

Família, Saúde e Doença. O que diz a investigação

CRISTINA RIBEIRO*

RESUMO

Neste artigo abordam-se algumas importantes linhas de pesquisa sobre família e saúde, especialmente o impacto da família no binómio saúde/doença. Vários estudos de investigação comprovam que a família exerce influência no estado de saúde dos seus membros e que os cuidados de saúde mais eficazes e eficientes serão aqueles em que existe cooperação entre o médico, o paciente e a família. Alguns autores desenvolveram um modelo que permite organizar de uma forma lógica a investigação sobre famílias e o impacto na saúde e doença no contexto da Medicina Geral e Familiar. Este modelo permite apreender a importância do papel das famílias e das interações entre o sistema familiar e o sistema de saúde através de categorias que espelham diversas fases do contexto de saúde e doença desde a influência da família nos factores de risco e na prevenção da doença, a vulnerabilidade familiar e o aparecimento da doença tendo em conta a influência do stress familiar e as respostas familiares à fase aguda da doença. De destacar também a importância do impacto da funcionalidade familiar no decurso da doença crónica e a forma como condiciona adaptação à doença e reabilitação. O papel do profissional de saúde deverá ser o de integrar o doente no seu contexto familiar e social, estando atento à importância da dimensão familiar e à sua influência na doença, constituindo-se também como um recurso para o sistema nas alturas de maior stress individual ou familiar e intervindo de forma a permitir a resolução mais adequada dos problemas de saúde física e psicológica com que se deparam os doentes e suas famílias.

INTRODUÇÃO

Na Medicina Geral e Familiar o foco de observação é a pessoa observada em contexto familiar, ou seja, uma abordagem individual centrada na família. Os doentes apresentam queixas que são muitas vezes o resultado de uma complexa mistura de elementos físicos, psicológicos e sociais. Todas as doenças têm uma causalidade multifactorial de forma que o papel do médico é não só compreender os aspectos físicos da doença mas também o doente em si mesmo e o significado que ele atribui ao adoecer num contexto sistémico.

Para se fazer uma abordagem familiar durante a actividade assistencial há que ter em conta as seguintes premissas:

1. Uma premissa básica corresponde ao modelo biopsicossocial em que os vários subsistemas (biológico, individual, familiar, comunitário, etc.) interagem uns com os outros, de forma que interferem na saúde e doença. A experiência clínica demonstra que as famílias influenciam e são influenciadas pela saúde dos seus membros e mostra ainda que, em cuidados primários de saúde, é fundamental reavaliar o contexto de saúde e doença no sistema familiar. Engel situa a doença no centro de um contexto mais amplo que implica múltiplos sistemas.¹
2. O foco principal do cuidado assistencial é o utente considerado no seio da família, mas deve-se entender a pessoa como entidade biológica e emocional, explorando os factores familiares e o modo como estes poderão interferir no binómio saúde /doença. A família é a fonte principal das crenças e tipos de comportamento relacionadas com a saúde; as tensões que sofre através do seu ciclo evolutivo podem-se manifestar como sintomas, os quais podem ser a expressão de processos adaptativos do indivíduo e ser mantidos pelos comportamentos familiares, como descreve Minuchin *et al.*² Por último, a família constitui um adequado recurso de apoio e suporte para a abordagem da doença.
3. O paciente, a família e o profissional de saúde são corresponsáveis pelos processos assistenciais, como propõem Doherty e Baird³ substituindo a

Médica de Família do Centro de Saúde de Sete Rios (ARSLVT).
Assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa.

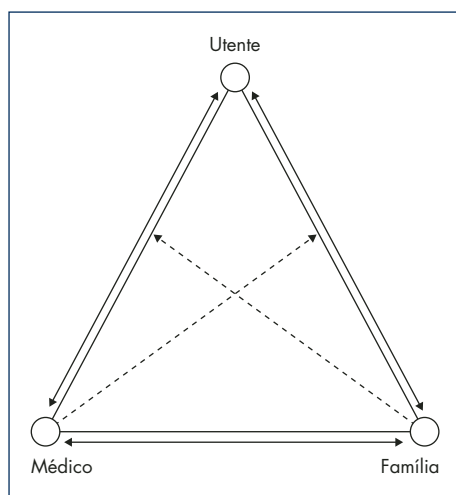


Figura 1. O triângulo terapêutico (Fonte: Doherty W, Baird M. *Family Therapy and Family Medicine*. New York: Guildford Press; 1983).

diade (profissional-utente) pela «triade» (profissional-utente-família), estando bem documentado pela experiência o papel da família nos contextos da abordagem dos problemas de saúde.

4. O profissional é uma parte integrante do sistema e, por isso, a forma como intervém com o paciente e a sua família pode influenciar o processo da doença de tal modo que, modificando a forma de actuação do profissional, se pode contribuir para obter melhores resultados do ponto de vista clínico.

Tendo em conta estes aspectos, vão ser apresentadas algumas importantes linhas de investigação sobre família e saúde, especialmente o impacto da família no binómio saúde/doença.

MÉTODOS

Uma pesquisa preliminar foi realizada na MEDLINE e na PsycINFO utilizando como descritores: *Family; Illness; Primary health care; Life cycle*. Recolheu-se um conjunto de entradas do qual se seleccionaram aquelas que es-

tariam mais directamente relacionadas com o tema de revisão proposto. Foram revistos os resumos dos artigos e, quando possível, foi recolhido o texto completo. Também se deu atenção às referências bibliográficas dos artigos em que se conseguiu o texto completo. Alguns autores tinham uma revisão exaustiva de estudos com a temática da família e saúde-doença, o que também foi analisado na perspectiva da Medicina Geral e Familiar no contexto dos Cuidados de Saúde Primários.

INFLUÊNCIA DA FAMÍLIA NA SAÚDE E NA DOENÇA

A experiência clínica demonstra que as famílias influenciam e são influenciadas pela saúde dos seus elementos e que os cuidados de saúde primários podem contribuir para a melhoria da saúde, quer da família, quer do elemento doente.⁴ Estes dados deverão ser cientificamente validados através da investigação.

Uma boa relação entre o médico de família, o utente e a família pode contribuir para uma melhoria na qualidade dos cuidados de saúde. Vários estudos de investigação comprovam que a família exerce influência no estado de saúde dos seus membros e que os cuidados de saúde mais eficazes e eficientes serão aqueles em que exista cooperação entre o médico, o paciente e a família.⁵

A SAÚDE DA FAMÍLIA E O CÍRCULO DE SAÚDE E DOENÇA NA FAMÍLIA

Doherty e Campbell⁶ desenvolveram um modelo que permite organizar de uma forma lógica a investigação sobre famílias e o impacto na saúde e doença. Este modelo destaca a importância das interações entre o sistema familiar e o sistema de saúde através das seguin-

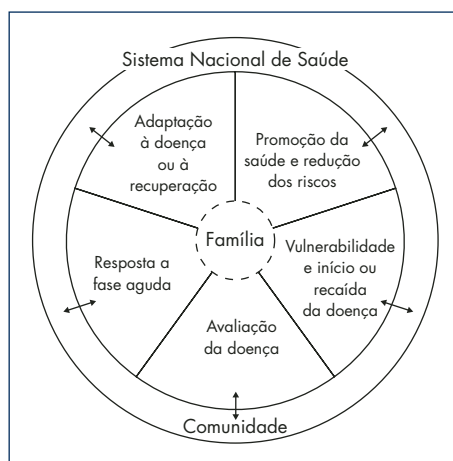


Figura 2. Círculo de saúde e doença na família
Adaptado de: Doherty WA, Campbell TL. Families and Health. Beverly Hill, CA: Sage; 1988.

tes categorias:

- A. Promoção da saúde e prevenção da doença
- B. Vulnerabilidade e o início da doença
- C. O significado familiar do adoecer
- D. A resposta familiar à fase aguda da doença
- E. A adaptação à doença e a reabilitação.

- A «**Promoção da saúde e prevenção da doença**» relaciona a família com os estilos de vida. Esta categoria refere-se a comportamentos que mantêm a família com determinados níveis de saúde e de bem-estar.
- A «**Vulnerabilidade familiar e o início da doença**» relaciona o papel dos acontecimentos de vida com as experiências familiares que tornam os seus elementos vulneráveis à doença ou que proporcionam o risco de recaída ou um novo surto de uma doença crónica. A ideia essencial é a de que o *stress* familiar pode predispor a que a alguns elementos familiares possam ficar doentes.
- O «**Significado familiar do adoecer**», que diz respeito aos valores e crenças existentes na família sobre a doença e o adoecer. Os estudos nesta

área avaliam a percepção que a família tem do episódio de doença e o papel da família na decisão da procura da ajuda do profissional de saúde. Perante o episódio de doença a família atribui um determinado significado à doença, que pode estar mais ou menos distante do recurso aos cuidados de saúde e em função disso podem procurar ou não o apoio do médico.

- A «**Resposta familiar à fase aguda**», que diz respeito à reacção e à adaptação imediata da família a um diagnóstico de uma doença num seu elemento.
- A «**Adaptação à doença e a reabilitação**» refere-se à reorganização familiar em torno de um paciente com uma doença crónica ou com uma incapacidade e a readaptação após a sua recuperação.

PARA CADA UMA DESTAS CATEGORIAS EXISTE UM CONJUNTO DE ESTUDOS QUE DEMONSTRAM A INFLUÊNCIA DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DE SAÚDE E DOENÇA.

A. Promoção da saúde familiar e prevenção da doença

A OMS caracterizou a família como «o primeiro agente social envolvido na promoção da saúde e no bem-estar».⁷

A família pode influenciar certos comportamentos individuais como a dieta, o exercício físico, o tabagismo, a adesão à terapêutica ou o uso dos serviços de saúde. Os hábitos de exercício físico dos pais têm uma marcada influência no nível de exercício físico dos filhos.⁸ No caso dos hábitos tabágicos a iniciação, manutenção e cessação tabágica é também fortemente influenciada pela família. Fumadores têm mais tendência a casar com fumadores, fumar o mesmo número de cigarros e deixar de fumar em simultâneo.⁹ Fumadores casados com não fumadores ou ex-fumadores têm maior probabilidade de deixar de fumar e de se manterem absti-

nentes do que fumadores casados com fumadores.¹⁰

Os membros da família normalmente partilham as mesmas dietas e ingerem as mesmas quantidades de calorias.¹¹

Os comportamentos alimentares e a obesidade também têm relação com os comportamentos familiares.¹² Vários estudos comprovam que o envolvimento dos parceiros em dietas preconizadas contribui e tem um efeito positivo na redução do peso e manutenção do mesmo a longo prazo.

TENDO EM CONTA QUE A DOENÇA CARDIOVASCULAR É UMA DAS PRINCIPAIS CAUSAS DE MORBILIDADE E MORTALIDADE, TODOS ESTES DADOS JUSTIFICAM A NECESSIDADE DE REALIZAR ABORDAGENS JUNTO DOS FAMILIARES POR PARTE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

B. Vulnerabilidade e o início da doença

Um método de estudar ou avaliar o *stress* e o seu impacto sobre a saúde foi examinar a relação dos acontecimentos de vida na doença. Na investigação tem sido utilizada a escala de Holmes e Rahe para demonstrar que eventos stressantes precedem o aparecimento de numerosas doenças.¹³

Muitos estudos prospectivos e retrospectivos demonstraram que um conjunto de doenças podem ser precedidas de acontecimentos vitais, a maioria deles no contexto da família. Meyer e Haggerty¹⁴ demonstraram que o *stress* crónico tinha uma relação directa com o aumento de casos de faringite estreptocócica, seguidas de um aumento no número de visitas ao médico.

O acontecimento de vida que produz maior *stress* é a morte do cônjuge. Kraus e Lillienfeld¹⁵ encontraram um aumento em dez vezes na mortalidade geral em viúvos jovens, sobretudo nos do género masculino.

O divórcio ou separação conjugal condicionam o aumento da mortalidade

de por doença e diversos estudos verificaram que a doença crónica de um dos membros do casal aumenta as possibilidades de divórcio, reafirmando o exposto inicialmente sobre a mútua influência entre família e doença e desta com o *stress* familiar.

Estudos de psicoimunologia revelam que o estado imunológico das pessoas divorciadas, viúvas ou com uma má relação conjugal favorecem a existência de doenças como algumas neoplasias, como demonstram dois estudos controlados que encontravam uma diminuição da imunidade celular nos casos antes citados.^{16,17}

Quanto ao suporte social, algumas investigações científicas apoiam a ideia de que a taxa de mortalidade geral é mais alta nos adultos mais isolados socialmente.^{18,19} Nesta mesma linha de investigação verifica-se um aumento de complicações obstétricas em mulheres com baixo apoio social e elevado *stress* por esse facto.

ESTUDOS DEMONSTRARAM QUE A FAMÍLIA É UMA DAS MAIS IMPORTANTES FONTES DE STRESS OU DE SUPORTE E TEM UMA SIGNIFICATIVA INFLUÊNCIA SOBRE A SAÚDE.

C. O significado familiar do adoecer

Há estudos que demonstram que a utilização dos serviços de saúde é influenciada por factores familiares e que há distintos padrões familiares de utilização desses mesmos serviços de saúde. Quando o indivíduo desenvolve sintomas, o processo de decisão pode envolver a família inteira e ser afectada pela história familiar relacionada com outros problemas de saúde. Um estudo com casais de meia-idade concluiu que, quando um determinado problema era transmitido ao médico, essa decisão passava essencialmente pela mulher. Este aspecto é consistente com a noção de que muitas famílias têm um elemento que é o perito da família²⁰ para assuntos que tem que ver com a saúde

dos seus elementos.

A avaliação dos sintomas de uma criança e a decisão de consultar o médico é fortemente influenciado pelas crenças sobre saúde. Um estudo com 500 famílias²¹ permitiu concluir que este factor, associado ao *stress* familiar, aumenta significativamente a utilização dos serviços de saúde, não havendo no entanto a confirmação de sintomas físicos num terço das consultas.

O uso de medicamentos é mais fortemente relacionado com a utilização de medicação por outros elementos da família do que propriamente com a gravidade individual do sintoma ou da doença.

INVESTIGAR MAIS SOBRE OS PROCESSOS DE DECISÃO FAMILIARES AJUDARÁ O CLÍNICO A PERCEBER MELHOR A RAZÃO DA PROCURA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E O TIPO DE UTILIZAÇÃO DOS MESMOS.

D. Resposta da família à doença

O diagnóstico de uma doença aguda é um dos desafios mais difíceis que pode acontecer à família. A doença na família corresponde a uma das situações mais cotadas na escala de Holmes e Rahe.¹³

A resposta da família face ao diagnóstico de doença grave geralmente segue um curso esperado. Pode existir um período de negação perante a situação, seguida de uma rápida mobilização de recursos e suporte por parte da família. Durante a fase de crise, toda a família se mobiliza perante o doente mesmo quando existe história de conflitos, afastamento ou separação entre os elementos da família. A maioria das pesquisas sobre parceiras de pacientes em fase aguda demonstra níveis de *stress* e ansiedade superiores ao do próprio paciente.²²

Os membros da família geralmente referem estar pouco informados, pelo que facilitar informação aos familiares ajuda a aliviar a ansiedade e a sensa-

ção de incompetência em torno desse problema de saúde.²³

Existem estudos que confirmam que programas centrados no envolvimento da família tornam mais rápida a recuperação do doente, reduzem o tempo hospitalar e aumentam a satisfação do doente e famílias. Alguns programas inovadores hospitalares permitem a presença dos membros da família no hospital, dando-lhes a oportunidade de providenciar cuidados físicos e suporte emocional.²⁴

ESTUDOS CONFIRMAM QUE FACULTAR INFORMAÇÃO AOS FAMILIARES RELACIONADA COM O LIDAR COM A DOENÇA PODE CORRESPONDER A UM DOS MAIS ÚTEIS PROCEDIMENTOS POR PARTE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, PERMITINDO DESTA FORMA MELHORES RESULTADOS EM TERMOS CLÍNICOS.

E. A adaptação da família à doença e reabilitação

Nos últimos anos fizeram-se pesquisas que demonstram a influência da família nas doenças crónicas, como diabetes, insuficiência renal, cardiopatias e neoplasias.

Concretamente no caso da diabetes, verificou-se uma relação entre o bom controlo metabólico da mesma e o apoio familiar, dado que aspectos como o regime terapêutico e a dieta são essenciais se a família tiver um adequado envolvimento. Neste sentido, são muitos os estudos que indicam estes factos, sendo os mais relevantes os de Fischer e Dolger²⁵ e Minuchin *et al.*²⁶ Este último demonstrou que o grau de coesão da família é o factor de maior influência no bom êxito do suporte familiar.

A capacidade de apoio que a família presta na doença crónica abre enormes possibilidades para que se consiga uma abordagem abrangente, individual e familiar nos cuidados assistenciais do profissional de saúde a estas patologias.

Os familiares são os que mais apoiam os doentes crónicos perante a solicita-

ção do ponto de vista físico, incluindo a preparação de refeições, a administração de medicação e nos cuidados diários. Os familiares são ainda a maior fonte de apoio emocional e suporte social. A doença crónica afecta todos os aspectos da vida familiar. Os padrões familiares são modificados para sempre e os papéis e tarefas familiares são habitualmente alterados. Algumas famílias podem tornar-se tão próximas que se tornam aglutinadas e esse facto condicionar a autonomia e a independência do familiar doente. Outras famílias podem, pelo contrário, ser afastadas perante o *stress* que a doença provoca e separar-se ou mesmo divorciar-se.

A qualidade da vida familiar tem um enorme impacto no modo como os utentes se adaptam à doença e ao modo como recuperam. Numerosos estudos recentes pretendem elucidar o papel que desempenha a família na evolução da doença infantil.

Pesquisas com crianças prematuras ou nascidas com malformações congénitas demonstram um aumento de cerca do dobro no número de divórcios dos pais quando comparados com grupos de controlo.²⁷ A presença de uma doença física crónica no casal submete o subsistema conjugal a uns dos maiores desafios na sua estabilidade.²⁸

As áreas investigadas por diversos autores abordam temáticas do casal e doenças físicas crónicas relacionadas com papéis, ciclo evolutivo, reacções emocionais, comunicação, abandono, intimidade, sexualidade, género, autonomia e papéis dos profissionais. As patologias estudadas são várias; como exemplos destacam-se o enfarte de miocárdio, a neoplasia da mama, a artrite reumatóide e défices cognitivos como a doença de Alzheimer. Sobre a neoplasia da mama, um recente trabalho revela que o cônjuge reduz o seu nível de *stress* após conhecer o diagnóstico, através de uma adequada comunicação com a equipa clínica, especialmente na-

quela fase em que a doente regressa a casa.²⁹

No caso de casais em que um dos elementos tem doença de Parkinson demonstrou-se que o impacto desta doença no casal é minorado quando ambos recebem uma adequada assistência que lhes permita interagir com os recursos e estratégias de sobrevivência, verificando-se uma clara preferência pelas abordagens que lhes permitam ter papéis mais activos na resolução dos cuidados com a saúde.³⁰ Na diabetes tipo 2, os estudos demonstram que a funcionalidade nos cônjuges influi no bom controlo desta doença metabólica de uma forma continuada.³¹

Uma das formas de abordar famílias com doença crónica é através da psico-educação permitindo que o familiar saiba lidar melhor com a doença. Neste contexto a disfunção familiar é vista como dificuldade de adaptação à doença; a intervenção está focalizada na melhor forma da família lidar com a doença, ou seja, apreendendo estratégias de adaptação.

O treino em técnicas de comunicação entre casais pode vir a melhorar os níveis da tensão arterial do elemento hipertenso do casal.³² Num estudo em que era providenciado suporte familiar em matéria de adesão terapêutica para a hipertensão arterial, os resultados demonstraram melhoria da adesão e 50% de redução na mortalidade cardíaca.³³ Tendo em conta estes resultados, o «National Heart, Lung and Blood Institute» recomenda que, na medicação antihipertensora, se deverá envolver um familiar que viva com o utente para que possa providenciar suporte neste contexto. Os prestadores de cuidados familiares têm geralmente níveis de ansiedade elevada e depressão.³⁴

ESTES PROGRAMAS TÊM PERMITIDO REDUZIR O STRESS DESTES PRESTADORES DE CUIDADOS CONTRIBUINDO PARA MELHORAR O ESTADO FÍSICO E PSICOLÓGICO DOS MESMOS E,

DESTE MODO, A FUNCIONALIDADE FAMILIAR, TORNANDO ASSIM MAIS EFICAZ O SEU DESEMPENHO JUNTO DOS ELEMENTOS DA FAMÍLIA PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS.

CONCLUSÃO

Do que foi referido, o médico de família deverá assumir em termos de actuação um modelo em que não é possível separar conceptualmente a doença do seu portador nem a pessoa do ambiente que a rodeia. O sintoma passa a ser compreendido como um aspecto entre outros do funcionamento do sistema. O papel do profissional de saúde passa a ser o de um integrador do doente no seu contexto familiar e social. De facto, ao fazer esta integração, tomando-a em consideração nas decisões que assume sobre a saúde e a doença dos indivíduos e famílias da sua lista, irá intervir de forma a permitir a resolução mais adequada dos problemas de saúde física e psicológica com que se deparam os doentes e suas famílias. Esta resolução será tanto mais competente quanto maior for o envolvimento e compromisso das famílias nos processos de decisão e resolução dos problemas de saúde dos seus membros nomeadamente no contexto da doença crónica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977 Apr 8; 196 (4286): 129-36.
2. Minuchin S. Famílias, funcionamento e tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas; 1982. p. 64-5.
3. Doherty W, Baird M. Family Therapy and Family Medicine. New York: Guildford Press; 1983.
4. Campbell TL, Patterson JM. The effectiveness of family interventions in the treatment of physical illness. *J Marital Fam Ther* 1995; 21 (4): 545-84.
5. McDaniel S, Campbell TL, Seaburn DB, editors. How families affects illness. Research on the family's impacts on health. In: Family-Oriented Primary Care: a manual for medical providers. New York: Spring Verlag; 1990. p.16 -32.
6. Doherty WA, Campbell TL. Families and Health. Beverly Hills, CA: Sage; 1988.
7. World Health Organization. Statistical indices of Family Health 1991; 589:17.
8. Baranowsky T, Nader PR, Dunn K, Vanderpool NA. Family self-help: promoting changes in health behavior. *J Commun* 1982 Sep; 32 (3) 161-72.
9. Sallis JF, Nader PR. Family determinants of health behaviors. In: Gochman DS, editor. Health Behavior. New York: Plenum Publishing; 1988. p. 107-24.
10. Venters MH, Jacobs DR, Luepker RV, Maiman LA, Gillum RF. Spouse concordance of smoking patterns: the Minnesota Heart Survey. *Am J Epidemiol* 1984 Oct; 120 (4): 608-16.
11. Venters MH. Family life and cardiovascular risk: implications for the prevention of chronic disease. *Soc Sci Med* 1986; 22 (1): 1067-74.
12. Klesges RC, Coates TJ, Brown G, Sturgeon-Tillisch J, Moldenhauer-Klesges LM, Holzer B, et al. Parental influences on children's eating behaviour and relative weight. *J Appl Behav Anal* 1983 Winter; 16 (4): 371-8.
13. Holmes TH, Rahe RH. The Social readjustment rating scale. *J Psychosom Res* 1967 Aug; 11 (2): 213-8.
14. Meyer RJ, Haggerty RJ. Streptococcal infections in families: Factors altering individual susceptibility. *Pediatrics* 1962 Apr; 29: 539-49.
15. Kraus AS, Lillienfeld AM. Some epidemiological aspects of the high mortality rate in the young widowed group. *J Chron Dis* 1959 Sep; 10: 207-17.
16. Calabrese JR, Kling MA, Gold PW. Alterations in immunocompetence during stress, bereavement, and depression: Focus on neuroendocrine regulation. *Am J Psychiatry* 1987 Sep; 144 (9): 1123-34.
17. Bartrop RW, Luckhurst E, Lazarus L, Kiloh LG, Penny R. Depressed lymphocyte function after bereavement. *Lancet* 1997 Apr 16; 1 (8016): 834-6.
18. House JS, Robbins C, Metzner HL. The association of social relationships and activities with mortality: prospective evidence from the Tecumseh Community Health Study. *Am J Epidemiol* 1982 Jul; 116 (1): 123-40.

19. Orth-Gomer K, Johnson JV. Social network interaction and mortality: a six year follow-up study of a random sample of the Swedish population. *J Chron Dis* 1987; 40 (10): 949-57.

20. Doherty WJ, Baird MA. *Family Therapy and Family Medicine: toward the primary care of families*. New York: Guilford Press; 1983.

21. Roghmann KJ, Haggerty RJ. Daily stress, illness, and use of health service in young families. *Pediatr Res* 1973 May; 7 (5): 520-6.

22. Oberst MT, James RH. Going home: patient and spouse adjustment following cancer surgery. *Top Clin Nursing* 1985 Apr; 7 (1): 46-57.

23. Fiske V, Coyne J, Smith D. Couples coping with myocardial infarction: an empirical reconsideration of the role of overprotectiveness. *J Fam Psychology* 1991 Sep; 5 (1): 4-20.

24. Grieco AJ, Garnett SA, Glassman KS, Valoon PL, McClure ML. New York University Medical Center's Cooperative Care Unit: patient education and family participation during hospitalization – the first ten years. *Patient Educ Couns* 1990 Feb; 15 (1): 3-15.

25. Fischer AE, Dolger H. Behavior and psychosocial problems of young diabetic patients. *Arch Intern Med* 1946; 48: 72-6.

26. Baker L, Minuchin S, Milman L, Liebman R, Todd T. Psychosomatic aspects of diabetes mellitus: A progress report. *Mod Prob in Paediatr* 1975; 12: 332-43.

27. Mayes L. Child mental health consultation with families of medically compromised infants. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am* 2003 Jul; 12 (3): 401-21.

28. Navarro J, Pereira J. Parejas en situa-

ciones especiales. Buenos Aires: Paidós; 2000.

29. Shields CG, Rousseau SJ. A pilot study of an intervention for breast cancer survivor and their spouses. *Fam Process* 2004 Mar; 43 (1): 95-107.

30. Hodgson JH, Garcia K, Tyndall L. Parkinson's disease and the couple relationship: a qualitative analysis. *Fam Syst Health* 2004; 22: 101-18.

31. Fisher L, Gudmundsdottir M, Giliss C, Skaff M, Mullan J, Kanter R, et al. Resolving disease management problems in European-American and Latino couples with type 2 diabetes: the effects of ethnicity and patient gender. *Fam Process* 2000 Winter; 39 (4): 403-16.

32. Ewart CK, Burnett KF, Taylor CB. Communication behaviors that affect blood pressure: an A-B-A-B analysis of marital interaction. *Behav Modif* 1983 Jul; 7 (3): 331-44.

33. Morisky DE, Levine DM, Green LW, Shapiro S, Russel RP, Smith CR. Five-year blood pressure control and mortality following health education for hypertensive patients. *Am J Public Health* 1983 Feb; 73 (2): 153-62.

34. National Heart LaBI. Management of patient compliance in the treatment of hypertension. *Hypertension* 1982 May-Jun; 4 (3): 415-23.

Endereço para correspondência

Cristina Ribeiro

Rua Cidade Nova de Lisboa n.º 63

1800-107 Lisboa

E-mail: cristina.mpr@sapo.pt