

TOPEL, R.; FAHLMAN, M.; BOARDLEY, D. (2004), «Healthy Aging: Health Promotion, Disease Prevention», *Nursing Clinics of North America*, 39 (2), pp. 411-422.

WAGENAAR, D. B.; MICKUS, M. A.; GAUMER, K. A.; COLEMAN, C. C. (2002), «Late-Life Depression and Mental Health Services in Primary Care», *Journal of Psychiatric Neurology*, 15, pp. 134-140.

YALI, A. M.; REVENSON, T. A. (2004), «How changes in population demographics will impact health psychology: Incorporating a broader notion of cultural competence into the field», *Health Psychology*, 23, pp. 147-155.

YOUNG, K. (1996), «Health, health promotion and the elderly», *Journal of Clinical Nursing*, 5, pp. 241-248.

ZURAKOWSKY, I. L. (2004), «Health Promotion for Mid and Later-Life Women», *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 33, pp. 639-647.

# 10 | FAMÍLIA, SAÚDE E DOENÇA: TEORIA, PRÁTICA E INVESTIGAÇÃO

**Maria da Graça Pereira**

## Família e doença: relevância social e científica

### Interesse pela família

Os anos 80 assistiram a uma ênfase cada vez maior nos aspectos relacionados com a família e a saúde (Doherty, 1985). Vários factores contribuíram para esse interesse: aumento das doenças crónicas, custos de saúde e medicina familiar.

### Aumento das doenças crónicas

As doenças crónicas especialmente as relacionadas com o estilo de vida aumentaram substancialmente. A doença cardíaca e a oncológica são bons exemplos destas «novas doenças» de maior mortalidade que confrontam a medicina e em que não existe apenas um factor responsável mas vários, dos quais o estilo de vida é sem dúvida um factor importante.

O modelo biomédico nos anos 80 deixou de ser suficiente para explicar as doenças mais complexas, não motivadas por um agente infeccioso ou a forma como as pessoas podiam alterar o seu estilo de vida no sentido mais saudável, tornando assim importante focar os aspectos psicossociais quer a nível do im-pacte da doença no indivíduo quer a nível do tratamento. O salto da biologia para o estilo de vida foi a porta de lançamento para o foco familiar na saúde e doença. A partir do momento que falamos de estilo de vida, atitudes e hábi-tos, falamos obrigatoriamente de família, pois é na família que aprendemos

os comportamentos de saúde e os desenvolvemos até sermos adultos (Baranowski e Nader, 1985).

### **Custos de saúde**

Desde os anos 60, um outro factor importante que levou ao reconhecimento da importância da família na saúde foi a questão dos custos da saúde. Estes custos estão relacionados com o progressivo envelhecimento da população e o respectivo aumento das doenças crónicas que trazem associados os cuidados a longo prazo como por exemplo os lares de terceira-idade motivando clínicos, investigadores e administradores do sistema de saúde a explorarem novas formas de ajuda às famílias para que estas pudessem cuidar dos idosos no próprio domicílio (Lave, 1985).

A diminuição dos custos de saúde tem estado associada à implementação do modelo biopsicosocial em vários procedimentos médicos (Pereira e Rotan, 1997) e parece claro que a intervenção psicoterapêutica junto de doentes está associada a uma diminuição da duração da estada no hospital pós-intervenção cirúrgica (Munford, 1982; Strain, 1991); diminuição nas visitas hospitalares (Miller e col., 1972); diminuição das visitas médicas no caso de doentes com dor crónica e asmáticos que recebem terapia (Caudill e col., 1991; Wilson e col., 1993) e, de uma forma geral, para todo o tipo de utentes que receba terapia de casal/familiar (Law e Crane, 2000).

### **Medicina familiar**

O desenvolvimento da medicina familiar nos anos 70 reconheceu os factores familiares na etiologia e manutenção da doença. O campo da medicina familiar tem como pressupostos a noção de a família ser a unidade de tratamento (Ranson e Vandervoot, 1973). Já em 1943, Pears e Crocker, na área de medicina, naquilo que ficou conhecido pela «Experiência de Peckham» tinham criado um centro que tinha por objectivo estudar factores de saúde em famílias. A noção de que a família era mais que a soma das partes, que possuía uma organização hierárquica e um ciclo de vida específico foi pela primeira vez delineado. Mais tarde em 1945, o projecto «os pacientes têm famílias» desenvolveu as noções de homeostasia familiar, emaranhamento, desmembramento e triangulação. Embora a importância dos factores familiares tenha adquirido relevância nestes estudos iniciais, o foco do tratamento continuava a ser o indivíduo. Só mesmo com o desenvolvimento da medicina familiar e, em particular, com a incorporação da teoria sistémica, a família se tornou o foco da especialidade da medicina familiar.

O desenvolvimento posterior da Medicina Familiar Sistémica em 1983 (Ramson, 1985) e a criação do jornal do mesmo nome são o símbolo actual da constante atenção que a família tem recebido no domínio da medicina desde então (Pereira, no prelo).

Em suma, vários factores contribuíram para este interesse centrado na família e saúde e a secção de «Família e Saúde» criada no NCFR (National Council on Family Relations) em 1985 definiu a importância que a dimensão familiar assumiu na saúde. A partir daqui, a investigação sobre este campo interdisciplinar tem sido amplamente desenvolvida.

Além da Medicina, também a Psicologia com a criação, pela APA, em 1992, da subdisciplina Psicologia da Saúde Familiar (Family Health Psychology) e a Terapia Familiar em 1992, com a especialização em Terapia Familiar Médica (Medical Family Therapy) são símbolos actuais da constante atenção que a família tem recebido no domínio da Saúde.

De seguida apresentaremos alguns dos modelos teóricos que influenciam a prática e investigação do papel da família na doença.

### **Influência da família na doença**

A doença em si constitui um stressor principal que gera vários tipos de stressores como sejam as alterações a nível das relações profissionais, familiares, lazer e finanças. Considerados globalmente, os diferentes stressores têm um papel interactivo e cumulativo. Lyons e colaboradores (1995) sugerem uma equação que inclui os seguintes aspectos:

<p>Doença/sintomas + mudanças funcionais + mudanças no estilo de vida a nível do trabalho, lazer e rotinas + alterações nas finanças + resposta psicológica à doença do indivíduo e outros significativos + reacções sociais à doença</p>	<p>Impacte no doente e outros significativos</p>
---	--

Por sua vez, Steinglass (1987) propõe quatro perspectivas que descrevem a influência dos factores familiares na doença: família como recurso, família psicossomática, influência da família no curso da doença e impacte da doença na família.

### Família como recurso

Esta perspectiva descreve a família como a principal fonte de suporte social para os seus membros exercendo a sua influência quer do ponto de vista preventivo quer em termos de adesão terapêutica após o diagnóstico da doença. Vários estudos têm mostrado a importância da família em termos de suporte social, bem como a importância desta no *coping* com a doença crónica. Na realidade, Steidl e colaboradores (1980), num estudo sobre adesão ao tratamento em doentes a receber hemodiálise, verificaram que os doentes com maior adesão terapêutica eram aqueles que tinham famílias cujos membros negociavam e resolviam problemas de uma forma eficiente, respeitavam as fronteiras entre os subsistemas e assumiam a responsabilidade pelos seus actos passados e presentes. Deste modo, a família funcionava como uma fonte de suporte, permitindo ao elemento doente lidar melhor com a doença. Num estudo com diabetes, levado a cabo por Anderson e Auslander (1980), os autores verificaram que as crianças com bom controlo metabólico eram aquelas que viviam em famílias com maior coesão familiar, maior envolvimento parental e menor conflito.

### Família psicossomática

Esta perspectiva descreve a família como contribuindo para o desenvolvimento da doença. A família é vista como tendo uma função de protecção que debilita os seus membros, exercendo uma influência negativa tornando-os vulneráveis à doença.

Os primeiros estudos que representam esta perspectiva são os de Minuchin (1978), que descreve a família psicossomática como sendo emaranhada, com as fronteiras pouco diferenciadas, padrões de interacção rígidos, superprotecção dos membros e em que não existe resolução de conflitos. Segundo o autor, este tipo de família predispõe os seus membros para a doença e considera a família um agente etiológico no desencadear da doença. Desde Minuchin, vários autores têm desenvolvido estudos que identificam características familiares e estilos considerados críticos em termos de vulnerabilidade à doença. Mallow e Olson (1984) descreveram as famílias com doentes com migalga facial como emaranhadas, rígidas e sem conflitos. Contudo, este modelo tem sido criticado devido à dificuldade de operacionalização dos conceitos propostos por Minuchin tornando a interpretação dos dados de investigação difícil (Kog e col., 1985).

### Influência familiar no curso da doença

Esta perspectiva está preocupada com a forma como a família influencia o curso da doença crónica. Dado que diferentes doenças, em diferentes fases, colocam exigências diferentes à família, a forma como a família se adapta à doença vai sendo diferente. Esta perspectiva é desenvolvida por autores como Rolland (1984) e Stein e Jessop (1982). Esta perspectiva tem em atenção as características da família e da doença e a forma como estas duas variáveis fazem interface com a fase da doença.

### Impacte da doença na família

Ao contrário da anterior, esta perspectiva não está interessada na influência dos factores familiares no curso da doença mas na relação inversa, ou seja, na influência da doença na família. Esta influência é vista a vários níveis: económico, social e emocional. Muitas vezes, a família centra-se na doença e no elemento doente descurando as necessidades dos outros elementos. Estudos que usam esta perspectiva têm-se centrado nas estratégias de *coping* e no *stress* sentido pela família associado à doença (Anderson e Auslander, 1980). Muitos dos programas de intervenção na doença crónica centram-se nesta perspectiva no sentido de ajudarem a família a adaptar-se à doença fornecendo informação e estratégias de *coping* centradas em doenças específicas. Mais uma vez, o modelo de Rolland junta a perspectiva anterior a esta e integra as características da doença com os desafios por ela colocados à família tendo em consideração a fase da doença que por sua vez coloca diferentes exigências à família. O reajustamento que a família tem que fazer em termos de estrutura familiar ao nível dos papéis e estratégias de *coping*, quando bem sucedido, tem como resultado um bom ajustamento familiar à doença.

A nível do impacte da doença na família, é importante referir em particular o impacte da doença nos cuidadores. Na realidade, o aumento dramático do tempo de vida e o envelhecimento da população têm também um impacte em termos familiares a nível do cuidar. Na realidade, muitos idosos são cuidados pela sua família apresentando condições físicas e mentais debilitantes. Estima-se que o cuidador típico seja uma mulher de 40 anos que trabalha a tempo inteiro e que providencia em média 18 horas de cuidados por semana (Corcoran e col., 2000). Neste sentido, não é de admirar que vários estudos tenham revelado que os cuidadores experienciam *stress* ou exaustão a dois níveis: por um lado, *stress* derivado do cuidar relacionado com as tarefas diárias (comportamentais, físicas e emocionais) e, por outro lado, a nível do impacte da doença na sua própria vida familiar, conjugal, lazer, finanças e tempo livre (Zarit e Zarit, 1998; Sousa, 2005).

Uma meta-análise revelou que os cuidadores experienciavam níveis baixos de saúde física/bem-estar, níveis elevados de *stress* e depressão (Pinquart e Sorensen, 2003) e problemas mentais, encontrando-se frequentemente isolados no seu sofrimento (Sandberg, 2006). A sensação de exaustão (*burden*) está associada aos problemas comportamentais, dificuldades cognitivas e físicas do familiar (Pinquart e Sorensen, 2003). Ainda segundo os mesmos autores, a investigação na área dos cuidadores tem mostrado que as mulheres são quem providenciam a maior parte do cuidar quer em termos pessoais quer instrumentais e são quem mais reporta problemas de saúde. Os homens habitualmente pedem mais ajuda a outras pessoas e não se referem ao cuidar como uma tarefa emocional (Miller e Kaufman, 1996) adoptando uma orientação mais centrada na tarefa (Corcoran, 1992). É também importante referir que muitos cuidadores reportam satisfação e alegria como resultado da relação estabelecida com o seu familiar (Kramer, 1997).

A intervenção quer seja sob a forma de grupos de suporte, treino de competências ou psicoterapia tem em comum o modelo desenvolvido por Zarit e colaboradores (1998) que assenta no pressuposto de as intervenções familiares providenciar informação, resolução de problemas e suporte. Em certas situações, torna-se necessária terapia familiar quando questões de poder/controlo têm que ser trabalhadas (Zarit e Zarit, 1998) e alterações mais estruturais são necessárias para a adaptação à doença como é o caso da mudança a nível das fronteiras ou alterações a nível do processo familiar (Pereira, 2004).

A literatura na área da família e saúde é vasta e multifacetada. Em 1985, Doherty e McCubbin propuseram um modelo denominado «o ciclo familiar da saúde e doença», que pretende organizar a diferente literatura e investigação na área. Hamel-Bissell e Winstead-Fry (1993), com base nesse modelo, estabeleceram oito fases com tarefas específicas acerca do impacto da doença no indivíduo e família. Esse impacto vai depender da fase da doença e do *coping* familiar. Para cada uma das fases do modelo são apresentadas as tarefas de *coping* que lhe estão associadas.

## **Modelo do ciclo familiar da saúde e doença**

### **Fase 1. Saúde familiar**

Tarefas de *coping*:

- participação em comportamentos promotores de saúde;
- participação em comportamentos de redução de riscos.

Nesta fase, a família incorporou comportamentos de saúde. Os membros da família estão saudáveis e a família tem recursos que mantêm o bem-estar dos seus membros. A vulnerabilidade da família ao *stress* é baixa.

## **Fase 2. Vulnerabilidade familiar e a experiência de sintomas**

Tarefas de *coping*:

- tomar consciência dos sintomas que indicam possibilidade de doença;
- aplicação de medicina popular.

Esta fase começa com a família a tomar consciência dos primeiros sintomas. A importância dada aos sintomas depende da capacidade de o membro doente conseguir fazer as suas actividades diárias, conhecimento médico que a família possui e a experiência com sintomas similares no passado. Habitualmente neste estágio, após os primeiros sintomas, a família utiliza remédios populares (Lubkin, 1990) e raramente recorre aos profissionais de saúde. A família oferece suporte e atenção ao elemento doente. Nesta fase, as famílias com poucos recursos aumentam a vulnerabilidade ao *stress* causada pela doença, que, por sua vez, pode predispor a família a mais *stress*. A família entra em crise quando as tarefas de *coping* não são bem-sucedidas como, por exemplo, não reconhecendo os sintomas e ignorando a situação.

## **Fase 3. O papel de doente e a avaliação familiar**

Tarefas de *coping*:

- aceitação do papel de doente pela família e pelo doente;
- avaliação familiar e reposta à situação;
- ajustamento ou adaptação da família ao papel de doente.

Neste estágio, a família valida o papel de doente e acomoda-se adaptando-se aos papéis e tarefas que o doente exige. A família começa assim a sentir a doença. As suas capacidades em lidar com o *stress* são fundamentais de forma a não se centrar na doença e tornar-se vítima desta.

A avaliação familiar refere-se ao facto de a família perceber a doença como uma ameaça, um ganho ou como algo insignificante (Olson e col., 1989). Neste processo as questões da identidade familiar tornam-se importante no sentido de integrar a doença e lhe dar um significado que permite uma oportunidade para uma aproximação entre os membros e o crescimento. A doença pode assim ser vista como uma experiência positiva e as mudanças que exige serem mais facilmente aceites. Às vezes, as famílias ignoram ou minimizam a doença até surgir uma melhor altura para lidar com ela. Se não for levada a extremos, a negação como estratégia de *coping* pode ter efeitos positivos (Danielson e col., 1993) dando tempo à família para se adaptar à doença. A negação levada ao extremo diminui o suporte prestado ao doente e não permite que a família execute as tarefas de *coping* específicas deste estágio e que lhe permitem movimento para o estágio seguinte.

#### Fase 4. Contacto com o profissional de saúde-diagnóstico

##### Tarefas de *coping*:

- estabelecimento duma relação com os profissionais de saúde;
- recolher informação acerca do diagnóstico;
- aceitação do diagnóstico.

Nesta fase, a família aceita o diagnóstico e o tratamento proposto. Podem surgir problemas de comunicação entre os doentes, famílias e equipas de saúde. É importante que os profissionais de saúde forneçam informação sobre o diagnóstico para que a família se possa melhor adaptar.

O diagnóstico é um momento difícil para a família e muitas vezes esta entra em crise quando percebe que não tem recursos. É importante no processo de *coping* que todos os elementos da família contribuam para lidar com as exigências da situação. A comunicação aberta aumenta a coesão familiar e o suporte ao doente.

#### Fase 5. Desenvolvimento da doença e ajustamento familiar

##### Tarefas de *coping*:

- aceitação do plano de tratamento;
- reorganização familiar e mudança de papéis;
- manutenção de uma relação positiva com a equipa de saúde

Esta fase requer que a família se adapte à doença, seja ela aguda ou crónica. O doente pode sentir-se sem controlo e a família responder assumindo todo o controlo da situação ou pode também ela sentir-se impotente (Figley, 1993). A família pode ter de ajustar-se a novos papéis. As questões da adesão terapêutica tornam-se também muito importantes. O doente que não tem suporte familiar pode não aderir ao tratamento. Quando as famílias não são consultadas e envolvidas no plano de tratamento, aumentam as possibilidades de não adesão. A família entra em crise quando não se consegue adaptar a novos papéis que a doença exige e os papéis anteriores não respondem às novas necessidades da família.

#### Fase 6. Recuperação e reabilitação

##### Tarefas de *coping*:

- abandono do papel de doente;
- adaptação ao sistema familiar anterior ou a um novo sistema;
- reentrar na fase 1 (saúde familiar).

Esta fase de recuperação pode acontecer depois da fase três e depois da fase cinco. Dos problemas de saúde, 80% são resolvidos sem que a família tenha de procurar um profissional de saúde como no caso de uma constipação ou

gripe (Hennen, 1987). Quando acontece depois da fase cinco, a família tem de restabelecer os padrões que existiam anteriormente. Surgem problemas quando a família se recusa a fazer esta mudança e prefere manter os novos padrões que adquiriu durante a doença (Leventhal e col., 1985) com no caso da mãe que não deixa o seu filho adolescente sair à noite depois de este recuperar totalmente de um acidente.

Em casos em que o doente manifesta incapacidade, a família pode não voltar ao seu padrão de funcionamento anterior. Neste sentido, a família tem de se organizar e desenvolver uma nova identidade. É natural que a família expresse perda e sofrimento, podendo, nesta altura, também precipitar uma crise familiar (Leventhal e col., 1985).

#### Fase 7. Ajustamento à doença crónica/adaptação

##### Tarefas de *coping*:

- alteração da identidade familiar;
- ajustamento à mudança das relações sociais e ao estigma;
- manter um bom relacionamento com a equipa de saúde;
- completar o processo de luto em relação às perdas resultando da incapacidade.

Nesta fase, a família lida com uma doença crónica. É necessário uma adaptação constante à medida que a doença evolui. Os estudos sobre os cuidadores que apresentamos de seguida demonstram o impacto da doença crónica na família a nível emocional e doença. Nesta fase, a família tem de lidar com o estigma da doença e pode sentir-se isolada. O papel do suporte social é fundamental no sentido de a família poder cuidar do elemento doente. As características da doença têm um papel importante pois as doenças que evoluem por surtos exigem maior adaptabilidade por parte do doente (Rolland, 1995).

#### Fase 8. Morte e reorganização familiar

##### Tarefas de *coping*:

- luto familiar;
- reorganização de papéis familiares;
- realinhamento dos papéis extrafamiliares.

Nesta fase a família passa pelas fases do luto familiar estabelecidas por Kubler-Ross (1969). Cada membro familiar passa por este processo de luto segundo o seu ritmo. A nível do luto familiar, as tarefas familiares incluem (Rosen 1990):

- partilha de experiências de perda;
- estabelecimento da realidade da morte;

- restabelecimento dos papéis intrafamiliares incluindo os deixados vazios pelo falecido;
- direcionamento das relações familiares e objectivos o que implica o restabelecimento de papéis extrafamiliares com a comunidade e suas organizações.

A morte do cônjuge ou de um filho são dos acontecimentos de vida mais stressantes (Stroebe e Stroebe, 1987) e a família pode precisar de ajuda terapêutica, já que potencialmente podem produzir depressão, isolamento, doença, mudança no estatuto social (Kosten e col., 1985). Quando as tarefas desta fase estão completas, a família volta a entrar na fase 1.

Embora as fases do ciclo de saúde e doença tenham sido descritas de uma forma sequencial, não significa que aconteçam sempre dessa forma pois a família, dependendo da situação, pode avançar certos estádios com no caso de uma constipação em que pode passar da fase 1 para a 3 e depois para a 6 sem ter sido necessário contacto médico.

Em suma, a família pode potenciar ou dificultar a capacidade dos seus elementos em lidar com as exigências da doença.

De acordo com o modelo do ciclo familiar de saúde e doença, a fase 5 é uma das fases mais exigentes pois a família tem de se adaptar à doença crónica. O modelo de Jacobs (1992) tem por foco a adaptação à doença crónica e é, em nosso entender, muito relevante de um ponto de vista teórico e orientador a nível da intervenção.

### **Família e doença crónica**

Tendo por base as noções de *coping*, exaustão familiar (*burden*) e as características da doença, Jacobs (1992) propôs um modelo para avaliar as famílias e formular intervenções familiares que ajudem a família a ter controlo sobre o impacto da doença na sua vida. O modelo baseia-se em três princípios fundamentais:

*Invasão.* A desordem crónica invade as rotinas, prioridades e tradições que organizam a família e lhe dão um sentido de coerência e continuidade. Quanto maior for a invasão da doença na estrutura familiar maior é o risco de a identidade da família ser afectada e dê surgirem no seu seio problemas.

*Encaix.* A a experiência da família com doença crónica requer uma combinação entre tipo, características da doença e respectivos factores de risco com os valores, convicções e vulnerabilidades que caracterizam a

família. Uma família pode lidar bem com uma doença estigmatizante e outra não. Daí a necessidade de fazer uma avaliação precisa a todos estes factores.

*Reformulação do significado da doença.* Todas as famílias têm um conjunto de crenças, valores e princípios que se exprimem nas histórias, rituais e decisões. É sobretudo em momentos de crise que é importante que a família utilize o seu sistema de crenças de forma a compreender e incorporar as exigências da doença no seu sistema de valores.

Quando uma família não consegue reconciliar a adversidade da doença com a identidade em termos de valores que a caracterizam entra em crise. Os factores que segundo Jacobs dever ser avaliados em qualquer família são:

### **Grau de predictibilidade da doença**

Este aspecto tem a ver com o grau com que a família consegue antecipar os episódios agudos ou as crises relacionadas com a doença. A perda da predictibilidade acarreta um sentido de vulnerabilidade na família, impedindo-a de poder planear actividades quer a curto quer a longo prazo. Doenças que implicam um grau elevado de imprevisibilidade são por exemplo o lúpus, perturbação bipolar e síndrome de fadiga crónica, entre outras.

### **Grau de incapacidade**

Quanto maior for a incapacidade do doente, mais a família tem a seu cargo a redistribuição de papéis. Em particular, os cuidadores reportam grandes níveis de exaustão (Gallagher e col., 1989) embora as mulheres habitualmente se mostrem relutantes em admitir sentimentos negativos no cuidar de um ente querido. Doenças que incluem graus de incapacidade são por exemplo a artrite reumatóide, esclerose múltipla, acidente vascular cerebral, entre outras.

### **Estigma**

As perturbações que implicam um estigma social afectam sobretudo as fronteiras da família. A família evita muitas vezes partilhar informação acerca da condição do doente com os amigos, vizinhos e todos os significativos. Neste sentido, as fronteiras externas da família fecham-se, o que pode levar muitas vezes a ligações e distorções dado o isolamento em que se encontram. Doenças como o VIH, alcoolismo e perturbações psiquiátricas são doenças que ainda comportam estigma social.

### **Grau de monitorização**

Quanto maior for o grau de supervisão que a família tem de despende em termos de monitorizar níveis de açúcar, actividade física e medicação, maior é o efeito que isso tem no funcionamento autónomo da família. Esta

situação afecta a diferenciação da família podendo criar sérias dificuldades sobretudo quando não existe adesão terapêutica por parte do doente. Doenças que exigem um alto grau de monitorização incluem diabetes, Alzheimer e doença renal, por exemplo.

#### Certeza do prognóstico

A ambiguidade em relação ao prognóstico tem um impacto enorme, sobretudo nas actividades de planeamento causando um grande *stress* familiar. Por sua vez, os membros da família vivem no medo de poderem livremente exprimir as suas emoções receando que isso possa levar a um relapso ou crise no paciente. Doenças com prognóstico incerto são por exemplo cancro, doença cardíaca ou doença renal.

Segundo Jacobs, os atributos que influenciam a capacidade da família em se adaptar à doença e que serve de base para avaliação e intervenção na doença crónica são os seguintes:

#### Identidade familiar

A identidade familiar é composta por todo um conjunto de crenças, valores e princípios que dão sentido e significado às experiências de vida da família. Os rituais e tradições em particular reflectem essa identidade. Esta visão subjunctiva de como a família se vê a si própria é um recurso muito importante quando tem de lidar com uma crise em termos de *coping*. Em relação à doença crónica, Venters (1981) refere que as famílias que lidam com a doença de um filho atribuindo-lhe um significado que tem por base o sistema de crenças da família, lidam muito melhor com a doença.

#### Fronteiras

A questão das fronteiras é muito importante porque devido à doença os elementos familiares podem sentir que já não têm tempo para si mesmos ou para actividades de recreação dado que o elemento doente pode precisar de toda a atenção ou então os outros elementos da família podem necessitar de suporte emocional. Muitas vezes, as fronteiras da família tornam-se mais rígidas nos casos em que a doença envolve estigma. Outras vezes as fronteiras internas da família tornam-se muito mais abertas e os pais podem atribuir aos filhos o papel de confidentes, especialmente nos casos em que o cónyuge é o elemento doente.

Por sua vez, se a família tiver bastante suporte social, pode facilmente dividir as suas responsabilidades e diminuir a pressão associada ao seu papel de cuidador. Rabins e colaboradores (1990) verificaram que no caso de famílias com cancro e doença de Alzheimer, o número de contactos sociais dos cuidadores estava associado ao humor positivo entre os membros da família. Sobretudo no caso de doença crónica é importante que os elementos da família possam ter a oportunidade de «sair» da família periodicamente e prosseguir os seus interesses.

#### Distribuição de papéis

Devido à doença crónica, a família tem muitas vezes necessidade de redistribuir os papéis. Algumas famílias podem ter mais dificuldade em se adaptar aos seus novos papéis. Muitas vezes as próprias crianças podem ser precisas para assistir o elemento doente, o que pode colocá-las numa posição de parentificação. Esta situação torna-se ainda mais complicada quando a doença surge por surtos, o que obriga a família a ser bastante flexível para se poder adaptar às mudanças e transitar entre as fases «saudável» e «doente» em termos do arranjo de papéis. Segundo Gonzalez e colaboradores (1989), a discussão aberta da distribuição de papéis, bem como a sua negociação de novos papéis, está associada ao alívio do *stress* familiar.

#### Resolução de problemas

Quanto mais facilmente a família conseguir identificar a necessidade de implementação de resolução de problemas e identificar as áreas problemáticas definindo estratégias e posteriormente avaliá-las, mais facilmente consegue ultrapassar as situações adversas que a doença crónica implica. Famílias que têm um comportamento de *coping* caracterizado por *feedback* entre os membros, reflexão e ajustamento de objectivos têm melhores relações pais-filhos e melhor funcionamento familiar (Lewis e col., 1989).

#### Comunicação

Devido à ansiedade que a doença crónica acarreta, é extremamente importante que os elementos da família comuniquem entre si. Habitualmente, em famílias com doença crónica existe uma restrição gradual do afecto no sentido de proteger o elemento doente, sobretudo emoções negativas pois receiam que isso possa prejudicar a condição médica do doente (Koocher e O'Malley, 1981).

Brown e colaboradores (1972) demonstraram que uma boa comunicação marital tem um efeito amortizador na depressão com doentes que sofreram um enfarte de miocárdio (Watz e col., 1988), cancro e diabetes (Lewis e col., 1989).

#### Significado da doença

O significado que a família dá à doença tem a ver com o encaixe entre as características da doença e a família em particular. A forma como a família lida com a doença tem a ver com os mecanismos de *coping* e a sua capacidade de resolução de problemas. Em termos de intervenção, Jacobs sugere três passos: determinar a forma como a família experienciou a doença, avaliar o nível de adaptação à doença o que implica que a família analise o quanto a doença desafia a sua identidade em termos das mudanças que gerou e, finalmente, a família ser ajudada a mobilizar os seus recursos no sentido de criar um novo significado da doença aceitando as mudanças que a doença implicou.

O modelo do ciclo familiar de saúde e doença e o modelo de Jacobs permitem avaliar e definir intervenções que se ajustam à família no sentido de uma melhor adaptação e *coping* familiar à doença.

## Família, saúde e doença: investigação e implicações para a prática

A investigação na área da família e doença pode ser organizada tendo por base o ciclo da saúde e doença familiar que anteriormente referimos em relação ao impacto da doença na família e no *coping* familiar. Doherty e Campbell (1988) agrupam a investigação em oito áreas:

*Promoção da saúde familiar e redução de riscos para a saúde.* Esta área debruça-se sobre os factores de risco e estilos de vida. A investigação mostra que, por exemplo, fumadores tendem a casar com fumadores (Sutton, 1980). Adolescentes têm mais probabilidade de fumar se o progenitor do mesmo sexo também fumar (U. S. Department of Health, Education and Welfare, 1976). A nível do comportamento alimentar, vários estudos debruçaram-se sobre a dinâmica familiar e obesidade sugerindo que a obesidade tem uma função homeostática importante na família. Intervenção em mulheres obesas em que os cônjuges também participaram produziram maior perda de peso e manutenção dessa perda nas esposas (Pearce e col., 1981).

Também a nível da promoção da saúde na área da gravidez em que as grávidas e respectivos companheiros participaram num programa multimodal verificamos que apresentavam menor morbidade psicológica, maior satisfação marital (tanto os homens como as mulheres) e melhor ajustamento. As grávidas também apresentam mais propensão para a amamentação quando comparadas com a preparação para o parto tradicional em que os companheiros não estão integrados (Gomes, 2006).

A nível da promoção da saúde, na implementação de comportamentos saudáveis é importante que os profissionais de saúde façam uma boa avaliação familiar no sentido de determinar os factores que estão a manter o comportamento não saudável. Doherty e Campbell (1985) sugerem que sejam avaliados o *stress* familiar, crenças familiares e a função do comportamento, isto é, quem será mais afectado pela mudança e a resposta familiar às recomendações sugeridas em termos de acordo ou desacordo.

*Vulnerabilidade familiar, doença e recatida.* Muitos dos acontecimentos stressantes que requerem reajustamentos de vida são familiares como é o caso do divórcio, morte do cônjuge ou doença de um familiar. A investigação tem mostrado que o *stress* familiar está envolvido nas mudanças fisiológicas associadas à doença. Por exemplo, a satisfação marital está associada à resposta imunológica (Kielcolt-Glaser, 1987). Gottman e Katz (1989) mostraram que o nível de *stress* das crianças (nível de cortisol) está associado ao *distress* marital dos pais.

A família torna-nos vulneráveis à doença quando está sob *stress* familiar e protege-nos da doença quando temos de lidar com situações pessoais difíceis.

A nível da vulnerabilidade à doença, o luto é provavelmente uma das experiências mais difíceis para a família e tem sido extensivamente estudado (Susser, 1981). Os enlutados têm mais risco de doença e maior mortalidade. É importante que os profissionais de saúde façam uma boa avaliação familiar em termos de *coping* e recomendem grupos de suporte sempre que eles existam na comunidade.

*Avaliação familiar da doença.* Esta área tem a ver com as representações de saúde e doença que as famílias desenvolvem baseadas na sua experiência bem como na relação que têm com os profissionais de saúde e o conhecimento que possuem acerca da doença. São estas representações que estão na base dos comportamentos de saúde, na adesão terapêutica e nas alterações do estilo de vida. A maioria dos estudos nesta área tem sido realizados com doenças específicas como é o caso do cancro, asma e uso de vacinas. Em termos familiares, dois modelos têm estado na base da maior parte da investigação sobre o impacto das cognições ou outras características familiares e o uso dos serviços de saúde de modelo das crenças de saúde e o modelo do *locus* de controlo (Gochman, 1992). Em relação ao primeiro, alguns estudos mostraram uma relação entre comparação às consultas para os filhos e crença na eficácia do tratamento da otite média (Casey e col., 1985), controlo sobre a saúde dos filhos e imunização destes (Tinsley e Holtgrave, 1989).

Por sua vez, estudos que abordam a relação entre características familiares e as cognições nas crianças são virtualmente inexistentes (Baranowski e Nader, 1985). Um dos poucos estudos refere que crenças elevadas no poder do acaso e outros poderosos em mães não previa o comportamento destas levarem os seus bebés a serem vacinados, como se poderia pensar (Tinsley e Holtgrave, 1989). Na realidade, existem muito poucos estudos acerca das crenças de saúde na família e sobre os mecanismos pelos quais elas são transmitidas aos elementos da família. Em relação a esse último aspecto, existem basicamente três modelos que se distinguem entre si: o Modelo de Socialização Familiar (*Family Socialization*), que preconiza que as crenças de saúde são aprendidas durante a infância com os pais e que são de certa forma estáveis durante o período adulto em oposição ao Modelo Aberto ao Longo da Vida (*Lifelong Openness*), que postula que existem vários agentes de socialização que influenciam as crenças de saúde e que estas mudam ao longo do ciclo de vida (Lau e col., 1990). Os resultados da investigação sobre qualquer um destes modelos não foi convincente o que levou os autores a propor um outro modelo que denominaram de Janelas de Vulnerabilidade, que integra a nosso ver os dois anteriores, uma vez que preconiza que a influência dos pais continua até que os filhos experienciam outros agentes de socialização importantes em períodos de desenvolvimento críticos.

Em suma, a investigação sobre representações de saúde nas famílias é escassa (Lau e col., 1990, Bush e Iannotti, 1990) ou acerca dos mecanismos pelos quais elas são transmitidas aos seus membros (Sallis e Nader, 1988).



A investigação futura nesta área devia centrar-se nos seguintes aspectos: a forma como as crianças desenvolvem as suas cognições de saúde em família e como as características familiares em termos de estrutura, padrões de comunicação e processo familiar influenciam estas cognições. Por outro lado, a utilização dos serviços de saúde por parte da família poderia servir também de medida de avaliação destas representações quando conjugada com as características familiares acima referidas (Schor e col., 1987).

*Resposta familiar à doença.* Esta área de investigação tem a ver com a reacção da família após o diagnóstico e início da doença como no caso de cancro, acidente vascular cerebral ou qualquer doença séria. Nesta fase em que a família é confrontada com a doença na sua fase aguda, necessita muitas vezes de intervenção psicológica. Vários estudos têm sido realizados nesta área em que a família lida com os profissionais de saúde e deles espera respostas (Krant e Johnston, 1978). A investigação nesta área é importante no sentido de avaliar as necessidades da família e as dificuldades que a família sente em manter a sua identidade.

*Adaptação familiar à doença e recuperação.* Esta é a fase do ajustamento à doença crónica que requer alterações a nível da interacção familiar, papéis e estratégias de coping. Os aspectos relacionados com as questões de controlo, inclusão e intimidade são importantes (Doherty e Colangelo, 1984). A inclusão refere-se ao sentido de pertença, papéis e fronteiras que a doença pode alterar. O controlo tem a ver com as questões de poder, conflito e influência e finalmente a intimidade refere-se a proximidade/distância entre os membros da família nas relações que estabelecem. Na realidade a nível da inclusão, os cônjuges de doentes crónicos podem não conseguir lidar com as mudanças na relação marital (Cassileth e col., 1985). Negociar responsabilidade para lidar com a doença tem a ver com o controlo e a doença em si pode ser um regulador do conflito familiar. As questões de adesão tornam-se relevantes e são sinais de conflito em termos de controlo acerca da doença (Minuchin, 1975). A intimidade tem directamente a ver com a capacidade da família em partilhar os seus sentimentos sobre a doença e as emoções associadas ao medo em relação ao futuro sem segredos (Northouse, 1984). A investigação nesta área tem-se debruçado sobre a adesão terapêutica em doenças crónicas, impacte da doença nos cuidadores e as características do funcionamento familiar importantes no coping com a doença.

Em Portugal, a investigação nestas diferentes áreas está ainda na sua infância. Não faz parte dos objectivos deste capítulo apresentar investigação portuguesa realizada em cada uma das áreas do modelo do ciclo familiar de saúde e doença. Gostaríamos apenas de enfatizar a necessidade de a intervenção na área da família, saúde e doença se basear em investigação sólida guiada por modelos teóricos que estabelecem relações entre família e saúde/doença que

incluem simultaneamente resultados a nível da saúde física e emocional dos pacientes e família, funcionamento familiar, qualidade ou satisfação marital e custos em termos do sistema de saúde (Campbell, 1986), seja qual for a área do modelo escolhida.

Toda a doença implica desafios e mudanças na família. A doença influencia a família e a família influencia os comportamentos de saúde e doença. Independentemente do modelo teórico orientador que possamos escolher, toda a intervenção tem de ter em consideração as necessidades do doente a nível do tratamento mas também a saúde psicológica da família e a própria prestação de cuidados de saúde primários ou hospitalares.

Finalmente, para que a investigação na área da família, saúde e doença possa surgir, é necessário que mais clínicos, terapeutas, psicólogos, profissionais de saúde, sociólogos, assistentes sociais e professores se envolvam nesta área de interface. O I Congresso Nacional de Família, Saúde e Doença, que teve lugar em Novembro de 2005 em Braga, organizado pelo departamento de Psicologia da Universidade do Minho, pelo Grupo de Estudos da Família (médicos de família) e pela Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar foi disso um exemplo. Esperemos que iniciativas similares se sigam.

#### Referências bibliográficas

- ANDERSON, B. J.; AUSLANDER, W. F. (1980), «Research on diabetes management and the family: A critique», *Diabetes Care*, 3(6), pp. 696-702.
- BARANOWSKI, T.; NADER, P. R. (1985), «Family Health Behaviour», in D. C. TUCK e R. D. KERN (eds.), *Health, illness, and families: A life-span perspective*. Nova Iorque, John Wiley.
- BUSH, P. J.; IANNOTTI, R. J. (1990), «A children's health belief model», *Medical Care*, 28, pp. 69-86.
- CAMPBELL, T. L. (2006), «Improving health through family interventions», in R. CRANE e E. MARSHALL (eds.), *Handbook of Families and Health: Interdisciplinary perspectives*, Sage Publications, pp. 379-395.
- CAMPBELL, T. L. (1986), «Family's impact on health: A critical review», *Family Systems Medicine*, 4, pp. 135-328.
- CASEY, R.; ROSEN, B.; GLOWASKY, A.; LUDWIG, S. (1985), «An intervention to improve follow-up of patients with otitis media», *Clinical Pediatrics*, 24, pp. 149-152.
- CASSILETH, B. R.; LUSK, E. J.; STROUSE, T. B.; MILLER, D. S.; BROWN, L. L.; CROSS, P. A. (1985), «A psychological analysis of cancer patients and their next of kin», *Cancer*, 55, pp. 72-76.
- CAUDILL, M.; SCHNABLE, R.; ZUTTERMEISTER, P.; BENSON, H.; FRIEDMAN, R. (1991), «Decreased clinical use by chronic pain patients: Response to behavioral medicine intervention», *Clinical Journal of Pain*, 7, pp. 305-310.
- CORCORAN, M. A.; FAIRCHILD-KIENLEN, S.; PHILLIPS, J. H. (2000), «Family Treatment with caregivers of the elderly», in J. CORCORAN (ed.), *Evidence-based social work practice with families*, Nova Iorque, Springer, pp. 505-556.

- CORCORAN, M. A. (1992), «Gender differences in dementia management plans of spousal caregivers: Implications for occupational therapy», *American Journal of Occupational Therapy*, 46 (11), pp. 1006-1012.
- DANIELSON C. B.; HAMEL-BISSELL, B.; WINSTEAD-FRY, P. (1993), «Illness and Health. Maintenance as Potential Family Stressors», in C. B. DANIELSON, B. HAMEL-BISSELL e P. WINSTEAD-FRY, *Families, Health and Illness: Perspectives on Coping and Intervention*, Mosby, pp. 65-95.
- DOHERTY, W.; MCCUBBIN, H. I. (1985), «Families and Health Care: An emerging arena of theory, research, and clinical intervention», in W. DOHERTY e H. I. MCCUBBIN (eds.), *Family Relations*, Minneapolis, National Council of Family Relations, pp. 5-10.
- DOHERTY, W. (1985), «Family interventions in health care», *Family Relations*, 34, pp. 129-137.
- DOHERTY, W. J.; CAMPBELL, T. L. (1988), *Families and Health*, Sage Publications.
- DOHERTY, W. J.; COLANGELO, N. (1984), «The family FIRO model: A modest proposal for organizing family treatment», *Journal of Marital and Family Therapy*, 10, pp. 19-29.
- FIGLEY, C. (1983), «Catastrophes: An overview of family reactions», in C. FIGLEY e H. I. MCCUBBIN (eds.), *Stress and the family: Coping with catastrophe* (vol. 2), Nova Iorque, Brunner/Mazel, pp. 3-20.
- GALLAGHER, D.; ROSE, J.; RIVERA, P.; LOVET, S.; THOMPSON, L. (1989), «Prevalence of depression in family caregivers», *The Gerontologist*, 29, pp. 449-456.
- GOCHMAN, D. S. (1992), «Health Cognition in Families», in I. J. AKAMATSU, M. STEPHENS, S. HOBFOLL e J. CROWTHER (eds.), *Family Health Psychology*, Hemisphere Publishing Corporation, pp. 111-127.
- GOMES, B. (2006), «Avaliação da Eficácia de Um Programa Multimodal de Preparação para o Parto», tese de Mestrado em Psicologia da Saúde, Universidade do Minho.
- GONZALEZ, S.; STEINGLASS, P.; REISS, D. (1989), «Putting the illness in its place», *Family Process*, 28, pp. 69-87.
- GOTTMAN, J. M.; KATZ, L. F. (1989), «Effects of marital discord on young children's peer interaction and health», *Developmental Psychology*, 57, pp. 47-52.
- HAMEL-BISSELL, B.; WINSTEAD-FRY, P. (1993), *Families, health & illness: Perspectives on coping and intervention*, St. Louis, Mosby.
- HENNEN, B. K.; SEITZ, M.; SEITZ, B. (1987), «The chronically disabled child and the family», in D. B. SHIRES, B. K. HENNEN e D. I. RICE (eds.), *Family medicine: A guidebook for practitioners of the art*, Nova Iorque, McGraw-Hill, pp. 42-50.
- JACOBS, J. (1992), «Understanding family factors that shape the impact of chronic illness», in I. J. AKAMATSU, M. STEPHENS, S. HOBFOLL e J. CROWTHER (eds.), *Family Health Psychology*, Hemisphere Publishing Corporation, pp. 111-127.
- KIELCOLT-GLASER, J. K.; FISHER, L. D.; OGRÖCKI, P.; STOUT, J. C. (1987), «Marital quality, marital disruption, and immune function», *Psychosomatic Medicine*, 49, pp. 13-34.
- KOG, E.; VANDEREYCKEN, W.; VERTOMMEN, H. (1985), «The Psychosomatic family model. A critical analysis of family interaction concepts», *Journal of Family Therapy*, 7, pp. 31-44.
- KOOCHER, G.; O'MALLEY, J. (1981), *The Damocles Syndrome: Psychosocial consequences of surviving childhood cancer*, Nova Iorque, McGraw-Hill.
- KOSTEN, T. R.; JACOB, S. C.; KASL, S. V. (1985), «Terminal illness, bereavement, and the family», in D. C. TURK e R. D. KERNS (eds.), *Health, illness, and families*, Nova Iorque, John Wiley and Sons, pp. 311-337.
- KRAMER, B. J. (1997), «Gain in the caregiving experience: where are we? What next?», *The Gerontologist*, 17 (2), pp. 218-232.
- KRANT, M. J.; JOHNSTON, L. (1978), «Family member's perceptions of communications in late stage cancer», *International Journal of Psychiatry and Medicine*, 8, pp. 203-216.
- KUBLER-ROSS, E. (1969), *On death and dying*, Nova Iorque, McMillan.
- LAU, R. R.; QUADREL, M. J.; HARTMAN, K. A. (1990), «Development and change of young adults' preventive health beliefs and behaviour: Influence from parents and peers», *Journal of Health and Social Behaviour*, 31, pp. 240-259.
- LAVE, J. R. (1985), «Cost containment policies in long term care», *Inquiry*, 22, pp. 7-23.
- LAW, D. D.; CRANE, D. R. (2000), «The influence of marital and family therapy intervention on utilization of professional health care services in a health maintenance organization», *Journal of Marital and Family Therapy*, 26, pp. 281-291.
- LEVENTHAL, H.; LEVENTHAL, E. A.; VAN NGUYEN, T. (1985), «Reactions of families to illness: Theoretical models and perspectives», in D. C. TURK e R. D. KERNS (eds.), *Health, illness, and families*, Nova Iorque, John Wiley & Sons, pp. 108-145.
- LEWIS, F.; WOODS, N.; HOUGH, E.; BENSLEY, L. (1989), «The family's functioning with chronic illness in the mother: The spouses's perspective», *Social Science and Medicine*, 11, pp. 1261-1269.
- LUBKIN, I. (1990), «The family caregivers», in I. M. LUBKIN (ed.), *Chronic Illness Impact and Interventions*, Boston, Jones and Bartlett, pp. 200-217.
- LYONS, R.; SULLIVAN, M.; RITVO, P.; COYNE, J. (1995), «The Stressors of Illness and Disability», in *Relationships in Chronic Illness and Disability*, Sage Publications.
- MALLOW, R. M.; OLSON, R. E. (1984), «Family characteristics of myofascial pain dysfunction», *Family Systems Medicine*, 2 (4), pp. 428-431.
- MILLER, L. V.; GOLDSTEIN, J. (1972), «More efficient care of diabetes in country hospital setting», *New England Journal of Medicine*, 286, pp. 1388-1391.
- MINUCHIN, S.; ROSMAN, B. L.; BAKER, L. (1978), *Psychosomatic Families: Anorexia nervosa in context*, Cambridge, MA, Harvard University Press.
- MINUCHIN, S.; ROSSMAN, B. L.; BAKER, L. (1978), *Psychosomatic families*, Cambridge, MA, Harvard University Press.
- MUNFORD, D., e col; (1982), «The effects of psychological intervention on recovery from surgery and heart attacks: An analysis of the literature», *American Journal of Public Health*, 72 (2), pp. 141-151.
- NORTHOUSE, L. (1984), «The impact of cancer on the family: An overview», *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 14, pp. 215-242.
- OLSON, D.; MCCUBBIN, H. I.; BARNES, H.; LARSEN, A.; MUXEN, M.; WILSON, M. (1989), *Families what makes the work* (2.ª ed.), Newbury Park, CA, Sage.
- PEARCE, J. W.; LEBOW, M. D.; ORCHARD, J. (1981), «Role of spouse involvement in the behavioural treatment of overweight women», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, pp. 236-244.
- PEREIRA, M. G. (2003), «Evolution of the biopsychosocial model in the practice of family therapy», *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, (2) 3, pp. 238-299.
- PEREIRA, M. G.; ROTAN, L. (1997), «A intervenção terapêutica no domínio da saúde: reflexões sobre a eficiência de custos», *Actas do II Congresso de Psicologia da Saúde*, pp. 283-290, ISPA, Lisboa.
- PEREIRA, M. G. (2004), «Família, Saúde e Doença», Conferência de Encerramento do 2.º Encontro da Família em Cuidados de Saúde Primários, Escola de Ciências da Saúde, Universidade do Minho.

- PINQUART, M.; SORENSEN, S. (2003b), «Differences between caregivers and non-caregivers in psychological health and physical health: A meta analysis», *Psychology and Aging*, 18 (2), pp. 250-267.
- PINQUART, M.; SORENSEN, S. (2003a), «Associations of stressors and uplifts of caregiving with caregiver burden and depressive mood: A meta-analysis», *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 58 B (2), pp. 112-128.
- RABINS, P.; FITTING, M. EASTHAM, J.; FETTING, J. (1990), «The emotional impact of caring for the chronically ill», *Psychosomatics*, 31, pp. 331-335.
- RAMSON, C. (1985), «The evolution from an individual to a family approach», in S. HENAO e N. GROSE (eds.), *Principles of Family Systems in Family Medicine*, Nova Iorque, Brunel/Mazel, pp. 5-23.
- RANSON, D. C.; VANDERVOOT, H. E. (1973), «The development of family medicine: Problematic trends», *Journal of the American Medical Association*, 225, pp. 1098-1102.
- ROLLAND, J. S. (1994), *Families, Illness, & Disability: An integrative treatment model*, Basic Books.
- ROLLAND, J. S. (1984), «Toward a psychosocial typology of chronic and life-threatening illness», *Family Systems Medicine*, 2 (3), pp. 245-262.
- ROSEN, E. J. (1990), *Families facing death: Family Dynamics of terminal illness*, Lexington, MA, Lexington Books.
- SALLIS, J. F.; NADER, P.R. (1988), «Family determinants of health behaviour», in D. S. GOCHMAN (ed.), *Health Behavior: Emerging research perspectives*, Nova Iorque, Plenum Press, pp. 107-124.
- SANDBERG, J. (2006), «Interventions with Family Caregivers», in R. CRANE e E. MARSHALL (eds.), *Handbook of Families and Health: Interdisciplinary perspectives*, Sage Publications, pp. 407-422.
- SCHOR, E.; STARFIELD, B.; STIDLEY, C.; HANKIN, J. (1987), «Family Health: Utilization and effects of family membership», *Medical Care*, 25, pp. 616-626.
- SOUSA, C. (2005), Tese de mestrado em Psicologia da Saúde, Universidade do Minho, Braga.
- STEIDL, J. H.; FINKELSTEIN, F. O.; WEXLER, J. P.; FEIGENBAUM, H.; KITSEN, J.; KLIGER, A. S.; QUINLAN, D. M. (1980), «Medical condition, adherence to treatment regimes, and family functioning» *Archives of General Psychiatry*, 37, pp. 1027-27.
- STEIN, R. E.; JESSOP, D. J. (1982), «A noncategorical approach to chronic childhood illness», *Public Health Report*, 97 (4), pp. 354-362.
- STEINGLASS, P. (1987), «Family systems and Chronic Illness: A typological model», in F. WALSH e C. ANDERSON (eds.), *Chronic disorders and the family*, The Haworth Press, pp. 143-168.
- STRAIN, J., e col. (1991), «Costs offsets from a psychiatric consultation-liaison intervention with elderly hip fracture patients», *American Journal of Psychiatry*, 148 (8), pp. 1044-1049.
- STROEBE, W.; STROEBE, M. S. (1987), *Bereavement and health: The psychological and physical consequences of partner loss*, Nova Iorque, Cambridge.
- SUSSER, M. (1981), «Widowhood: A situational life stressor or a stressful life event», *American Journal of Public Health*, 71, pp. 793-795.
- SUTTON, G. (1980), «Assortive marriages for smoking habits», *Annals of Human Biology*, 7, pp. 449-456.
- TINSLEY, B. J.; HOLTGRAVE, D. R. (1989), «Maternal health locus of control beliefs, utilization of childhood preventive health services, and infant health», *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 10, pp. 236-241.
- U. S. Department of Health, Education and Welfare (1976), *Teenage smoking, national patterns of cigarette smoking, ages 12-18, in 1972 and 1974*, DHEW Publication n.º (NIH) 76-931, Bethesda, MD, NIH.
- VENTERS, M. (1981), «Familial coping with chronic and severe childhood illness: The case of cystic fibrosis», *Social Science and Medicine*, 15A, pp. 289-297.
- WALTZ, M.; BADURA, B.; PFAFF, H.; SCHOTT, T. (1988), «Marriage and the Psychological consequences of a heart attack: A longitudinal study of adaptation to chronic illness after three years», *Social Science and Medicine*, 27, pp. 149-158.
- WILSON, S. R. (1993), «A controlled trial of two forms of self-management education for adults with asthma», *American Journal of Medicine*, 94 (6), pp. 564-576.
- ZARIT, S. H.; JOHANSSON, L.; JARROT, S. E. (1998), «Family Caregivers: Stresses, social programs, and clinical interventions», in I. H. NADHUP, G. R. VANDEN-BOSS, S. BERA e P. FROMHOLT (eds.), *Clinical Gerontopsychology*, Washington DC, American Psychological Association, pp. 345-360.
- ZARIT, S. H.; ZARIT, J. M. (1998), «Mental disorders in older adults: Fundamentals of assessment and treatment», Nova Iorque, Guilford.