



Emoção expressa de familiares e recaídas psiquiátricas de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia

Expressed emotion of family members and psychiatric relapses of patients with a diagnosis of schizophrenia

Emoción expresada de familiares y recaídas de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia

Ana Carolina Guidorizzi Zanetti¹, Kelly Graziani Giacchero Vedana¹, Edilaine Cristina da Silva Gherardi-Donato¹, Sueli Aparecida Frari Galera¹, Isabela dos Santos Martin¹, Larissa de Souza Tressoldi¹, Adriana Inocenti Miasso¹

Como citar este artigo:

Zanetti ACG, Vedana KGG, Gherardi-Donato ECS, Galera SAF, Martin IS, Tressoldi LS, et al. Expressed emotion of family members and psychiatric relapses of patients with a diagnosis of schizophrenia. Rev Esc Enferm USP. 2018;52:e03330. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016042703330>

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

ABSTRACT

Objective: Assess the relationship between psychiatric relapses of patients with a diagnosis of schizophrenia, the levels of expressed emotion among their relatives and related factors. **Method:** Prospective study carried out at a mental health outpatient clinic and two Psychosocial Care Centers, with patients and relatives responding to the Family Questionnaire – Brazilian Portuguese Version, a form containing socio-demographic and clinical variables and a structured script to assess relapses. A logistic regression model was used for the analysis. **Results:** A total of 89 dyads participated in the study. Of the patients investigated, 31% presented relapses and, among the relatives, 68% presented elevated levels of expressed emotion. The relationship between expressed emotion and the relapses was not significant. The logistic regression analysis demonstrated that when there were a higher number of hospital admissions in the two years preceding the study, the chance of the patient relapsing in the 24-month period is 1.34. **Conclusion:** Expressed emotion was insufficient to predict relapses. Thus, a relapse should be understood as a multifactorial phenomenon. These results provide support for interventions and investigations on the multiple factors involved in the evolution of schizophrenia patients in follow-up at community-based health services.

DESCRIPTORS

Schizophrenia; Family; Expressed Emotion; Psychiatric Nursing.

Autor correspondente:

Ana Carolina Guidorizzi Zanetti
Av. Bandeirantes, 3900, Monte Alegre
CEP 14040-902 – Ribeirão Preto, SP, Brasil
carolzan@eerp.usp.br

Recebido: 03/11/2016
Aprovado: 31/12/2017

INTRODUÇÃO

O conceito de Emoção Expressa (EE) tem sido utilizado para investigar o ambiente familiar de pacientes com transtornos mentais. A EE reflete a extensão pela qual os membros familiares próximos de um paciente expressam sua crítica, hostilidade, atitude de superenvolvimento emocional ou calorosidade quando falam sobre o paciente⁽¹⁾.

Os principais componentes da EE são os comentários críticos (CC), que estão relacionados à avaliação negativa da conduta do paciente; a hostilidade (H), à avaliação negativa do paciente como pessoa; e o superenvolvimento emocional (SEE), que se refere aos sentimentos ou atitudes, à desesperança, ao autossacrifício e à superproteção do paciente por parte dos familiares. Cabe ressaltar que a hostilidade se sobrepõe aos comentários críticos. A família pode ser classificada com elevada EE se o familiar que passa a maior parte do tempo com o paciente apresenta um ou mais desses componentes⁽²⁻³⁾.

Estudos mostram que a EE é um forte preditor de recaídas psiquiátricas em pacientes com esquizofrenia, em diferentes contextos sociais e culturais⁽⁴⁻⁵⁾. Estudo de metanálise identificou 27 artigos relacionando EE e recaídas psiquiátricas de pacientes com esquizofrenia. Esses estudos confirmaram que a EE é um bom preditor de recaídas em esquizofrenia, principalmente, nos pacientes na fase mais crônica da doença⁽⁶⁾. Estudos recentes prospectivos mostram que os pacientes com esquizofrenia que convivem com famílias com níveis elevados de EE têm maior chance de sofrer recaídas quando comparados àqueles que vivem em ambiente familiar com baixa EE⁽⁷⁻⁸⁾.

As recaídas são definidas pela exacerbação dos sintomas relacionados ao diagnóstico de esquizofrenia em paciente com quadro da doença estabilizado⁽⁷⁾. As principais causas de recaídas entre pacientes com esquizofrenia estão relacionadas às altas taxas de não adesão ao tratamento⁽⁹⁾. Nessa direção, as recaídas geram aumento dos custos com hospitalizações, potencialmente evitáveis, aumento dos riscos de suicídio e piora significativa no prognóstico do paciente⁽¹⁰⁾.

Além disso, as recaídas podem gerar angústia no paciente e na família, bem como interromper o processo de recuperação e aumentar o risco de resistência ao tratamento^(3,9). Desse modo, sua prevenção e detecção são fundamentais para garantir um melhor prognóstico⁽⁹⁾.

A literatura internacional mostra que há associação entre a ocorrência de recaídas em pacientes com esquizofrenia, em diferentes períodos do adoecimento, e a presença de EE em familiares^(4,11). Estudos prospectivos que avaliaram a presença de EE na perspectiva dos familiares e as recaídas de pacientes com esquizofrenia, por um período que variou de 1 a 20 anos, mostraram que há associação entre essas duas variáveis, mesmo depois de mais de 3 anos de acompanhamento^(4,11).

No entanto, há lacunas de estudos sobre a associação de EE e recaídas no Brasil. Ao considerar a importância de aprofundar os estudos sobre a ocorrência de recaídas psiquiátricas ao longo do tempo e a sua relação com a EE, este estudo tem como objetivo avaliar a relação entre recaídas psiquiátricas de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia,

níveis de Emoção Expressa de seus familiares e fatores relacionados. Espera-se que os resultados possam oferecer subsídios para a avaliação do tratamento da esquizofrenia e a identificação de fatores que interferem no curso da doença ao longo do tempo.

MÉTODO

Estudo exploratório prospectivo, realizado em um serviço ambulatorial de saúde mental e em dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), de duas cidades do interior do estado de São Paulo, Brasil.

Foram convidados os pacientes com diagnóstico de esquizofrenia cadastrados nos serviços selecionados e seus familiares, que preencheram os critérios de seleção e participaram de estudo conduzido anteriormente para avaliar o valor preditivo do *Family Questionnaire - Versão Português do Brasil* (FQ-VPB) em relação à ocorrência de recaídas no período de 18 meses.

Os critérios de seleção dos pacientes foram ter diagnóstico de esquizofrenia confirmado no prontuário de saúde, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças – versão 10 (CID-10), idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos, todos os níveis de escolaridade e analfabetos, nacionalidade brasileira, quadro psiquiátrico estabilizado mediante aplicação da Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica (BPRS) e ausência de recaída psiquiátrica nas últimas 6 semanas. A adoção dos últimos dois critérios justifica-se pela possibilidade de a presença de recaída psiquiátrica nas últimas 6 semanas e a falta de estabilidade do quadro psiquiátrico do paciente interferirem no ambiente familiar, o que poderia trazer viés aos dados obtidos mediante aplicação do FQ-VPB. A versão brasileira da *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS) foi utilizada para avaliar a presença e o nível de gravidade de sintomas psicóticos, dentre outros. Essa escala foi traduzida e validada para o português, é confiável e amplamente utilizada na literatura⁽¹²⁾.

Os familiares foram selecionados de acordo com os seguintes critérios de seleção: familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos, todos os níveis de escolaridade ou analfabetos, com nacionalidade brasileira, que convivem no mesmo domicílio do paciente com diagnóstico de esquizofrenia há mais de 6 meses. O critério de tempo de convivência foi estabelecido pelos autores e fundamentado na experiência clínica no acompanhamento de familiares de pacientes com esquizofrenia.

Desse modo, 91 díades foram selecionadas para o estudo, duas foram excluídas, pois os pacientes faleceram no período de coleta de dados. Os 89 pacientes foram avaliados quanto à ocorrência de recaídas psiquiátricas, por um período de 24 meses, incluindo o período de 18 meses de estudo anteriormente realizado para avaliar o valor preditivo do FQ-VPB. Assim, a amostra por conveniência foi constituída por 89 díades, sendo 89 pacientes com diagnóstico de esquizofrenia e 89 familiares que atenderam aos critérios de seleção do estudo. Um fluxograma foi construído para ilustrar o processo de recrutamento dos pacientes (Figura 1).

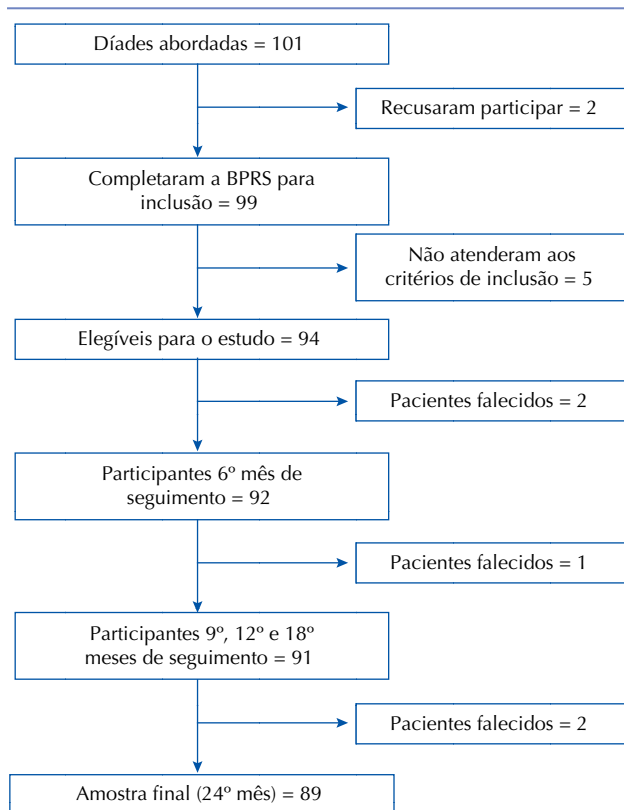


Figura 1 – Fluxograma dos participantes – Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2014.

O estudo foi aprovado pelas instituições coparticipantes e pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), em Ribeirão Preto – SP. Processo n.º 1443/2011. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para a coleta dos dados, foram utilizados três instrumentos: um formulário com as variáveis sociodemográficas e clínicas, o FQ-VPB e um roteiro estruturado. O formulário contém variáveis relacionadas aos familiares (sexo, idade, escolaridade, estado civil, grau de parentesco, o tempo de convivência e as horas de contato diário com o paciente) e aos pacientes (idade, sexo, escolaridade, tempo de doença, número de internações psiquiátricas nos 2 anos precedentes ao estudo).

O FQ-VPB foi utilizado para avaliar o nível de EE e seus componentes CC e SEE. Esse instrumento foi adaptado e validado para o contexto brasileiro em 2013, contém 20 itens, divididos em dois domínios: CC (10 itens – 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20) e SEE (10 itens – 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19). Os itens dos dois domínios refletem diferentes situações que os familiares utilizam para enfrentar os seus problemas no cotidiano. Para o preenchimento do questionário, os familiares devem assinalar com que frequência lidam com os pacientes com esquizofrenia em determinadas situações. As respostas variam de nunca ou muito raramente, raramente, frequentemente e muito frequentemente, com intervalo possível de um a quatro, para cada item. Os familiares devem ser orientados para assinalar apenas uma resposta para cada item. Quanto maior é o escore, maior é o número

de comentários críticos, e maior é o superenvolvimento emocional dos familiares. Os valores determinados como ponto de corte do FQ pelo autor da versão original do instrumento foram, para CC=23, e para SEE=27⁽¹³⁾. Considerando-se as diferenças culturais em relação ao conceito de EE e o valor das medianas obtido (CC=23 e SEE=29), para este estudo foi determinado que os familiares com elevada EE devem pontuar 23 ou mais para o domínio CC e 29 ou mais para o domínio SEE, e os familiares com baixa EE, menos que 23 para o domínio CC e menos que 29 para o domínio SEE. A análise da consistência interna dos itens de cada um dos domínios do FQ-VPB foi avaliada pelo Alfa de Cronbach. Os resultados obtidos foram 0,868 para o domínio CC e 0,758 para o domínio SEE⁽²⁾.

O roteiro estruturado foi utilizado para o registro da ocorrência de recaídas psiquiátricas no período de 24 meses. Assim, a ocorrência de recaídas foi registrada a cada 4 meses após o início do estudo. O roteiro contém variáveis referentes à ocorrência ou não de recaídas no período avaliado, o motivo da recaída, o local de atendimento e o número de recaídas. Esse instrumento foi aplicado por meio de contato telefônico com os pacientes e seus familiares e confirmado no prontuário médico dos serviços de saúde. Os pacientes que apresentaram recaídas foram aqueles em que a exacerbação dos sintomas resultou em necessidade de atendimento no serviço de emergência e/ou no serviço de saúde mental, fora do acordado previamente.

Os dados sociodemográficos e clínicos dos pacientes, dos familiares e os referentes à EE foram coletados no período de fevereiro a abril de 2012. Para os dados relacionados às recaídas psiquiátricas, os participantes receberam ligações telefônicas, no período de março a abril de 2014, ou seja, 24 meses após a coleta dos dados sociodemográficos de familiares e pacientes e do FQ-VPB. Para quatro pacientes com telefones desatualizados ou sem telefone, o pesquisador obteve as informações a partir de consulta ao prontuário dos serviços de saúde. Cabe ressaltar que o pesquisador responsável pela coleta das informações referentes às recaídas não teve acesso ao nível de EE dos familiares.

Os dados obtidos foram digitados duplamente em uma planilha no programa Excel 2007, e em seguida transferidos para o programa SPSS versão 22.0, onde foram processados e analisados eletronicamente. Foi utilizada estatística descritiva para a apresentação das variáveis do estudo.

As recaídas psiquiátricas foram categorizadas em sim e não. A EE e seus domínios CC e SEE foram avaliados de acordo com seus níveis, em baixo ou elevado. As variáveis categóricas – sexo e escolaridade do familiar e do paciente, estado civil do familiar, grau de parentesco com o paciente, os níveis de EE, CC e SEE e as recaídas – foram analisadas por frequência simples, e as variáveis numéricas – idade do paciente e do familiar, tempo de convivência, horas de contato diário com o paciente, tempo de doença e número de internação psiquiátricas nos 2 anos precedentes ao estudo – foram analisadas segundo média, mediana, intervalo e desvio-padrão. O teste qui-quadrado de Pearson foi utilizado para verificar a associação entre as recaídas no período de 24 meses e os níveis de EE, CC e SEE.

A análise de regressão logística múltipla foi utilizada para avaliar as recaídas no período de 24 meses em relação aos níveis de EE e de seus domínios CC e SEE. Na análise de regressão logística múltipla, a recaída no período de 24 meses foi considerada variável resposta, os níveis de EE dos familiares e de seus domínios CC e SEE e as variáveis socio-demográficas e clínicas dos pacientes e familiares, variáveis explicativas. Como critério de seleção para entrada e saída das variáveis do modelo, foi utilizado o procedimento automático *stepwise*. A estatística utilizada para essa finalidade foi a de Wald com *p*-valor de 0,05. As regressões logísticas foram rodadas separadamente para cada variável. O nível de significância adotado para os testes de hipóteses foi de 0,05.

RESULTADOS

CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES E FAMILIARES

Em relação aos 89 pacientes participantes, 60% eram do sexo masculino, média de idade de 46,8 anos (DP=13,7), com até primeiro grau incompleto (44,9%), tempo médio de doença de 18,7 anos (DP=12,1), média de internações nos 2 anos que precederam a coleta de dados de 1,2 (DP=3,3). Destes, 68% faziam seguimento em serviço ambulatorial e 32% no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Em relação às variáveis sociodemográficas dos familiares, obteve-se predomínio do sexo feminino (73%), de mães (30%), vivendo com companheiro (56%), média de idade de 55,9 anos (DP=16,3), com até o primeiro grau completo (64%) e 109,8 horas (DP=63,2) de contato semanal com o paciente.

Dos 89 pacientes investigados no período de 24 meses, 28 (31%) apresentaram recaídas psiquiátricas. Os principais motivos referidos foram estresse, surgimento de comorbidades e falhas no tratamento medicamentoso. Os locais de atendimento para a maioria dos pacientes que tiveram recaídas psiquiátricas foram os serviços de urgência, seguidos de internação hospitalar.

Dos 89 familiares, 61 (68%) apresentaram elevada EE. Em relação aos domínios da EE, a porcentagem de familiares com nível elevado de CC foi de 49% e com nível elevado de SEE, 52%. Apesar do elevado nível de EE, não foram observadas associações entre esta variável e de seus domínios e as recaídas no período de 24 meses (Tabela 1).

Tabela 1 – Associação entre os níveis de EE, CC e SEE e as recaídas no período de 24 meses. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2014.

	Recaídas 24 meses		Valor de p
	Sim	Não	
EE, n (%)			*0,061
Elevado	23(25,8)	38(42,7)	
Baixo	5(5,7)	23(25,8)	
SEE, n (%)			*0,809
Elevado	15(16,9)	31(34,8)	
Baixo	13(14,6)	30(33,7)	
CC, n (%)			*0,051
Elevado	18(20,2)	26(29,2)	
Baixo	10(11,3)	35(39,3)	

*Qui-quadrado de Pearson.

Na análise de regressão logística múltipla, considerou-se a presença de todas as variáveis categóricas e numéricas, e apenas o número de internações psiquiátricas nos 2 anos que precederam o estudo foi significativo. Quanto maior o número de internação nos 2 anos que precedem a coleta de dados, a chance de o paciente apresentar recaídas no período de 24 meses foi de 1,34 (Tabela 2).

Tabela 2 – Modelo de regressão logística para recaídas psiquiátricas de pacientes com esquizofrenia no período de 24 meses – Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2016.

	Média (DP) 0	Média (DP) 1	Valor de p*	Odds Ratio	95%IC	Valor de p 1
Número internações	0,59 (1,56)	2,61 (5,13)	0,13	1,34	1,01-1,78	0,04

DP – desvio-padrão; 0 – ausência recaída; 1 – recaída. *Teste Mann Whitney.

DISCUSSÃO

Destaca-se que esta é a primeira investigação no contexto brasileiro que avalia a EE e seus componentes e a ocorrência de recaídas psiquiátricas no período de 24 meses, e que as recaídas psiquiátricas são incapacitantes e angustiantes para os indivíduos com esquizofrenia e estão relacionadas à deterioração progressiva, bem como à piora na resposta ao tratamento e no prognóstico clínico⁽⁹⁾. No período de 24 meses, 31% dos pacientes apresentaram recaídas psiquiátricas. Dentre os motivos da ocorrência de recaídas psiquiátricas, estão o estresse, o surgimento de comorbidades e as falhas no tratamento medicamentoso. Pesquisa suporta um modelo diátese-estresse da psicose, no qual o ambiente estressor, incluindo o estresse entre as relações intrafamiliares, interage com fatores biológicos, acionando o início da doença e a recorrência dos sintomas⁽¹⁾.

Quanto às comorbidades, pacientes com esquizofrenia podem apresentar uma série delas ao longo da vida⁽¹⁴⁾. Estudo reporta que a prevalência de ansiedade, depressão e transtornos por uso de substância entre adultos com diagnóstico de esquizofrenia é maior em relação à encontrada na população geral⁽¹⁵⁾. A presença do transtorno por uso de substância em pacientes com esquizofrenia está relacionada ao aumento dos sintomas positivos, altas taxas de recaídas e piora da sua saúde física e mental⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. Além disso, é estimado que de 23% a 57% dos adultos com esquizofrenia tenham como comorbidade a depressão, e que essa relação piora os resultados clínicos e a qualidade de vida⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Quanto à falha no tratamento, é preciso destacar que a esquizofrenia é um transtorno de evolução crônica que requer tratamento prolongado com o uso de medicamentos antipsicóticos. A adesão ao tratamento medicamentoso é fundamental para o sucesso da terapêutica, visto que há relação entre a não adesão e as recidivas, as reinternações e a persistência de sintomas psicóticos⁽¹⁸⁾. No entanto, os efeitos indesejáveis do tratamento medicamentoso podem ser tão intensos para o paciente quanto o desconforto ocasionado pelos sintomas do transtorno, o que pode prejudicar a adesão⁽¹⁹⁾.

Constatou-se que, quanto maior o número de internação nos 2 anos que antecederam a coleta de dados, a chance de o paciente apresentar recaídas no período de 24 meses é de 1,34. Desse modo, o paciente que já tem histórico de várias recaídas tem mais chance de recair novamente. Tal aspecto é relevante, pois cada crise representa uma série de perdas, prejuízos e limitações. Estudo de revisão que identificou os fatores que predizem ou influenciam o risco de recaídas mostrou as hospitalizações como um dos principais fatores que contribuem para a ocorrência de novas recaídas. Outros fatores identificados foram a não adesão ao tratamento medicamentoso, o estresse, as comorbidades e o estilo de vida⁽⁹⁾.

Estudo realizado nos Estados Unidos da América (EUA), no período de 1987 a 2007, investigou os prejuízos causados por longos períodos de recaídas em pacientes com esquizofrenia. Esse estudo apontou o efeito negativo, durante o período de recaída, sobre a integridade do cérebro e sugeriu a implementação de medidas para a prevenção de recaídas e a adesão ao tratamento⁽²⁰⁾. Geralmente, os pacientes não têm um suporte efetivo para o entendimento do transtorno, e a família apresenta maior nível de sobrecarga em relação ao cuidado, principalmente ao longo do tempo⁽²¹⁾. Assim, pacientes com histórico de maior número de recaídas podem sinalizar um grupo que necessita de cuidados mais intensivos para a promoção de saúde mental e consequente redução de reinternações psiquiátricas.

Ao comparar os resultados entre os níveis de EE e os domínios (CC e SEE) e as recaídas no período de 24 meses, não houve associação significativa, embora os resultados indiquem uma tendência de associação entre os níveis de EE e o domínio CC. A EE e os domínios CC e SEE são considerados preditores de recaídas em esquizofrenia em estudos realizados em diferentes países como Paquistão, Inglaterra, México e Estados Unidos da América^(4,7). Em contrapartida, os resultados encontrados no presente estudo estão discordantes desses estudos. É possível que este achado esteja relacionado ao fato de a amostra do presente estudo não ser suficiente para evidenciar essa relação e por características da cultura brasileira não avaliadas em estudos prévios. Além disso, é possível que a EE inclua componentes que possam atuar como fatores de proteção, ou ser insuficiente para prever isoladamente a ocorrência de recaídas, e deva ser entendida como um fenômeno multifatorial. Entre os fatores que podem influenciar as recaídas, destacam-se os determinantes sociais da saúde, cujo impacto pode influenciar estados psicológicos desencadeadores do transtorno⁽²²⁾.

As questões culturais, bem como os determinantes sociais da saúde, tais como fatores socioeconômicos e educacionais influenciam fortemente o ambiente e as relações familiares, sendo indicadores dos níveis de tolerância entre o familiar e o paciente⁽²²⁻²³⁾. O entendimento desses aspectos é essencial para avaliar como os diferentes contextos influenciam os níveis de emoção expressa e o prognóstico da doença⁽²³⁾.

De acordo com estudo realizado na China, os países em desenvolvimento apresentam níveis mais baixos de emoção expressa⁽⁸⁾. Outro estudo realizado, na Europa, mostrou que no Reino Unido pacientes que viviam em lares com altos níveis de SEE apresentaram taxas de recaídas maiores no

período de 9 meses⁽¹⁾. No entanto, as amostras analisadas em outros países da Europa não apresentaram relação entre SEE e recaídas em esquizofrenia^(8,24). Análise realizada com uma população de mexicanos-americanos mostrou que o SEE pode aumentar o risco de recaídas no período de seguimento de 12 meses, mas em períodos superiores o domínio não foi considerado como um preditor de recaída⁽²⁵⁾. Nessa direção, outros estudos são necessários no contexto brasileiro, para a construção de dados normativos que permitam compreender como a cultura e os determinantes sociais da saúde moldam o funcionamento do ambiente familiar e sua relação com a doença. Assim, será possível entender se os níveis de comentários críticos ou o superenvolvimento emocional podem funcionar como fatores protetores ou influenciar a ocorrência de recaídas.

As recaídas também podem envolver outros fatores relacionados às condições da população em evidência. Portanto, é necessário também observar a gravidade e o tempo do transtorno⁽⁹⁾.

Ao considerar as recaídas como um fenômeno multifatorial e seu impacto no indivíduo, família, serviço de saúde e sociedade, faz-se necessário e urgente estruturar medidas de prevenção. Nessa vertente, é importante considerar o modelo de assistência e a política de saúde mental vigente no país. Assim, a política de saúde mental atual preconiza a ampliação da rede de atenção psicossocial (RAPS), a participação ativa do usuário e da família e o incentivo à organização de serviços de saúde mental de base comunitária, que inclui os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)⁽²⁶⁾. Os CAPS utilizam como instrumento de trabalho em equipe o Projeto Terapêutico Singular (PTS), que propõe condutas terapêuticas articuladas para um usuário, considerando suas necessidades individuais e o contexto no qual está inserido⁽²⁷⁾ e, desse modo, se apresentam como dispositivos essenciais para a prevenção de recaídas.

Assim, é necessário que os profissionais da saúde, em especial os enfermeiros, que atuam em serviços comunitários de saúde mental, principalmente nos CAPS, auxiliem na estruturação do PTS de modo sistemático e reforçando a necessidade de inclusão dos familiares em sua construção. Além disso, é importante a criação de estratégias que favoreçam que os familiares desenvolvam a habilidade de lidar com eventos estressores, ao considerar que as necessidades de cuidado dos pacientes crônicos são contínuas e permanentes e devem ser modeladas de maneira individual, para assegurar um melhor prognóstico⁽²⁸⁾. Dentre as ações desempenhadas pela equipe de enfermagem, há os atendimentos familiares individuais e os grupos multifamiliares, que podem favorecer a comunicação efetiva intrafamiliar e, conseqüentemente, o funcionamento do ambiente familiar. Cabe ressaltar que a qualidade do relacionamento entre familiar e paciente é imprescindível para o controle da ocorrência de recaídas.

Para o engajamento dos familiares no tratamento, a equipe de enfermagem aliada à multidisciplinar devem buscar compreender as barreiras e identificar as necessidades específicas dos familiares para determinar quais fatores podem auxiliar na promoção de um melhor envolvimento destes com os serviços, quando necessário⁽²⁹⁾. Ainda, essas

equipes devem provocar mudanças organizacionais nos serviços, compartilhar os objetivos do tratamento com os pacientes e seus familiares e inserir na rotina do trabalho o envolvimento da família⁽³⁰⁾.

Acredita-se que a intensificação dos estudos sobre a EE e a ocorrência de recaídas no contexto brasileiro possam oferecer aos profissionais de enfermagem elementos para melhor compreensão e atuação no ambiente familiar de pacientes com esquizofrenia, contribuindo para a produção de evidências científicas mais relevantes para a translação de conhecimento para a prática de cuidado em saúde mental.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo mostraram que, dos 89 pacientes, 31% apresentaram recaídas, e 68% dos familiares apresentaram elevada emoção expressa. Quanto aos domínios, a proporção de familiares com nível elevado de comentários críticos e superenvolvimento emocional foi de 49% e 52%, respectivamente. A relação entre as recaídas psiquiátricas e

os domínios de emoção expressa não foi evidenciada no período de 24 meses. Na análise de regressão logística, quanto maior o número de internação nos 2 anos precedentes ao estudo, a chance de o paciente apresentar recaídas no período de 24 meses é de 1,34. Trata-se de uma primeira investigação que avaliou a EE e seus componentes e a ocorrência de recaídas psiquiátricas no período de 24 meses no contexto brasileiro. A emoção expressa foi insuficiente para prever as recaídas, que devem ser compreendidas como um fenômeno que envolve múltiplos aspectos. Os resultados fornecem subsídios para o planejamento de ações e futuros estudos na saúde mental que busquem entender os múltiplos fatores envolvidos na evolução do paciente com esquizofrenia. Portanto, outros estudos sobre o contexto cultural da família, os determinantes sociais de saúde e o conceito de EE, incluindo seus componentes, devem ser intensificados no Brasil. Os achados também podem reforçar a importância da inserção da família no tratamento, que se faz urgente e necessária para a efetivação das propostas advindas das políticas de saúde mental do país.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a relação entre recaídas psiquiátricas de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, níveis de emoção expressa de seus familiares e fatores relacionados. **Método:** Estudo prospectivo, realizado em um serviço ambulatorial de saúde mental e em dois Centros de Atenção Psicossocial, com pacientes e familiares que responderam ao *Family Questionnaire* - Versão Português do Brasil, um formulário contendo as variáveis sociodemográficas e clínicas e um roteiro estruturado para avaliação de recaídas. Para a análise, utilizou-se do modelo de regressão logística. **Resultados:** Participaram do estudo 89 díades. Dos pacientes investigados, 31% apresentaram recaídas, e 68% dos familiares, elevada emoção expressa. A relação entre a emoção expressa e as recaídas não foi significativa. A análise de regressão logística mostrou que quanto maior o número de internação nos 2 anos precedentes ao estudo, a chance de o paciente apresentar recaídas no período de 24 meses é de 1,34. **Conclusão:** A emoção expressa foi insuficiente para prever recaídas. Assim, as recaídas devem ser compreendidas como um fenômeno multifatorial. Esses resultados fornecem subsídios para intervenções e investigações sobre os múltiplos fatores envolvidos na evolução do paciente com esquizofrenia, acompanhado em serviços de saúde mental de base comunitária.

DESCRITORES

Esquizofrenia; Família; Emoções Manifestas; Enfermagem Psiquiátrica.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la relación entre recaídas psiquiátricas de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, niveles de emoción expresada de sus familiares y factores relacionados. **Método:** Estudio prospectivo, llevado a cabo en un servicio de ambulatorio de salud mental y en dos Centros de Atención Psicosocial, con pacientes y familiares que respondieron al *Family Questionnaire* - Versión Portugués de Brasil, un formulario conteniendo las variables sociodemográficas y clínicas y un guión estructurado para evaluación de recaídas. Para el análisis, se utilizó el modelo de regresión logística. **Resultados:** Participaron en el estudio 189 pares. De los pacientes investigados, el 31% presentaron recaídas, y el 68% de los familiares, elevada emoción expresada. La relación entre la emoción expresada y las recaídas no fue significativa. El análisis de regresión logística mostró que cuanto mayor el número de estancias hospitalarias en los dos años precedentes al estudio, la probabilidad de que el paciente presente recaídas en el período de 24 meses es de 1,34. **Conclusión:** La emoción expresada fue insuficiente para predecir recaídas. De esa manera, las recaídas deben comprenderse como un fenómeno multifactorial. Dichos resultados brindan subsidios para intervenciones e investigaciones acerca de los múltiples factores involucrados en la evolución del paciente con esquizofrenia, acompañado en servicios de salud mental de base comunitaria.

DESCRIPTORES

Esquizofrenia; Família; Emoción Expresada; Enfermería Psiquiátrica.

REFERÊNCIAS

1. Koutra K, Triliva S, Roumeliotaki T, Basta M, Simos P, Lionis C, et al. Impaired family functioning in psychosis and its relevance to relapse: a two-year follow-up study. *Compr Psychiatry*. 2015;62:1-12.
2. Zanetti ACG, Wiedemann G, Dantas RS, Hayashida M, Azevedo-Marques JM, Galera SF. Cultural adaptation and psychometric properties of the family questionnaire in a Brazilian sample of relatives of schizophrenia outpatients. *J Clin Nurs*. 2013;22(11-12):1521-30.
3. Koutra K, Triliva S, Roumeliotaki T, Stefanakis Z, Basta M, Lionis C, et al. Family functioning in families of first-episode psychosis patients as compared to chronic mentally ill patients and healthy controls. *Psychiatr Res*. 2014;219(3):486-96.
4. Cechnicki A, Bielańska A, Hanuszkiwicz I, Daren A. The predictive validity of expressed emotions (EE) in schizophrenia. A 20-year prospective study. *J Psychiatr Res*. 2013;47(2):208-14.

5. Ahmad I, Khalily MT, Hallahan B, Shah I. Factors associated with psychotic relapse in patients with schizophrenia in a Pakistani cohort. *Int J Ment Health Nurs*. 2017;26(4):384-90.
6. Butzlaff RL, Hooley JM. Expressed emotion and psychiatric relapse. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55(6):547.
7. Roseliza-Murni A, Oei TPS, Fatimah Y, Asmawati D. Schizophrenia relapse in Kuala Lumpur, Malaysia: do relatives' expressed emotion and personality traits matter? *Compr Psychiatry*. 2014;55(1):188-98.
8. Weintraub MJ, Hall DL, Carbonella JY, Mamani AW, Hooley JM. Integrity of literature on expressed emotion and relapse in patients with schizophrenia verified by a p -Curve analysis. *Fam Process*. 2017;56(2):436-44.
9. Olivares JM, Sermon J, Hemels M, Schreiner A. Definitions and drivers of relapse in patients with schizophrenia: a systematic literature review. *Ann Gen Psychiatry*. 2013;12(1):32.
10. Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry*. 2014;13(2):153-60.
11. Marom S. Expressed emotion: relevance to rehospitalization in schizophrenia over 7 years. *Schizophr Bull*. 2005;31(3):751-8.
12. Zuardi AW, Loureiro SR, Rodrigues CRC, Correa AJ, Glock SS. Estudo da estrutura fatorial, fidedignidade e validade da tradução e adaptação para o português da Escala de Avaliação Psiquiátrica Breve (Bprs) modificada. *Rev ABP-APAL*. 1994;16(2):63-8.
13. Wiedemann G, Rayki O, Feinstein E, Hahlweg K. The Family Questionnaire: Development and validation of a new self-report scale for assessing expressed emotion. *Psychiatry Res*. 2002;109(3):265-79.
14. Harrison C, Charles J, Britt H. Comorbidities and risk factors among patients with schizophrenia. *Aust Fam Physician*. 2015;44(11):781-3.
15. Gage SH, Hickman M, Zammit S. Association between cannabis and psychosis: epidemiologic evidence. *Biol Psychiatry*. 2016;79(7):549-56.
16. Buckley PF, Miller BJ. Schizophrenia research: a progress report. *Psychiatr Clin North Am*. 2015;38(3):373-7.
17. Jager M, Riedel M, Schmauss M, Pfeiffer H, Laux G, Naber D, et al. Depression during an acute episode of schizophrenia or schizophreniform disorder and its impact on treatment response. *Psychiatry Res*. 2008;158(3):297-305.
18. Owen MJ, Sawa A, Mortensen PB. Schizophrenia. *Lancet*. 2016;388(10039):86-97.
19. Nicolino PS, Vedana KGG, Miasso AI, Cardoso L, Galera SAF. Schizophrenia: adherence to treatment and beliefs about the disorder and the drug treatment. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2011 [cited 2017 Mar 12];45(3):706-13. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/en_v45n3a23.pdf
20. Andreasen NC, Liu D, Ziebell S, Vora A, Ho BC. Relapse duration, treatment intensity, and brain tissue loss in schizophrenia: a prospective longitudinal MRI study. *Am J Psychiatry*. 2013;170(6):609-15.
21. Vedana KGG, Miasso AI. A interação entre pessoas com esquizofrenia e familiares interfere na adesão medicamentosa? *Acta Paul Enferm*. 2012;25(6):830-6.
22. Rocha PR, David HMSL. Determination or determinants? A debate based on the Theory on the Social Production of Health. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2015 [cited 2017 Mar 15];49(1):127-33. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/0080-6234-reeusp-49-01-0129.pdf>
23. Koutra K, Economou M, Triliva S, Roumeliotaki T, Lionis C, Vgontzas AN. Cross-cultural adaptation and validation of the Greek version of the Family Questionnaire for assessing expressed emotion. *Compr Psychiatry*. 2014;55(4):1038-49.
24. Okpokoro U, Ce A, Sampson S. Family intervention (brief) for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(3):CD009802.
25. Kopelowicz A, Lopez SR, Zarate R, O'Brien M, Gordon J, Chang C, et al. Expressed Emotion and Family Interactions in Mexican Americans With Schizophrenia. *J Nerv Ment Dis*. 2006;194(5):330-4.
26. Deschamps ALP, Rodrigues J. Política de saúde mental e projeto terapêutico singular. *Cad Bras Saúde Mental*. 2016;8(17):78-92.
27. Ferreira JT, Mesquita NNM, Silva TA, Silva VF, Lucas WJ, Batista EC. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): uma instituição de referência no atendimento à saúde mental. *Rev Saberes*. 2016;4(1):72-86.
28. Bellato R, Araújo LFS, Dolina JB, Musquim CA, Corrêa GHLST. The family experience of care in chronic situation. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(n.spe):78-85.
29. Dixon LB, Holoshitz Y, Nossel I. Treatment engagement of individuals experiencing mental illness: review and update. *World Psychiatry*. 2016;15(1):13-20.
30. Eassom E, Giacco D, Dirik A, Priebe S. Implementing family involvement in the treatment of patients with psychosis: a systematic review of facilitating and hindering factors. *BMJ Open*. 2014;4:e006108. DOI:10.1136/bmjopen-2014-006108

