

Estes parecem ser alguns dos aspectos a ter em conta pelo Médico de Família e por toda a equipa de saúde quando têm de intervir junto de indivíduos que passam por algumas dificuldades aquando da formação de uma família reconstruída. E também necessário enquadrar algumas queixas de adultos, crianças ou adolescentes, nos processos transacionais que estão a viver no momento. Situações graves com aparecimento de patologia mental, comportamentos agressivos, patologia psicossomática intensa, exigem uma abordagem multidisciplinar com recurso a intervenção feita por terapeuta familiar.

Debruçamo-nos, ainda que de forma breve, sobre as questões da dimensão tempo na vida dos sistemas familiares. Cada família terá o seu próprio percurso embora, para que o seu avanço se faça, deva cumprir um determinado tipo de tarefas que lhe possibilite a passagem à fase seguinte do percurso. Estas tarefas “padrão” foram até agora bem estabelecidas para as chamadas famílias nucleares clássicas. Evidentemente, algumas destas tarefas são igualmente próprias de outras famílias, como as monoparentais e reconstituídas. A complexidade e especificidade destas famílias com sobreposição de vários estádios em simultâneo e com membros a viver fases diferentes do percurso familiar, nos diferentes agregados familiares onde se encontram inseridos, tornam difícil uma sistematização dos vários estádios do seu percurso familiar e uma padronização das tarefas que lhes são exigidas.

A perspetiva do ciclo de família, embora posta atualmente em causa por algumas correntes sociológicas, continua, no entanto, a ser um poderoso auxiliar no acompanhamento clínico dos indivíduos e na prevenção de aspectos de saúde previsíveis através deste instrumento, devendo por isso ser dominada do ponto de vista teórico e aplicada de um posto de vista prático por todos os profissionais de saúde que se dediquem ao acompanhamento clínico de indivíduos e famílias.

Importância da avaliação familiar na doença

M. Graça Pereira

“Families have a powerful influence on health, equal to traditional medical risk factors.”
Thomas Campbell, 2003

Introdução

A ligação entre os aspetos psicossociais e a saúde desde há muito tempo que tem sido documentada na literatura particularmente a nível dos efeitos do *stress* na doença⁶.

Uma das variáveis consideradas fundamental na ligação *stress*-saúde é a família. De facto, a família é uma fonte de recursos para lidar com o *stress* mas pode ser também uma fonte de *stress* para o doente⁷⁻⁹.

De uma forma geral, a família é a fonte de suporte mais acessível ao doente. Uma família que providencia suporte é um recurso importante para o médico de família. Contudo, na presença da doença ou eventos stressantes, a família poderá não ter recursos ou estratégias de *coping* para lidar com o problema, de forma eficaz.

Influência do apoio social na saúde e doença

Numerosos estudos mostram que o apoio social afeta o desenvolvimento de um grande número de doenças crónicas físicas.

Por exemplo Berkman, Leo-Summers e Horwitz¹⁰ referem que depois de sofrer um enfarte miocárdio, as mulheres isoladas ou que têm muito pouco

apoio social ou familiar apresentam duas a três vezes mais mortalidade comparada com as outras mulheres.

Também a nível da diáde, a relação marital é a relação que tem mais influência na saúde. Assim, estar numa relação conjugal tem um efeito protetor

contra a doença.

Os indivíduos solteiros, independentemente do sexo, têm níveis superiores de depressão, ansiedade e outras perturbações psicológicas e menor

mortalidade¹¹⁻¹³. Além disso, os solteiros experienciam taxas mais elevadas de doenças crónicas, mais dias de incapacidade e apresentam uma perceção

pobre da sua saúde geral¹⁴⁻¹⁶. Os casados, por sua vez, apresentam uma taxa superior de sobrevivência após um diagnóstico de doença crónica. Contudo,

quando a relação marital não é satisfatória mas conflituosa, deixa de existir suporte emocional passando a haver emoções negativas que, neste caso, passam a estar associadas à doença¹⁷. Não basta assim ter um parceiro, é necessário que a relação marital seja uma relação emocional em que os parceiros se

sintam amados, estimados e validados como pessoas. Gove e colaboradores¹⁸ verificaram que quando a relação marital era descrita como boa, 62% dos

indivíduos tinham menos problemas de saúde física mas os 4% que descreviam a relação marital como má possuíam mais problemas de saúde quando

comparados com os solteiros.

Dois hipóteses principais têm sido apontadas para explicar o impacto

de estatuto marital:

1) Seleção – existe uma seleção das pessoas saudáveis que se juntam e casam entre si e, aqueles que são doentes ou têm propensão para a doença, não são escolhidos e mesmo têm uma propensão maior para se divorciar¹⁹;

2) Proteção – uma relação satisfatória protege da doença devido ao apoio envolvido e o contrário, por outro lado, promove a doença¹⁷.

Em relação à primeira hipótese, vários estudos têm mostrado que as pessoas solteiras têm mais tendência a desenvolver doenças crónicas. Por exemplo, as maiores taxas de hospitalização em doentes esquizofrênicos e alcoólicos são em indivíduos nunca casados²⁰⁻²². Em relação à segunda hipótese, os casados têm sintomas menos severos. Assim, homens solteiros têm três vezes mais tendência a morrer de cirrose do fígado que os casados²³. Para ambos os sexos, a relação conjugal é o melhor predictor da felicidade.

Os casados são os mais felizes devido ao suporte emocional que recebem⁷ já que o suporte emocional está negativamente associado à depressão, ansiedade e doença física^{24,25}.

Nenhuma das hipóteses anteriormente citadas são mutuamente exclusivas e complementam-se entre si. Em todos estes estudos, a relação marital é

o fator familiar mais protetor da saúde. Em termos teóricos, o modelo *stress/* apoio social explica a primeira relação entre o estatuto marital e a saúde. Este modelo sugere que a presença/ausência de suporte afeta os mecanismos

psicológicos e comportamentais⁵. Assim, no primeiro caso quanto maior o apoio social melhor é o bem-estar independentemente do *stress*. Desta

forma, estar casado é suficiente para existir um impacto favorável na saúde. A nível da segunda hipótese, o modelo do efeito amortecedor do apoio social

refere que os efeitos negativos do *stress* são diminuídos pela presença do apoio social²⁶ explicando porque uma relação marital positiva pode proteger

dos efeitos do *stress*. Neste sentido, se compreendde porque relações maritais infelizes têm impacto negativo na saúde. Convm também realçar que

o casamento é um fator protetor especialmente para os homens²⁷. Mulheres, em relações maritais infelizes, quando comparadas com mulheres em casa-

mentos felizes, reportam maiores níveis de colesterol, mais doenças, mais

depressão e pior funcionamento imunológico²⁸.

O estatuto marital está também associado a maiores probabilidades de sobrevivência após o diagnóstico, ou seja, protege da mortalidade. Estudos

nesta área foram sobretudo realizados com mulheres com cancro da mama²⁹. A relação entre a qualidade da relação marital e a etiologia dos problemas

médicos tem sido feita através das mudanças fisiológicas provocadas pelo *distress*, em particular as do sistema imunológico³⁰. A este nível, Kiecolt-

-Glaser e colaboradores³¹, verificaram que uma má relação marital era um predictor significativo em três medidas qualitativas de função imunitária.

Além disso, era o melhor predictor de depressão avaliada pelo BSI (*Brief Symptom Inventory*) quer para mulheres quer para os homens. Estes

resultados sugerem uma ligação entre a relação marital e o bem estar do ponto de vista físico.

A nível da qualidade da relação marital, existem várias possíveis explicações para a relação entre *distress* marital e saúde:

1) O *distress* é uma variável que altera o comportamento (e.g. sono, alimentação) podendo levar a mudanças no sistema imunológico³²;

os estudos neste domínio não são consistentes, embora muito provavel-

mente, os problemas de saúde afetem a qualidade da relação marital.

A nível da interação marital, para que se possa estabelecer uma relação entre esta e a etiologia dos problemas médicos, é necessário que seja demonstrado que os parceiros são fisiologicamente reativos um ao outro e que essa reação fisiológica está na base de problemas de saúde. Alguns estudos revelaram exatamente esta relação. Ewart, Burnett e Taylor⁴⁶ verificaram, em hipertensos, durante um conflito marital, que a pressão arterial subia quando a comunicação era negativa e descia quando passava a positiva. Como não existiam grupos de controlo, os resultados são meramente exploratórios. Gottman e Levenson⁴⁷ por sua vez, estudaram casais com alto conflito *versus* baixo, em várias medidas fisiológicas de pressão arterial, confid

ância da pele e reatividade somática, verificando que as respostas fisiológicas eram maiores na situação de conflito elevado e estavam associadas a baixa satisfação marital. O declínio na satisfação marital estava, por sua vez, associado a problemas de saúde, quer para homens, quer para mulheres. Em estudos posteriores, a relação entre respostas fisiológicas e satisfação marital foi novamente encontrada. Pode-se assim hipotetizar que a ativação fisiológica afeta a função endócrina que, por sua vez, pode alterar a resposta imunológica³⁴. Também a nível da interação marital, os estudos têm demonstrado que a interação dos parceiros tem um impacto no comportamento da doença e na adesão terapêutica. Num estudo realizado com hipertensos, o comportamento das esposas foi capaz de provocar alterações no comportamento dos parceiros relativamente à doença⁴⁸.

Cada vez mais, os casais vivem mais tempo com condições crónicas que até há poucos anos eram fatais, o que implica que durante o seu ciclo de vida ver-se-ão muito provavelmente confrontados com as exigências de uma doença crónica. De uma forma geral, a relação marital está associada a bem estar psicológico, saúde física e baixa mortalidade⁷. Esta relação verifica-se em relações satisfatórias i.e. a satisfação marital explica a maior parte da variação em termos de qualidade de vida⁴⁹. Tem sido sugerido que a relação marital é a relação mais importante na meia-idade e velhice⁵⁰. Quando a doença crónica ataca é habitualmente nesta faixa etária o que, a nosso ver, torna a relação com o cônjuge ainda mais importante, numa altura em que o parceiro tem um papel fundamental na recuperação e convalescença do doente. Assim, a nível da adesão terapêutica, muita da responsabilidade

2) O *stress* marital tem consequências psicológicas como é o caso da depressão que afeta o sistema imunitário³³, e

3) O *stress* resultante da descoberta marital altera o funcionamento imuno-lógico talvez através da ativação fisiológica sem a mediação das variáveis psicológicas. Apesar da evidência dos resultados encontrados entre *distress* marital e resposta imunitária, a relação entre o *distress* marital e os problemas de saúde ainda necessita de ser determinada³⁴.

Em termos da interação marital, Manne e Zautra³⁵, num estudo com mulheres com artrite reumatóide, verificaram que os comentários críticos do parceiro estavam associados a esposas de *coping* mal adaptadas por parte das mulheres que, por sua vez, estavam associadas a menor ajustamento psicológico. Outro estudo, o envolvimento do parceiro teve um impacto positivo na saúde a nível da adesão terapêutica, redução da pressão arterial e descida da mortalidade³⁶. Por sua vez, negatividade na diade mostrou-se estar associada a menor sobrevivência em mulheres com doença renal terminal a fazer tratamento de hemodíalise³⁷ e mulheres com cancro da mama que não confidenciavam nos seus parceiros apresentavam maior recorrença da doença quando comparadas com as que mantinham uma relação íntima de confiança³⁸. Verificou-se também que o *stress* marital piorava a doença coronária em mulheres³⁹.

Assim, pelo menos teoricamente, é plausível assumir que os problemas de saúde afetam a qualidade da relação marital já que toda a família tem de se reorganizar depois de acontecimentos stressantes como no caso de uma doença⁴⁰. De acordo com a literatura, os resultados neste domínio são contratórios. Nalguns estudos, após a doença, a qualidade marital aumentou⁴¹ noutros diminuiu⁴² e noutros não se registaram alterações⁴³. Parte desta incongruência tem a ver com as características da doença, tipo de doença e com o facto de os estudos serem retrospectivos o que significa que avaliavam sobretudo a forma como o problema de saúde afetou a percepção da qualidade marital.

Outros autores encontraram a satisfação marital diminuída em parceiras de pacientes crónicos quando comparadas com um grupo de controlo mas a satisfação marital dos doentes crónicos não diferia das do grupo de controlo que sugere que o género é uma variável moderadora⁴⁴. Noutro estudo, verificou-se uma tendência para as mulheres terem menor satisfação marital que os homens quando os seus parceiros tinham uma doença⁴⁵. Em suma,