir de uma pontuação muito baixa nas escalas desequilibradas, de comunicação e de satisfação da FACES IV. Outra perspetiva interessante seria a inclusão de um estudo semelhante ao nosso, mas com a inclusão de um instrumento de estilos e práticas parentais, para perceber como certas atitudes e reações por parte de familiares podem impactar na autoestima e no padrão de comunicação de um paciente diagnosticado com esquizofrenia. Vários estudos (e.g., Butzlaff & Hooley, 1998; Peterson & Docherty, 2004) têm demonstrado que o impacto é sempre negativo, no entanto, que seja do nosso conhecimento, tal estudo nunca foi realizado em Portugal. É necessário a prossecução de mais estudos nesta área e noutros contextos clínicos para continuar a melhorar o instrumento FACES IV, nomeadamente com a já referida adaptação para preenchimento por técnicos. Outra sugestão de pesquisa futura é a possibilidade de delinear um estudo longitudinal, que permita a longo prazo medir a perceção do funcionamento familiar por parte do paciente em diversos momentos (por exemplo, início e fim do tratamento); e, porventura, através das várias fases do ciclo vital da família.

O único estudo português que revela as mesmas evidências empíricas que o presente trabalho é aquele realizado por Carvalho et al. (2014) – onde foi utilizada também a FACES IV e uma população de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia – evidenciando que 78% dos indivíduos e 87% dos cônjuges reportaram as suas relações familiares como saudáveis e equilibradas. Isto vai ao encontro dos nossos resultados que demonstraram que 80% dos pacientes e 80% dos técnicos percecionam o seu funcionamento familiar como equilibrado e saudável. Contudo, importa ressaltar que o perfil de funcionamento familiar que emerge em pacientes e técnicos diverge substantivamente, com os pacientes a percecionarem uma família equilibrada e os técnicos a percecionarem famílias caoticamente desmembradas. Assim, se os dados provenientes dos pacientes poderiam levantar questões sobre a relação entre dinâmica familiar e patologia psiquiátrica, referenciada na introdução e tão frequentemente mencionada na literatura, a perspetiva dos técnicos corrobora essa associação, levantando questões outrossim sobre a capacidade que um membro de uma família tem de avaliar o próprio sistema em que se encontra inserido.

Assim, de acordo com o mencionado anteriormente, existe a necessidade de uma reiterada intervenção com estes pacientes e os seus familiares/cuidadores. Townsend (2014) e Smerud e Rosenfarb (2008) referem que uma das abordagens mais utilizadas no contexto da esquizofrenia são os programas psicoeducativos. Estes pretendem melhorar a qualidade de vida e o ambiente familiar, levando os pacientes a terem menos recaídas e, por conseguinte, menos internamentos. A facilitação da independência e a participação dos membros mais próximos

do paciente é preponderante para o seu sucesso. Segundo Olson (2000), o enquadramento de pacientes em famílias desligadas faz com que estes não solicitem apoio aos seus membros familiares quando necessitam. Assim, os técnicos apresentam-se como mediadores ao encorajarem os seus pacientes a terem confiança neles próprios, de forma a que possam expressar aspetos equilibrados na sua vida, fulcrais para um saudável funcionamento familiar.

Referências Bibliográficas

- Abreu-Afonso, J., & Leal, I. (2016). FACES III: Adaptação e validação da Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES), de D. H. Olson, J. Portner e Y. Lavee – versão de casal – para a população portuguesa. *MOSAICO – Revista de la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar*, 63, 92–107.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5th ed.). Climepsi Editores (Trabalho original em inglês publicado em 2013).
- Andrews, B., & Brewin, C. R. (1990). Attributions of Blame for Marital Violence: A Study of Antecedents and Consequences. *Journal of Marriage and Family*, 52(3), 757-767. <https://doi.org/10.2307/352940>
- Baiocco, R., Cacioppo, M., Laghi, F., & Tafà, M. (2013). Factorial and construct validity of FACES IV among italian adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 22(7), 962-970. <https://doi.org/10.1007/s10826-012-9658-1>
- Ball, D., Tornarí, M., Masjuan, N., Trápaga, M., del Arca, D., Scafarelli, L., & Feibuscheurez, A. (2009). Family functioning assessment device – FACES IV: Process of adaptation for Montevideo, Uruguay. *Ciências Psicológicas*, 3(1), 43-56. <https://doi.org/10.22235/cp.v3i1.136>
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., & Weakland, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1(4), 251-264. <https://doi.org/10.1002/bs.3830010402>
- Bonett, D. G., & Wright, T. A. (2000). Sample size requirements for estimating pearson, kendall and spearman correlations. *Psychometrika*, 65(1), 23-28. <https://doi.org/10.1007/BF02294183>
- Burman, B., Mednick, S. A., Machón, R. A., Parnas, J., & Schulsinger, F. (1987). Children at high risk for schizophrenia: Parent and offspring perceptions of family relationships. *Journal of Abnormal Psychology*, 96(4), 364-366. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.96.4.364>
- Butzlaff, R. L., & Hooley, J. M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse: A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 55(6), 547-552. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.6.547>
- Carvalho, J. C., Freitas, P. P., Leuschner, A., & Olson, D. H. (2014). Healthy functioning in families with a schizophrenic parent. *Journal of Family Psychotherapy*, 25(1), 1-11. <https://doi.org/10.1080/08975353.2014.881685>

- Carvalho, J. L., Relva, I. C., & Fernandes, O. M. (2018). Funcionamento familiar e estratégias de resolução de conflitos na fratria. *Análise Psicológica*, 36(1), 61-73. <https://doi.org/10.14417/ap.1354>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- DeVellis, R. F. (1991). *Scale development: Theory and applications*. Sage Publications, Inc.
- Fritz, C. O., Morris, P. E., & Richler, J. J. (2012). Effect size estimates: Current use, calculations, and interpretation. *Journal of Experimental Psychology: General*, 141(1), 2-18. <https://doi.org/10.1037/a0024338>
- Fromm-Reichmann, F. (1939). Transference problems in schizophrenics. *Psychoanalytic Quarterly*, 8(4), 412-426. <https://doi.org/10.1080/21674086.1939.11925399>
- Goldstein, M. J. (1988). The family and psychopathology. *Annual Review of Psychology*, 39, 283-299. <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.39.020188.001435>
- Gomes, H. M. S., & Gouveia-Pereira, M. (2014). Funcionamento familiar e delinquência juvenil: A mediação do autocontrolo. *Análise Psicológica*, 32(4), 439-451. <https://doi.org/10.14417/ap.958>
- Gomes, H. M. S., Peixoto, F., & Gouveia-Pereira, M. (2017). Portuguese validation of the family adaptability and cohesion evaluation scale – FACES IV. *Journal of Family Studies*, 25(4), 477-494. <https://doi.org/10.1080/13229400.2017.1386121>
- Gouveia-Pereira, M., Abreu, S., & Martins, C. (2014). How do families of adolescents with suicidal ideation behave? *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27(1), 171-178. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722014000100019>
- Green, R. J., & Werner, P. D. (1996). Intrusiveness and closeness-caregiving: Rethinking the concept of family "Enmeshment". *Family Process*, 35(2), 115-136. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1996.00115.x>
- Ingram, R. E., & Price, J. M. (2010). *Vulnerability to psychopathology: Risk across the lifespan* (2nd ed.). Guilford Press.
- Kouneski, E. F. (2000). *The family circumplex model, FACES II and FACES III: Overview of research and applications*. University of Minnesota, Twin Cities.
- Koutra, K., Triliva, S., Roumeliotaki, T., Lionis, C., & Vgontzas, A. N. (2012). Cross-cultural adaptation and validation of the Greek version of the Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales IV Package (FACES IV Package). *Journal of Family Issues*, 34(12), 1647-1672. <https://doi.org/10.1177/0192513X12462818>
- Koutra, K., Triliva, S., Roumeliotaki, T., Lionis, C., & Vgontzas, A. N. (2015). Identifying the socio-demographic and clinical determinants of family functioning in Greek patients

- with psychosis. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(3), 251-264. <https://doi.org/10.1177/0020764014540151>
- Lam, D. H. (1991). Psychosocial family intervention in schizophrenia: A review of empirical studies. *Psychological Medicine*, 21(2), 423-441. <https://doi.org/10.1017/s0033291700020535>
- Lidz, T., Fleck, S., Cornelison, A., & Terry, D. (1958). The intrafamilial environment of the schizophrenic patient: IV. Parental personalities and family interaction. *American Journal of Orthopsychiatry*, 28(4), 764-776. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1958.tb03991.x>
- Margasiński, A. (2014). An outcome study of alcoholic families in Poland using FACES IV. *Journal of Family Psychotherapy*, 25(4), 348-358. <https://doi.org/10.1080/08975353.2014.977684>
- McFarlane, W. R., & Cook, W. L. (2007). Family expressed emotion prior to onset of psychosis. *Family Process*, 46(2), 185-197. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2007.00203.x>
- Miermont, J. (1994). *Dicionário das Terapias Familiares: Teoria e prática*. Artes Médicas.
- Minuchin, S. (1979). *Famílias y terapia familiar*. Gedisa.
- Minuchin, S. (1988). *Famílias: Funcionamento & tratamento*. Artes Médicas.
- Mirnic, Z., Vargha, A., Tóth, M., & Bagdy, E. (2010). Cross-cultural applicability of FACES IV. *Journal of Family Psychotherapy*, 21(1), 17-33. <https://doi.org/10.1080/08975351003618577>
- Olson, D. H. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of Family Therapy*, 22(2), 144-167. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00144>
- Olson, D. H. (2010). *FACES IV Manual*. Life Innovations.
- Olson, D. H. (2011). FACES IV and the Circumplex Model: Validation study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37(1), 64-80. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00175.x>
- Olson, D. H., & Gorall, D. M. (2003). Circumplex model of marital and family systems. In F. Walsh (Ed.), *Normal family processes: Growing diversity and complexity* (3rd ed., pp. 514-547). Guilford Press.
- Olson, D. H., & Gorall, D. M. (2006). *FACES IV & the circumplex model*. https://www.societyofpediatricpsychology.org/sites/default/files/files/3_innovations.pdf
- Olson, D. H., Sprenkle, D. H., & Russell, C. S. (1979). Circumplex model of marital and family system: I. Cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical

- applications. *Family process*, 18(1), 3-28. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1979.00003.x>
- Pereira, M. D., & Teixeira, R. J. (2013). Portuguese Validation of FACES-IV in Adult Children Caregivers Facing Parental Cancer. *Contemporary Family Therapy*, 35, 478-490. <https://doi.org/10.1007/s10591-012-9216-4>
- Peterson, E. C., & Docherty, N. M. (2004). Expressed emotion, attribution, and control in parents of schizophrenic patients. *Psychiatry*, 67(2), 197-207. <https://doi.org/10.1521/psyc.67.2.197.35959>
- Razali, N. M., & Wah, Y. B. (2011). Power comparisons of shapiro-wilk, kolmogorov-smirnov, lilliefors and anderson-darling tests. *Journal of Statistical Modeling and Analytics*, 2(1), 21-33.
- Rivero, N., Martínez-Pampliega, A., & Olson, D. H. (2010). Spanish adaptation of the FACES IV questionnaire: Psychometric characteristics. *The Family Journal*, 18(3), 288-296. <https://doi.org/10.1177/1066480710372084>
- Robbins, M. (1992). Psychoanalytic and biological approaches to mental illness: Schizophrenia. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 40(2), 425-454.
- Sequeira, J., Cerveira, C., Silva, M. I., Neves, S., Vicente, H., Espírito-Santo, H., & Guadalupe, S. (2015). Validation of FACES IV for the Portuguese population [Manuscrito em preparação]. Instituto Superior Miguel Torga.
- Siira, V., Wahlberg, K. E., Hakko, H., Laksy, K., & Tienari, P. (2007). Interaction of genetic vulnerability to schizophrenia and communication deviance of adoptive parents associated with MMPI schizophrenia vulnerability indicators of adoptees. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61(6), 418-426. <https://doi.org/10.1080/08039480701691786>
- Smerud, P. E., & Rosenfarb, I. S. (2008). The therapeutic alliance and family psychoeducation in the treatment of schizophrenia: An exploratory prospective change process study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3), 505-510. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.76.3.505>
- Tarrier, N., & Turpin, G. (1992). Psychosocial factors, arousal and schizophrenic relapse: The psychophysiological data. *British Journal of Psychiatry*, 161(1), 3-11. <https://doi.org/10.1192/bjp.161.1.3>
- Townsend, M. C. (2014). *Essentials of psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidence-based practice* (6th ed.). F.A. Davis Company.
- Tribuna, F., & Relvas, A. (2007). Famílias de acolhimento e vinculação na adolescência. In A. Relvas & M. Alarcão (Eds.), *Novas formas de família* (2nd ed., pp. 53-119). Quarteto.
- World Health Organization. (1994). *The ICD-10, Classification of mental and behavioural disorders*.