

## Fatores preditores da sobrecarga subjetiva de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Predictors of subjective burden for families of psychiatric patients treated in the public health care system in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil

Sabrina Martins Barroso <sup>1</sup>  
Marina Bandeira <sup>2</sup>  
Elizabeth do Nascimento <sup>3</sup>

### Abstract

*This study investigated the predictors of subjective burden for families of psychiatric patients. We interviewed 150 relatives of patients randomly selected in four mental health care services in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil. Subjects were interviewed with the Family Burden Interview Schedule (FBIS-BR) and a standardized socio-demographic questionnaire. Variables were grouped into thematic categories and separately analyzed to determine the relative importance of predictive factors. The results showed that subjective burden is influenced by objective burden and by factors related to the patient's clinical condition, the caregiver's and patient's living and health conditions and financial status, and increased demand for information on mental illness. Subjective burden was less when the caregiver practiced leisure and religious activities, publicly admitted to being the caregiver of a psychiatric patient, and had positive feelings toward the patient. The findings highlight the need to include family follow-up in the community model for psychiatric care.*

*Mentally Ill Persons; Mental Health; Caregivers; Family*

### Introdução

As alterações na vida e a sobrecarga sentida pelos familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos vêm sendo investigadas desde a reforma psiquiátrica, na década de 50, quando o atendimento psiquiátrico comunitário foi implantado em diversos países. Essa modalidade de atendimento permite aos pacientes receber o acompanhamento médico de que necessitam, em regime ambulatorial, e permanecer com suas famílias <sup>1</sup>. Com a permanência dos pacientes em casa, passou a fazer parte da rotina familiar garantir suas necessidades básicas, coordenar suas atividades diárias, administrar sua medicação, acompanhá-los aos serviços de saúde, lidar com seus comportamentos problemáticos e episódios de crise, fornecer-lhes suporte social, arcar com seus gastos e superar as dificuldades dessas tarefas e seu impacto na vida social e profissional do familiar <sup>1,2,3,4</sup>.

Diversos fatores associados à sobrecarga dos familiares foram destacados em revisões de literatura <sup>5,6,7</sup>. Na revisão realizada por Maurin & Boyd <sup>5</sup>, observou-se que os fatores mais fortemente associados à sobrecarga familiar eram os comportamentos problemáticos dos pacientes, os sintomas negativos, as perdas ocupacionais, financeiras e de suporte social decorrentes da doença e as dificuldades dos pacientes no desempenho de papéis sociais. Observou-se ainda que os familiares apresentavam maior grau de

<sup>1</sup> Departamento de Geografia, Universidade Federal de Tocantins, Araguaína, Brasil.

<sup>2</sup> Departamento de Psicologia, Universidade Federal de São João del-Rei, São João del-Rei, Brasil.

<sup>3</sup> Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.

#### Correspondência

S. M. Barroso  
Departamento de Geografia,  
Universidade Federal de Tocantins,  
Av. Paraguai s/n, Setor Simba,  
Araguaína, TO  
77824-838, Brasil.  
sa.barroso@yahoo.com.br

sobrecarga quando moravam com os pacientes e quando havia crianças convivendo com os pacientes em casa.

Revisões posteriores <sup>6,7</sup> corroboraram os resultados descritos acima. Na revisão realizada por Loukissa <sup>6</sup>, a autora observou que os estudos realizados nas décadas de 60 e 70 destacaram alguns fatores associados à sobrecarga, e que os estudos posteriores identificaram fatores preditores complementares. Nos estudos iniciais, os três principais fatores identificados foram os comportamentos problemáticos do paciente, sua sintomatologia e seu nível de autonomia. As pesquisas realizadas a partir de 1980 destacaram fatores adicionais, entre eles: residir com os pacientes, perdas financeiras para a família, percepção familiar negativa sobre o transtorno mental, falta de suporte social, baixo nível de educação e de informação dos familiares e residir em zonas rurais. A necessidade de contato com os profissionais de saúde mental e de buscar serviços adequados para o paciente também estavam associadas ao aumento da sobrecarga.

Na revisão posterior realizada por Rose <sup>7</sup>, destacaram-se, como fatores relacionados à sobrecarga familiar: a severidade da sintomatologia do paciente, o número de hospitalizações e de comportamentos problemáticos do paciente, as tarefas cotidianas para supervisionar seu comportamento, a limitação das atividades do familiar, a falta de apoio dos profissionais de serviços de saúde mental e residir com o paciente. Um maior grau de sobrecarga também esteve associado a dois outros fatores: o paciente já ter sido internado e viver com a família desde sua desinstitucionalização. Diversos estudos empíricos internacionais <sup>2,8,9,10,11,12,13,14</sup> e alguns estudos nacionais <sup>4,15,16,17,18</sup> têm confirmado os principais pontos levantados nessas revisões de literatura. Uma revisão mais detalhada sobre a sobrecarga familiar e seus fatores associados foge ao objetivo deste trabalho, mas pode ser encontrada em Bandeira & Barroso <sup>1</sup> e Barroso <sup>4</sup>.

No Brasil, a investigação sobre a sobrecarga familiar é recente, e as publicações disponíveis em periódicos científicos indexados são escassas. Uma busca permitiu identificar apenas dois estudos brasileiros que investigaram os fatores associados à sobrecarga familiar, realizados com amostras específicas de cuidadores de pacientes com demência e depressão <sup>16,17</sup> e nenhum sobre familiares de pacientes esquizofrênicos. População que constitui o foco do presente trabalho, que teve por objetivo identificar a importância relativa dos fatores preditores da sobrecarga subjetiva sentida por uma amostra de familiares de pacientes psiquiátricos aten-

didados na rede pública de Belo Horizonte, Minas Gerais, a partir do modelo proposto por Maurin & Boyd <sup>5</sup>.

## Método

No presente estudo, adotou-se o modelo explicativo da sobrecarga familiar elaborado por Maurin & Boyd <sup>5</sup>, que integra os fatores preditores da sobrecarga subjetiva em três níveis: (1) variáveis antecedentes; (2) sobrecarga objetiva e (3) fatores mediadores. Segundo esse modelo, as *variáveis antecedentes* caracterizam a situação de vida familiar e do paciente, tais como: tipo de residência, parentesco, renda familiar, diagnóstico do paciente, sintomas, comportamentos problemáticos e nível de autonomia do paciente e características do tratamento psiquiátrico recebido (hospitalar, comunitário, lar protegido, meio período, período integral etc.). Essas variáveis contribuem para o surgimento da *sobrecarga objetiva*, que consiste na quantidade de assistência e cuidados cotidianos prestados ao paciente, a frequência de supervisão aos seus comportamentos problemáticos e as perturbações na rotina, na vida social e profissional dos familiares, além dos custos financeiros gerados especificamente por cuidar de um paciente psiquiátrico (psiquiatras, medicação etc.). As variáveis antecedentes, juntamente com a sobrecarga objetiva, podem gerar, nos familiares, o sentimento de *sobrecarga subjetiva*. A sobrecarga subjetiva se refere a percepções, preocupações, sentimentos negativos e incômodo gerados pelo papel de cuidador de um paciente psiquiátrico.

O modelo proposto por Maurin & Boyd <sup>5</sup> também prevê que alguns fatores podem tornar-se *mediadores* da sobrecarga, servindo para modular o impacto da sobrecarga objetiva, aumentando ou diminuindo os graus de sobrecarga subjetiva. Os principais fatores mediadores são: a qualidade do relacionamento entre familiar e paciente, o suporte social recebido pelos cuidadores, uso de estratégias de enfrentamento, existência de sentimentos positivos e de satisfação do familiar em cuidar do paciente e a presença de outros eventos estressantes na vida familiar (desemprego, problemas de saúde, problemas com outro integrante da família, alcoolismo etc.).

## Participantes

Participaram do estudo 150 familiares de pacientes psiquiátricos em atendimento em quatro Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM), da rede pública de Belo Horizonte. O tamanho

da amostra foi determinado segundo critérios de representatividade de Soares & Siqueira<sup>19</sup>.

Inicialmente, selecionou-se, por sorteio aleatório em lista numerada, 150 usuários do CERSAM, diagnosticados como portadores de esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo ou transtorno psicótico agudo de tipo esquizofrênico (Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão – CID-10). Para cada paciente sorteado, o técnico de referência do CERSAM identificou um cuidador principal, considerando o envolvimento do familiar no tratamento. Após consulta aos pacientes, esses familiares foram convidados para participar do estudo. Caso o paciente ou seu familiar se recusasse a participar, realizava-se um novo sorteio aleatório. Incluíam-se familiares de ambos os sexos, com idade acima de 18 anos. Foram excluídos os familiares que já haviam sido internados para tratamento psiquiátrico.

### **Instrumentos de medida**

Utilizou-se a *Escala de Sobrecarga dos Familiares de Pacientes Psiquiátricos* (FBIS-BR), desenvolvida por Tessler & Gamache<sup>20</sup> e adaptada e validada para o Brasil por Bandeira et al.<sup>21,22</sup>. A FBIS-BR avalia a sobrecarga objetiva e subjetiva dos familiares em 52 itens, distribuídos em cinco subescalas: (a) assistência na vida cotidiana; (b) supervisão aos comportamentos problemáticos; (c) gastos; (d) impacto nas rotinas diárias; (e) preocupação com o paciente.

A sobrecarga objetiva é avaliada em escalas tipo Likert de cinco pontos (1 = nenhuma vez até 5 = todos os dias), indicando a frequência com que o familiar executou tarefas para cuidar do paciente, lidou com comportamentos problemáticos e sofreu alterações na vida social e profissional. A sobrecarga subjetiva é avaliada em escalas Likert de quatro pontos (1 = nem um pouco até 4 = muito) para o grau de incômodo ao prestar assistência cotidiana e alterações na vida e por escalas de cinco pontos (1 = nunca até 5 = sempre ou quase sempre) para a frequência de preocupações e peso das despesas com os pacientes. A FBIS-BR avalia ainda o tipo e valor das despesas com os pacientes, sua contribuição para cobrir tais despesas e as alterações permanentes ocorridas na vida do cuidador. As questões da FBIS-BR referem-se aos últimos trinta dias anteriores à entrevista, com exceção de um item, que avalia a sobrecarga durante o último ano. Essa escala não possui ponto de corte estabelecido, a indicação de sobrecarga elevada é feita considerando a porcentagem de respostas aos dois últimos pontos das escalas Likert para cada subescala e suas questões. A escala FBIS-BR

encontra-se disponibilizada na página da Internet: <http://www.ufsj.edu.br/lapsam>.

Os dados sócio-demográficos e clínicos dos participantes foram coletados em um questionário desenvolvido para essa finalidade, com base na literatura da área. A abrangência e adequação desse questionário foram avaliadas por dois especialistas da área de psiquiatria e por meio de um estudo piloto.

### **Coleta dos dados**

Após aprovação pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e da Prefeitura de Belo Horizonte e assinatura dos termos de consentimento livre e esclarecido, o questionário e a FBIS-BR foram aplicados em entrevistas individuais realizadas por equipe previamente treinada. As entrevistas foram realizadas no CERSAM, em horários previamente combinados com os familiares. Excepcionalmente, devido a problemas de saúde dos cuidadores, oito entrevistas foram realizadas nas residências dos participantes.

### **Análise dos dados**

Os resultados sócio-demográficos e clínicos dos familiares e pacientes e as análises descritivas do grau de sobrecarga familiar foram apresentados em trabalho anterior<sup>18</sup>. Neste artigo, será apresentada a análise da importância relativa dos fatores preditores da sobrecarga familiar subjetiva.

As variáveis investigadas foram agrupadas em sete categorias temáticas, englobando variáveis antecedentes e possíveis variáveis mediadoras, segundo indicação da literatura<sup>5</sup>, consistindo em: características sócio-demográficas dos familiares e pacientes, condições clínicas dos pacientes, condições de vida dos familiares, atividades e estratégias de enfrentamento dos familiares, características do relacionamento entre familiares e pacientes e características do relacionamento entre familiares e serviços de saúde mental.

Para identificar os fatores associados à sobrecarga subjetiva dos familiares, foram feitas análises univariadas e multivariadas. Realizaram-se análises univariadas de correlação de Pearson, teste t de Student e ANOVA para identificar quais variáveis deveriam ser incluídas posteriormente. As variáveis que apresentaram relação significativa ( $p \leq 0,05$ ) com os graus de sobrecarga foram então incluídas nas análises multivariadas. Seguindo indicação da literatura sobre a criação de modelos de regressão linear<sup>23</sup>, incluiu-se, também, nas análises multivariadas, as variáveis não significativas com valor de p de até 0,25.

Investigou-se a importância relativa dos fatores preditores da sobrecarga subjetiva por meio de análises de regressão linear, realizadas separadamente para cada categoria indicada acima. As regressões foram realizadas após a verificação da normalidade das variáveis independentes por meio dos testes de Kolmogorov-Smirnov e Durbin-Watson e da homocedasticidade dos dados e independência dos resíduos pela análise dos gráficos P-P. Utilizou-se a técnica *stepwise* de regressão, considerando, como variáveis independentes, a sobrecarga objetiva e as variáveis indicadas pelas análises univariadas e, como variável dependente, o grau de sobrecarga subjetiva. Em acordo com Montgomery & Peck<sup>24</sup> e considerando que a FBIS-BR não contém o valor zero para o grau de sobrecarga, os modelos de regressão foram fixados pela origem dos dados, sem a utilização da constante.

## Resultados

### Análises univariadas

A descrição completa destas análises encontra-se em Barroso<sup>4</sup>, sendo apresentada resumidamente a seguir. A Tabela 1 mostra que, na categoria de características sócio-demográficas dos familiares, as variáveis significativamente relacionadas com a sobrecarga familiar ( $p \leq 0,05$ ) foram: grau de parentesco entre familiares e pacientes, estado civil do familiar, morar com o paciente, frequência de contato com o paciente, valor da renda do cuidador e impressão do cuidador sobre o peso de seus gastos no último ano.

As variáveis significativas sobre condições de vida dos familiares foram: cuidador trabalhar fora, horário e local do trabalho, receber ajuda para cuidar do paciente e tipo de ajuda recebida, cuidar de outros doentes em casa e o sentimento de haver adoecido por cuidar do paciente. Na categoria atividades e estratégias de enfrentamento dos familiares, foram selecionadas as variáveis: lazer dentro de casa, número de estratégias de enfrentamento, limitar o comportamento do paciente e ter crença religiosa.

Quanto ao relacionamento com o paciente, selecionou-se a qualidade da relação com o paciente e o grau de sentimentos positivos dos familiares sobre os pacientes. O familiar haver recebido informações suficientes sobre o transtorno mental foi a única variável da categoria relações com o serviço significativamente relacionada à sobrecarga. Os resultados mostraram também que a idade dos pacientes e a presença de crianças convivendo com o paciente em casa foram as únicas variáveis da categoria características

sócio-demográficas dos pacientes significativamente relacionadas com a sobrecarga familiar. Já as variáveis significativas sobre as condições clínicas dos pacientes foram: presença de crise atual, número total de crises, total de internações, número de comportamentos problemáticos, quantidade de medicamentos tomados, duração total da doença e do tratamento psiquiátrico.

As variáveis selecionadas para as análises multivariadas que apresentaram relações não significativas com a sobrecarga, mas que obtiveram valor de  $p \leq 0,25$  nas análises univariadas consistiram em: idade e renda dos familiares, familiar ter filhos, problemas de saúde e tratamento médico do familiar, lazer do familiar fora de casa, alívio com as estratégias de enfrentamento, frequência às atividades religiosas, assumir publicamente cuidar de um paciente psiquiátrico, contribuições do paciente para família, satisfação do familiar por cuidar do paciente, quantidade de informações recebidas sobre o transtorno obtidas pelos familiares, sexo e estado civil dos pacientes, pessoas morando com o paciente, renda do paciente, tipo de residência e existência de quarto individual para o paciente, atividades realizadas dentro e fora de casa pelos pacientes, duração total das internações, aceitação dos remédios e adesão voluntária à medicação.

### Análises de regressão múltipla

Os modelos de regressão linear para a sobrecarga subjetiva foram elaborados conforme recomendações da literatura<sup>23</sup> e o modelo de Maurin & Boyd<sup>5</sup>. Considerou-se, como variáveis independentes, aquelas identificadas como significativas nas análises univariadas ( $p < 0,05$ ), as variáveis com relação moderada não significativa com a sobrecarga ( $p \leq 0,25$ ) e o grau de sobrecarga objetiva. A Tabela 2 apresenta os resultados observados nas análises multivariadas para o grau de sobrecarga subjetiva dos familiares, separadamente para cada categoria descrita anteriormente.

#### • Características sócio-demográficas dos pacientes

Os fatores associados a um maior grau de sobrecarga familiar subjetiva foram a sobrecarga objetiva, o paciente conviver com crianças em casa e não ter renda própria, explicando 98% da influência dessa categoria no grau de sobrecarga.

#### • Condições clínicas dos pacientes

Os familiares que sentiam maior sobrecarga cuidavam de um paciente em crise, apresentavam

Tabela 1

Variáveis selecionadas para as análises multivariadas, agrupadas por categorias temáticas.

Categorias	Variáveis significativas com $p \leq 0,05$	Valores das análises univariadas	Variáveis com $p \leq 0,25$	Valores das análises univariadas
Características sócio-demográficas dos pacientes	Idade dos pacientes	R = -0,25; -0,22	Sexo do paciente	t = 1,94
	Presença de crianças em casa	t = -2,21	Estado civil	F = 1,88
			Pessoa morando com o paciente	F = 1,59
			Renda do paciente	t = 1,48
			Tipo de residência	R = 0,16
			Quarto individual	t = -1,76
			Atividades dentro de casa	t = 1,17
			Atividades fora de casa	t = 1,68
Condições clínicas dos pacientes	Presença de crise atual	t = 3,85; 2,14	Duração das internações	R = -0,11
	Número de crises do paciente	F = 3,67	Aceitação dos remédios	F = 1,73
	Total de internações	F = 3,38; 3,34	Adesão voluntária à medicação	t = 1,92
	Número de comportamentos problemáticos do paciente	R = 0,48; 0,36		
	Quantidade de medicamentos	R = 0,21		
	Duração da doença	R = -0,19		
	Duração do tratamento	R = -0,19		
Características sócio-demográficas dos familiares	Parentesco	F = 3,55	Idade dos familiares	R = -0,13
	Estado civil do familiar	F = 2,49	Renda dos familiares	t = -1,15
	Morar com o paciente	t = 2,97	Valor da renda do familiar	F = 2,47
	Frequência de contato	R = 0,25		
	Impressão sobre o peso dos gastos no último ano	F = 7,85; 3,84		
Condições de vida dos familiares	Familiar trabalhar fora	t = 2,74	Filhos do familiar	t = 1,14
	Horário de trabalho	F = 4,99	Problemas de saúde	t = -1,61
	Local do trabalho	F = 3,68	Tratamento médico	t = -1,71
	Receber ajuda para cuidar	t = 2,36		
	Tipo de ajuda recebida	F = 4,30		
	Cuidar de outros doentes	t = 2,07		
	Sentimento de adoecer por cuidar do paciente	t = 2,90; 2,24		
Atividades e estratégias de enfrentamento	Lazer dentro de casa	t = 2,51; 2,46	Lazer fora de casa	t = -1,88
	Número de estratégias de enfrentamento	R = 0,21; 0,20	Alívio com estratégias de enfrentamento	t = -1,19
	Colocar limites	t = -5,42; -4,41	Frequência às atividades religiosas	F = 2,00
	Crença religiosa	t = -2,15		
Relacionamento com o paciente	Qualidade da relação com o paciente	R = -0,24; -0,36	Assumir publicamente que é cuidador	t = 1,28
	Grau de sentimentos positivos	R = -0,16; -0,28	Contribuições do paciente	R = 0,11
			Satisfação do familiar por cuidar	R = 0,10
Relação com o serviço de saúde mental	Informações suficientes sobre o transtorno mental	t = -2,18	Quantidade de informações recebidas	F = 1,92

F: teste ANOVA; R: correção de Pearson; t: teste t de Student.

maior sobrecarga objetiva e cuidavam de pacientes com maior número de comportamentos problemáticos, nessa ordem de importância. Essas variáveis explicaram 98% da influência dessa categoria sobre o grau de sobrecarga subjetiva.

#### • Características sócio-demográficas dos familiares

Para essa categoria, os fatores preditores de maior sobrecarga subjetiva consistiram em possuir renda própria, apresentar maior sobrecarga objeti-

Tabela 2

Resultados das análises de regressão linear para os fatores preditores do grau de sobrecarga subjetiva dos familiares, agrupados por categoria.

Categorias	Fatores preditores	$\beta$	Desvio-padrão	t	Valor de p
Características sócio-demográficas dos pacientes *	Sobrecarga objetiva	+0,69	0,05	13,39	0,00
	Crianças em casa	+0,47	0,07	6,55	0,00
	Renda própria	-0,35	0,09	3,83	0,00
Condições clínicas dos pacientes **	Em crise atual	+0,63	0,06	10,50	0,00
	Sobrecarga objetiva	+0,62	0,06	9,86	0,00
	Número de comportamentos problemáticos	+0,004	0,02	2,89	0,004
Características sócio-demográficas dos familiares ***	Renda própria	+0,81	0,08	9,54	0,00
	Sobrecarga objetiva	+0,67	0,05	13,32	0,00
	Valor da renda	-0,17	0,03	6,44	0,00
Condições de vida dos familiares #	Sobrecarga objetiva	+0,72	0,05	13,51	0,00
	Faz tratamento de saúde	+0,38	0,09	4,38	0,00
	Possui filhos	+0,35	0,12	2,89	0,00
	Trabalha fora	+0,17	0,08	2,22	0,00
Atividades e estratégias de enfrentamento ##	Sobrecarga objetiva	+0,54	0,06	9,25	0,00
	Alívio com as estratégias	+0,50	0,12	4,07	0,00
	Lazer dentro de casa	-0,29	0,12	2,47	0,01
	Atividades religiosas	-0,15	0,04	3,97	0,00
	Número de estratégias de enfrentamento	+0,008	0,02	3,71	0,00
Relacionamento com o paciente ###	Sobrecarga objetiva	+0,62	0,06	10,78	0,00
	Contar que cuida do paciente	-0,27	0,11	2,39	0,02
	Satisfação por cuidar	+0,20	0,08	2,57	0,01
	Sentimentos positivos	-0,17	0,07	2,56	0,01
Relação do familiar com o serviço de saúde mental §	Informações suficientes	+0,67	0,06	10,33	0,00
	Sobrecarga objetiva	+0,56	0,06	10,04	0,00
	Quantidade de informação recebida	+0,25	0,03	7,45	0,00

\*  $R^2 = 0,98$ ;  $F(1255,30) = 1228,18$ ;  $p = 0,00$ ;  $DW = 1,70$ ;\*\*  $R^2 = 0,98$ ;  $F(1238,58) = 1227,56$ ;  $p = 0,00$ ;  $DW = 1,78$ ;\*\*\*  $R^2 = 0,98$ ;  $F(1291,89) = 1222,64$ ;  $p = 0,00$ ;  $DW = 1,98$ ;#  $R^2 = 0,98$ ;  $F(874,45) = 1224,99$ ;  $p = 0,00$ ;  $DW = 1,93$ ;##  $R^2 = 0,98$ ;  $F(860,99) = 1234,54$ ;  $p = 0,00$ ;  $DW = 1,88$ ;###  $R^2 = 0,98$ ;  $F(932,74) = 1228,07$ ;  $p = 0,00$ ;  $DW = 1,70$ ;§  $R^2 = 0,97$ ;  $F(1437,35) = 1234,06$ ;  $p = 0,00$ ;  $DW = 1,86$ .

va e ter menor renda mensal. Esses três fatores explicaram 98% da contribuição das variáveis sócio-demográficas para o grau de sobrecarga subjetiva dos familiares.

#### • Condições de vida dos familiares

Os resultados indicaram que o grau de sobrecarga subjetiva foi maior quando os familiares experimentavam maior sobrecarga objetiva, faziam tratamento de saúde, tinham filhos e trabalhavam fora. Esses fatores explicaram 98% da influência das condições de vida dos cuidadores no grau de sobrecarga subjetiva.

#### • Atividades e estratégias de enfrentamento

Os familiares com maior sobrecarga subjetiva apresentavam maior sobrecarga objetiva, sentiam alívio com as estratégias de enfrentamento utilizadas, não tinham atividades de lazer em casa, participavam menos vezes de atividades religiosas e utilizavam mais estratégias de enfrentamento. Esses fatores preditores explicaram 98% da influência dessa categoria na sobrecarga subjetiva.

#### • Relacionamento com o paciente

Os resultados indicaram que os familiares com maior sobrecarga subjetiva foram os que ex-



perimentavam maior sobrecarga objetiva, não admitiam publicamente cuidar de um paciente psiquiátrico, tinham maior grau de satisfação por cuidar do paciente e menor grau de sentimentos positivos por ele. Essas variáveis explicaram 98% da influência dessa categoria no grau de sobrecarga subjetiva.

- **Relação com o serviço de saúde mental**

Três variáveis explicaram 97% da influência dessa categoria no grau de sobrecarga subjetiva. Os familiares que sentiam maior sobrecarga subjetiva julgavam ter recebido informações suficientes sobre o transtorno, experimentavam maior sobrecarga objetiva e haviam recebido maior quantidade de informações sobre o transtorno mental.

Resumindo, os resultados mostraram que a sobrecarga objetiva constituiu o principal fator preditor do sentimento de sobrecarga familiar, mas outros fatores também afetaram o grau de sobrecarga subjetiva. A sobrecarga familiar subjetiva foi maior quando o paciente estava em crise, apresentava mais comportamentos problemáticos, convivia com crianças em casa e não possuía renda. Além disso, o cuidador trabalhar fora, possuir renda mais baixa, fazer tratamento de saúde e ter filhos também foram fatores preditores de maior sobrecarga, embora associados a uma maior satisfação por cuidar do paciente. Cuidadores que sentiam maior sobrecarga subjetiva não admitiam publicamente cuidar do paciente e relatavam mais estratégias de enfrentamento e relatavam alívio com essas práticas, além de obter mais informações sobre o transtorno do paciente. Um menor sentimento de sobrecarga ocorria quando o cuidador participava de mais atividades religiosas, tinha lazer dentro de casa e possuía mais sentimentos positivos em relação ao paciente.

## Discussão

A comparação desses resultados com as observações de outros trabalhos permitiu corroborar alguns achados sobre os fatores preditores do grau de sobrecarga familiar, contribuindo para o entendimento desse fenômeno e para identificar diferenças culturais nas experiências dos cuidadores.

Como indicado na Tabela 2, os modelos de regressão apresentados explicaram entre 97% e 98% da variação do grau de sobrecarga subjetiva dos familiares entrevistados. Dentre os fatores associados, a sobrecarga objetiva foi o principal preditor do grau de sobrecarga subjetiva em qua-

tro das sete categorias estudadas (condições de vida dos familiares, atividades e estratégias de enfrentamento, características do relacionamento entre familiares e pacientes e características sócio-demográficas dos pacientes), corroborando o modelo explicativo de Maurin & Boyd<sup>5</sup> para o entendimento da sobrecarga familiar. Contudo, para as outras três categorias – características sócio-demográficas dos familiares, relação do familiar com os serviços de saúde mental e condições clínicas dos pacientes –, outros aspectos da experiência dos cuidadores foram os fatores que mais contribuíram para modular o grau de sobrecarga subjetiva dos familiares.

Quanto às características sócio-demográficas dos pacientes, os melhores preditores da sobrecarga subjetiva foram a presença de crianças convivendo com os pacientes, o paciente não ter renda própria e o maior grau de sobrecarga objetiva. Os resultados sobre a renda do paciente corroboram os resultados da literatura da área. Alguns estudos<sup>12,25</sup> já haviam observado que os familiares se preocupam com a sobrevivência financeira dos pacientes quando eles não possuem independência financeira.

Uma característica dos pacientes investigados neste estudo difere dos achados internacionais. Estudos internacionais<sup>2,12,25</sup> observaram que a maioria dos pacientes psiquiátricos não possuía renda própria, contribuindo grandemente para aumentar a sobrecarga financeira dos cuidadores. Contrariando esses estudos, a maior parte dos pacientes brasileiros possuía algum tipo de renda, sendo a aposentadoria por invalidez sua principal fonte. Contudo, apesar de 52% dos pacientes possuírem renda própria, os resultados mostraram que os familiares ainda precisavam arcar com despesas desses pacientes, e que esses gastos comprometiam cerca de 13% do orçamento familiar.

Segundo a literatura da área, a gravidade do quadro clínico dos pacientes é um dos principais preditores da sobrecarga familiar<sup>5,6,7</sup>. No presente estudo, o momento de crise foi o principal fator do quadro clínico associado à maior sobrecarga subjetiva. Esse fator, somado ao maior número de comportamentos problemáticos do paciente e ao grau de sobrecarga objetiva explicaram 98% da influência das condições clínicas do paciente no grau sobrecarga familiar subjetiva. Esses resultados indicam a importância de considerar a gravidade dos sintomas e das fases do transtorno como fortes preditores da sobrecarga familiar e corroboram com estudos anteriores<sup>2,9,11,14,25,26,27</sup>.

Quanto às condições sócio-demográficas dos familiares, ter renda própria foi o fator que mais contribuiu para a sobrecarga subjetiva.

Esse resultado pode ser explicado porque, para ter uma renda, os familiares precisavam trabalhar fora, fator indicado nas condições de vida dos cuidadores, o que implicava em conciliar as funções de cuidador e de profissional, aumentando as condições estressantes da vida do familiar e seu sentimento de sobrecarga. O valor da renda do familiar também influenciou inversamente o grau de sobrecarga. Observou-se que quanto menor a renda do cuidador, maior era seu grau de sobrecarga subjetiva, indicando que precisar sustentar suas famílias, especialmente dispondo de pouco dinheiro, e ainda realizar as tarefas necessárias para cuidar dos pacientes contribuiu para aumentar a sobrecarga familiar subjetiva. Esses resultados corroboram com os resultados de Soares & Menezes<sup>28</sup> e Severo et al.<sup>29</sup>. No estudo de Soares & Menezes<sup>28</sup>, observou-se que os familiares eram o principal suporte econômico dos pacientes, gastando uma média de R\$ 201,00 (duzentos e um Reais) por mês com despesas dos pacientes, o que foi sentido como fonte de sobrecarga financeira pela família. Os resultados de Severo et al.<sup>29</sup> indicaram ainda que 18% dos familiares consideravam a falta de dinheiro um dos principais obstáculos para cuidar dos pacientes. Além disso, os resultados do presente trabalho estão em acordo com as observações feitas por Koga<sup>30</sup>, Castro<sup>31</sup> e Pegorato & Caldana<sup>32</sup>, em estudos qualitativos sobre as vivências dos cuidadores de pacientes psiquiátricos brasileiros.

Os resultados da Tabela 2 mostraram ainda que alguns fatores das condições de vida do familiar contribuíram para seu grau de sobrecarga subjetiva. Quando, além de cuidar do paciente, o familiar precisava fazer tratamento de saúde, possuía filhos e trabalhava fora, seu grau de sobrecarga subjetiva era maior. Severo et al.<sup>29</sup> observaram igualmente que precisar cuidar da própria saúde contribuía para aumentar as dificuldades enfrentadas pelos familiares para cuidar dos pacientes.

Considerando as atividades e estratégias de enfrentamento, os resultados mostraram que realizar atividades de lazer dentro de casa e frequentar mais atividades religiosas foram fatores capazes de modular a sobrecarga, diminuindo o grau de sobrecarga subjetiva do cuidador. Observou-se também que os cuidadores que sentiam maior sobrecarga subjetiva recorriam a um maior número de estratégias de enfrentamento para lidar com o adoecimento do familiar e relatavam sentir alívio com tais estratégias. Doornbos<sup>25</sup> também observou que 90% dos familiares de seu estudo utilizavam alguma estratégia para ajudá-los a lidar com seu papel de cuidadores de paciente psiquiátrico, indicando a importância das estratégias de enfrentamento para essa

população. Além disso, a necessidade de utilizar estratégias de enfrentamento e o alívio que elas acarretam são fatores destacados em estudos empíricos<sup>26,33</sup> e em revisões de literatura<sup>5,6,7</sup>, que também indicaram a prática religiosa como a principal estratégia de enfrentamento adotada pelos familiares.

Os resultados sobre o relacionamento familiar com o paciente indicaram que, além da sobrecarga objetiva, não assumir publicamente que cuidava do paciente foi a principal variável preditora da sobrecarga subjetiva. Não assumir publicamente cuidar de um paciente psiquiátrico é um forte indicativo do estigma associado aos transtornos mentais, o que já foi identificado em estudos anteriores<sup>6,11,14,25,27</sup> como um fator significativamente associado ao maior grau de sobrecarga familiar.

Os resultados sobre o relacionamento dos familiares com os pacientes mostraram ainda que, mesmo se sentindo sobrecarregados, os familiares também sentiam satisfação em cuidar do paciente. Uma possível explicação é que a companhia proporcionada representa um ponto positivo no relacionamento familiar, contribuindo para que o familiar sinta satisfação por cuidar do paciente apesar de ter que realizar muitas tarefas ao fazê-lo. Os estudos de Tessler & Gamache<sup>34</sup> e Bulger et al.<sup>9</sup> também apontam nessa direção, pois demonstram que a companhia que os pacientes fazem aos cuidadores consiste em sua contribuição mais evidente para suas famílias, auxiliando na manutenção de sentimentos positivos recíprocos. Além disso, em uma cultura como a brasileira, que considera, como parte do ciclo da vida, prover cuidados aos familiares incapacitados, assumir o papel de cuidador de um parente com transtorno mental, pode ainda gerar satisfação por cumprir com suas obrigações sociais<sup>35</sup>.

Considerando ainda o relacionamento entre familiar e paciente, o maior grau de sentimentos positivos pelo paciente, indicativo da preservação do relacionamento familiar, mostrou-se uma variável preditora de menor grau de sobrecarga familiar subjetiva. Esses resultados corroboram dados de Tessler & Gamache<sup>34</sup>, Bulger et al.<sup>9</sup> e Greenberg et al.<sup>36</sup> que também observaram que os sentimentos positivos dos familiares pelos pacientes serviam como moduladores de menor sobrecarga familiar. Esse resultado corrobora ainda as observações de Waidman<sup>37</sup> e Franco<sup>38</sup> sobre os familiares desejarem que os pacientes permanecessem em casa e recebam tratamento comunitário, ainda que isso altere a rotina dos cuidadores.

Sobre a relação dos familiares com os serviços de saúde mental, a sobrecarga subjetiva



associou-se principalmente à quantidade de informações recebidas sobre o transtorno mental. Os familiares com maior sobrecarga subjetiva foram os mesmos que procuraram obter maior quantidade de informações sobre os transtornos mentais. Os estudos de Melman<sup>39</sup>, Castro<sup>31</sup> e as revisões de literatura de Loukissa<sup>6</sup> e Rose<sup>7</sup> já haviam identificado essa relação, observando que os familiares que vivenciavam situações mais difíceis buscavam mais informações sobre os transtornos mentais. É interessante observar que a natureza da informação recebida talvez explicasse o sentimento de maior sobrecarga, uma vez que, no estudo de Severo et al.<sup>29</sup>, os familiares entrevistados indicaram também que as informações sobre a ausência de expectativa de cura para os pacientes consistiam em um ponto negativo do contato com os serviços de saúde mental.

Embora não tenhamos avaliado sistematicamente o tipo, a forma de transmissão e a qualidade das informações recebidas pelos familiares, dados do questionário aplicado no presente trabalho sugerem que essas informações eram inadequadas ou insuficientes. Por exemplo, observou-se que 44% dos familiares entrevistados acreditavam erroneamente que os pacientes poderiam controlar seus sintomas caso desejassem. Além disso, 20% dos familiares indicaram que o mais difícil ao cuidar dos pacientes era não saber como agir durante suas crises, nem como lidar com seus comportamentos problemáticos. Esses resultados apontam a necessidade de os profissionais de saúde mental fornecerem informações e orientações mais específicas e adequadas aos familiares. Em seu trabalho, Severo et al.<sup>29</sup> observaram que, embora os familiares não estivessem satisfeitos com o tratamento recebido pelos pacientes, eles não conseguiam imaginar melhores formas de tratamento, indicando desconhecimento das possibilidades terapêuticas. Waidman<sup>37</sup>, Castro<sup>31</sup> e Cabral & Chaves<sup>40</sup> também observaram que os familiares brasileiros não estavam informados sobre a etiologia e os sintomas dos transtornos mentais, o que contribuía para que se sentissem culpados e não soubessem como lidar com os comportamentos dos pacientes no cotidiano. Observaram ainda um alto nível de desinformação sobre o tratamento psiquiátrico, o que limita suas possibilidades de contribuir para a adesão dos pacientes a esses tratamentos.

## Conclusões

Os resultados deste estudo contribuem para o entendimento da sobrecarga de familiares de

pacientes psiquiátricos, identificando as principais variáveis preditoras do grau de sobrecarga e possíveis fatores mediadores. Foram destacados a importância de considerar a sintomatologia e o manejo dos comportamentos problemáticos dos pacientes, o que requer intervenções educativas junto aos familiares, visando aumentar seu conhecimento sobre os transtornos mentais, seu tratamento e as formas de lidar com os pacientes. Destacou-se, em particular, a dificuldade dos familiares ao lidar com pacientes em momentos de crise, requerendo um acompanhamento intensivo pelos profissionais de saúde mental, apoio e orientação aos familiares, tais como equipes volantes e visitas em domicílio. Desenvolver estratégias de enfrentamento eficazes mostrou-se igualmente como um fator que precisa ser incluído em intervenções junto aos familiares, visando diminuir o impacto social e profissional em suas vidas por cuidarem de um paciente psiquiátrico. Evidencia-se, assim, a necessidade de um acompanhamento mais intensivo e efetivo dos serviços de saúde mental aos pacientes e familiares. Essa necessidade já havia sido observada anteriormente no estudo de Randemark & Barros<sup>41</sup>.

Os resultados mostraram ainda que a quantidade de tarefas executadas pelo familiar no papel de cuidador, a perturbação resultante em sua vida profissional, os encargos financeiros e a falta de suporte social contribuíram para o sentimento de sobrecarga subjetiva. Precisar cuidar da própria saúde e ter crianças em casa acrescentam mais fontes de sobrecarga aos familiares, indicando a necessidade de desenvolver intervenções que minimizem esses fatores, tais como a inclusão nos programas de saúde pública de consultas médicas domiciliares para cuidadores de pacientes psiquiátricos e a facilitação de acesso de seus filhos a creches. Os resultados do presente trabalho indicam ainda que a sobrecarga familiar afeta o cuidador e o tratamento do paciente, diminuindo as chances da reinserção social dos pacientes ser bem sucedida.

Evidenciou-se a necessidade de reconhecer, na elaboração das políticas públicas de atendimento comunitário dos pacientes psiquiátricos, a importância da participação dos familiares no tratamento e acompanhamento dos pacientes. Este estudo destacou, ainda, a necessidade de incluir, na rotina dos serviços de saúde mental, uma avaliação periódica das dificuldades, necessidades e sobrecarga dos cuidadores dos pacientes. O desenvolvimento de práticas mais sensíveis às necessidades dessa população, tais como a implantação de grupos psicoeducativos, acompanhamento mais intensivo, visitas domiciliares e auxílio no desenvolvimento de

estratégias de enfrentamento, pode auxiliar nas tarefas desempenhadas pelos cuidadores, minimizando a sobrecarga familiar.

O presente trabalho buscou garantir a representatividade da amostra e dos resultados, contudo, apresenta uma limitação. A identificação do diagnóstico dos pacientes foi feita nos

prontuários dos serviços, não incluindo sua confirmação por especialistas. Entretanto, essa limitação pode ser abrandada por resultados de um estudo anterior, também realizado em Belo Horizonte, que incluiu essa confirmação diagnóstica e constatou boa confiabilidade dos dados dos prontuários no CERSAM <sup>42</sup>.

## Resumo

*Foram investigados os fatores preditores da sobrecarga subjetiva em familiares de pacientes psiquiátricos, sendo entrevistados 150 familiares de pacientes selecionados aleatoriamente em quatro serviços de saúde mental de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Utilizou-se a Escala de Sobrecarga dos Familiares de Pacientes Psiquiátricos (FBIS-BR) e um questionário sócio-demográfico para coleta dos dados. As variáveis foram agrupadas em categorias temáticas analisadas separadamente para determinar a importância relativa dos fatores preditores. Os resultados mostraram que a sobrecarga subjetiva associou-se à sobrecarga objetiva e a fatores relacionados às condições clínicas dos pacientes, às condições de vida, estado de saúde e condições financeiras do cuidador e do paciente e às informações sobre o transtorno mental. O grau de sobrecarga subjetiva era menor quando o cuidador tinha lazer, atividades religiosas, admitia cuidar e tinha sentimentos positivos pelo paciente. Constatou-se a necessidade de incluir o acompanhamento aos familiares no modelo comunitário de atendimento psiquiátrico.*

*Pessoas Mentalmente Doentes; Saúde Mental; Cuidadores; Família*

## Colaboradores

S. M. Barroso participou do delineamento do estudo, realizou coleta e a análise dos dados e foi a redatora principal do artigo. M. Bandeira e E. Nascimento orientaram o delineamento do estudo, participaram da análise e discussão dos resultados e da redação final do trabalho.

## Referências

- Bandeira M, Barroso SM. Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. *J Bras Psiquiatr* 2005; 54:34-46.
- Lauber C, Eichenberger A, Luginbühl P, Keller C, Rössler W. Determinants of burden in caregivers of patients with exacerbating schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2003; 18:285-9.
- Schechtmant A, Alves DSN, Silva RC. Política de saúde mental no Brasil. *J Bras Psiquiatr* 1996; 45:127-8.
- Barroso SM. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos: fatores associados [Dissertação de Mestrado]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2006.
- Maurin JT, Boyd CB. Burden of mental illness on the family: a critical review. *Arch Psychiatr Nurs* 1990; 4:99-107.
- Loukissa D. Family burden in chronic mental illness: a review of research studies. *J Adv Nurs* 1995; 21:248-55.
- Rose LE. Families of psychiatric patients: a critical review and future research directions. *Arch Psychiatr Nurs* 1996; 10:67-76.
- Noh S, Turner RJ. Living with psychiatric patients: implications for the mental health of family members. *Soc Sci Med* 1987; 25:263-71.
- Bulger MW, Wandersman A, Goldman CR. Burdens and gratifications of caregiving: appraisal parental care of adults with schizophrenia. *Am J Orthopsychiatry* 1993; 63:255-65.
- Jones SL, Roth D, Jones PK. Effect of demographic and behavioral variables on burden of caregivers of chronic mentally persons. *Psychiatr Serv* 1995; 46:141-5.
- Szmukler GI, Burgess P, Herrman H, Benson A, Colusa S, Block S. Caring for relatives with serious mental illness: the development of the experience of caregiving inventory. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1996; 31:137-48.
- Martínez A, Nadal S, Beperet M, Mendióroz P. Sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia: factores determinantes. *An Sist Sanit Navar* 2000; 23:101-10.
- Greenberg JS, Kim HW, Greenley JR. Factors associated with subjective burden in siblings of adults with severe mental illness. *Am J Orthopsychiatry* 1997; 67:231-41.
- Magliano L, Fadden G, Madianos M, Caldas de Almeida, JM, Held T, Guarneri M, et al. Burden on the families of patients with schizophrenia: results of the BIOMED I study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33:405-12.
- Koga M, Furegato AR. Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar. *Ciênc Cuid Saúde* 2002; 1:75-9.
- Scazufca M, Menezes PR, Almeida OP. Caregiver burden in the elderly population with depression in São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37:416-22.
- Garrido R, Menezes PR. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. *Rev Saúde Pública* 2004; 38:835-41.
- Barroso SM, Bandeira M, Nascimento E. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública de Belo Horizonte. *Rev Psiquiatr Clín (São Paulo)* 2007; 34:270-7.
- Soares JF, Siqueira AL. Introdução à estatística médica. 2ª Ed. Belo Horizonte: COOPMED; 2002.
- Tessler RC, Gamache GM. The Family Burden Interview Schedule – Short Form (FBIS/SF). Armerst: Machmer Hall; 1994.
- Bandeira M, Calzavara MGP, Varella AAB. Adaptação transcultural para o Brasil de uma escala de avaliação da sobrecarga sentida pelos familiares de pacientes psiquiátricos. *J Bras Psiquiatr* 2005; 54:206-14.
- Bandeira M, Calzavara MGP, Freitas LC, Barroso SM. Family Burden Interview Scale for relatives of psychiatric patients (FBIS-BR): reliability study of the Brazilian version. *Rev Bras Psiquiatr* 2007; 29:57-60.
- Hosmer DW, Lemeshow S. Applied logistic regression. New York: John Wiley & Sons; 2000.
- Montgomery DC, Peck EA. Introduction to linear regression analysis. 2<sup>nd</sup> Ed. New York: John Wiley & Sons; 1992.
- Doornbos MM. The problems and coping methods of caregivers of young adults with mental illness. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1997; 35:22-6.
- Moraski TR, Hildebrandt LM. A experiência da agudização dos sintomas psicóticos: percepção de familiares. *Sci Med* 2005; 15:213-9.
- St-Onge M, Lavoie F. The experience of caregiving among mothers of adults suffering from psychotic disorders: factor associated to their psychological distress. *Am J Community Psychol* 1997; 25:73-94.
- Soares CR, Menezes PR. Avaliação do impacto econômico em familiar de pacientes com transtornos mentais graves. *Rev Psiquiatr Clín (São Paulo)* 2001; 28:183-90.
- Severo AKS, Dimenstein M, Brito M, Cabral C, Alverga AR. A experiência de familiares no cuidado em saúde mental. *Arq Bras Psicol* 2007; 59:143-55.
- Koga M. Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 1997.
- Castro MM. A família e o portador de transtorno mental: convivência e cuidado [Dissertação de Mestrado]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2004.
- Pegorato RF, Caldana RHL. Sobrecarga de familiares de usuários de um centro de atenção psicossocial. *Psicol Estud* 2006; 11:569-77.
- Soares CB. Família e desinstitucionalização: impacto da representação social e da sobrecarga familiar [Dissertação de Mestrado]. Goiânia: Universidade Católica de Goiás; 2003.
- Tessler RC, Gamache GM. Family experiences with mental illness. Westport: Auburn House; 2000.
- Cervený CMO, Berthoud CME. Família e ciclo vital: nossa realidade em pesquisa. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.
- Greenberg JS, Greenley JR, Benedict P. Contributions of person with serious mental illness to their families. *Hosp Community Psychiatry* 1994; 45:475-80.

37. Waidman MAP. Enfermeira e família compartilhando o processo de reinserção social do doente mental [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1998.
38. Franco RF. A família no contexto da reforma psiquiátrica: a experiência de familiares nos cuidados e na convivência com pacientes portadores de transtornos mentais [Dissertação de Mestrado]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2002.
39. Melman J. Repensando o cuidado em relação aos familiares de pacientes com transtorno mental [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1998.
40. Cabral RRF, Chaves AC. Conhecimento sobre a doença e expectativas do tratamento em familiares de pacientes no primeiro episódio psicótico: um estudo transversal. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul* 2005; 27:32-8.
41. Randemark NE, Barros S. A experiência das famílias sobre o cuidado terapêutico de pessoas com transtorno mental nas instituições psiquiátricas. *REME Rev Min Enferm* 2007; 11:11-8.
42. Cardoso CS, Fonseca JOP, Caiaffa WT, Bandeira M. Adaptação transcultural para o Brasil de uma escala de qualidade de vida para pacientes com esquizofrenia escala QLS [Dissertação de Mestrado]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2001.

---

Recebido em 20/Out/2008

Versão final reapresentada em 11/Mar/2009

Aprovado em 15/Mai/2009