



Hernâni Pombas Caniço

OS NOVOS TIPOS DE FAMÍLIA E NOVO MÉTODO DE AVALIAÇÃO EM SAÚDE DA PESSOA — APGAR SAUDÁVEL

Volume I

Tese de Doutoramento em Ciências da Saúde, Ramo de Medicina, especialidade de Familiar e Comunitária (Medicina Preventiva), orientada por Professor Doutor Armando Carvalho (Orientador) e Professor Doutor Vitor Rodrigues (Co-Orientador), e apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

2014



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

**OS NOVOS TIPOS DE FAMÍLIA E NOVO MÉTODO DE AVALIAÇÃO EM
SAÚDE DA PESSOA – Apgar Saudável**

Tese de Doutoramento apresentada à FMUC

Volume I

HERNÂNI POMBAS CANIÇO

**Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
Coimbra, 2014**

Ramo de Conhecimento / Especialidade / Disciplina Afim:

Medicina / Clínica Geral, Medicina Familiar e Comunitária / Medicina Preventiva

Afiliação

Assistente Convidado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

**Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Dr. Manuel Cunha, Centro de
Saúde S. Martinho do Bispo, Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Mondego,
Administração Regional de Saúde do Centro**

Orientadores:

Professor Doutor Armando Carvalho (Orientador)

Professor Doutor Vítor Rodrigues (Co-Orientador)

ÍNDICE

VOLUME I:

Agradecimentos	9
Prefácio	10
Lista de Abreviaturas	12
Lista de Quadros e Figuras	14
Resumo	23
Abstract	26
Palavras – chave	28
INTRODUÇÃO	29
As Origens do Estudo	29
As Determinantes	31
Os Tipos de Família	32
A Medicina da Pessoa	33
A Metodologia	35
1 – A Pessoa	37
1.1 - O Primado Bio-psico-social	37
1.2 - O Ser Humano	40
1.3 - O Paciente e a Relação Assistencial.....	41
1.4 – O Paciente e a sua Relação com o Serviço em Saúde	45
1.5 - A Rede Social de Apoio	48
2 - A Família	49
2.1 – Os Conceitos de Família.....	49
2.2 – Os Critérios constantes de Família	55
2.3 – As Funções da Família	55
2.4 – A Estrutura da Família.....	57
2.5 – A Organização da Família.....	59
2.6 - A Família, Factor de Paz e Coesão Social	60
3 - O Médico de Família	62
3.1 – A Disciplina Académica de Medicina Geral e Familiar	62
3.2 - A Especialidade de Medicina Geral e Familiar.....	65
3.3 - O Médico de Clínica Geral e o Médico de Família.....	71
3.4 - A Comunicação e a Relação Médico-doente	74
3.5 - A Gestão de Conflitos	78

4 – A Famililogia e a Familisofia	79
4.1 - As Ciências Bio-psico-sociais	81
4.2 - Crise	83
4.3 - A Classificação dos Tipos de Família, Novas Formas de Família	88
4.3.1 - Tipos de Família - Estrutura / Dinâmica Familiar	93
4.3.2 - Tipos de Família – Relação Conjugal	102
4.3.3 - Tipos de Família – Relação Parental	107
4.3.4 - Classificação Adoptada (razões)	111
4.4 - Os Métodos de Avaliação Familiar	113
4.5 - O Plano de Cuidados à Família	119
4.6 - A Terapia Familiar	126
5 – Áreas de análise em Saúde da Pessoa e critérios específicos	129
5.1 - Quanto à realização pessoal	129
5.2 – Quanto à família	139
5.2.1 – Tipo de família	139
5.2.2 – O grau de satisfação familiar, a funcionalidade, a transformação	140
5.3 - Quanto ao trabalho	142
5.4 – Quanto aos amigos	143
5.5 – Quanto à sociedade	145
5.6 – Quanto ao estilo de vida	149
5.7 – Quanto às morbilidades	156
6 – Antecedentes do Estudo	160
6.1 - Critérios de Famílias a Estudar Prioritariamente / Plano de Cuidados / Indicadores da Família	161
6.2 - Métodos de Avaliação Familiar	174
6.3 - Questionário “Apgar Saudável”	180
OBJECTIVOS	184
MATERIAL E MÉTODOS	184
1 - Tipo de Estudo	184
2 - Plano de Estudo	184
2.1 – Flowchart	184
2.2 – O Pré-Teste	186
2.2.1 – <i>Procedimento de recolha de dados</i>	190
2.3 – Questionário	190

2.4 – Caracterização da população e da amostra	192
2.4.1 – <i>População</i>	192
2.4.2 – <i>Amostra</i>	192
2.5 – Critérios de inclusão e de exclusão	192
2.6 – Procedimento de recolha de dados	193
3 – Caracterização / Validação dos Tipos de Família	194
4 – Grelha de Classificação / Indicadores Extraídos	195
RESULTADOS	197
1 - Caracterização do Tipo de Famílias	197
1.1 – Caracterização da Lista de Utentes	197
1.2 - Caracterização do Tipo de Famílias	203
2 – Método de Avaliação em Saúde da Pessoa / Questionário “Apgar Saudável” ...	208
DISCUSSÃO	306
A – <i>Áreas de Análise em Saúde da Pessoa e Critérios Específicos</i>	306
A.1 – Quanto à Realização Pessoal	306
A.2 – Quanto à Família	310
A.3 – Quanto ao Trabalho	312
A.4 – Quanto aos Amigos	317
A.5 – Quanto à Sociedade	321
A.6 – Quanto ao Estilo de Vida	326
A.7 – Quanto às Morbilidades	331
B – Resultados	334
B.1 - Caracterização dos Tipos de Família	334
B.2 - Questionário “Apgar saudável” / Amostra / Lista de Utentes do Autor	348
CONCLUSÕES	360
1 – Portugal Retratado, Sociedade Revisitada, Ciência e Desenvolvimento	360
2 - Caracterização do Tipo de Famílias, segundo Estrutura / Dinâmica Global, Relação Conjugal e Relação Parental	365
3 - Novo Método de Avaliação em Saúde da Pessoa “Apgar Saudável”	369
3.1- Questionário Final “Apgar Saudável” (Modelo)	372
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	382

VOLUME II - ADENDA

- I - Questionário Apgar Saudável – Modelo aplicado
- II - Caracterização do Tipo de Famílias – Modelo de Registo
- III - Termo de Responsabilidade do Investigador
- IV - Protocolo de Consentimento Informado
- V – Instruções de Preenchimento
- VI - Carta aos Utentes Sem Comparência à Consulta
- VII - Parecer do Conselho Científico da Imprensa da Universidade de Coimbra, quanto à Publicação do Livro “Novos Tipos de Família, Plano de Cuidados”
- VIII – Parecer, Comissão de Ética / Faculdade de Medicina / Universidade de Coimbra
- IX - Decisão / Conselho Científico, Faculdade de Medicina / Universidade de Coimbra
- X - Parecer da Administração Regional de Saúde do Centro
- XI - Parecer da Comissão Nacional de Protecção de Dados
- XII – Caracterização dos Tipos de Família / Pré-teste / Capítulo “B - Família”
- XIII – Resultados da aplicação do Questionário “Apgar Saudável” / Pré-Teste
- XIV – Discussão dos Resultados do Questionário “Apgar Saudável” / Pré-Teste
- XV – Plano de Cuidados à Família / Processo Familiar
- XVI – Questões Levantadas pelos Peritos
- XVII – Resultados do Questionário “Apgar saudável” aplicado à Lista de Utentes
- XVIII - SPSS 19.0 Output

Ser médico é ser pela vida, por quem precisa.

Porque é preciso e justo.

Hernâni Caniço, 2013

Conhecer é, fundamentalmente, saber pensar;

não é saber apenas a solução.

Madalena Alarcão, Março 2012

Ser voluntário é ser solidário.

Saúde em Português, 1993

Agradecimentos

Aos meus Orientadores, que partilharam a sua sabedoria, compreensão e amizade.

À minha Família, que compartilhou o objectivo académico, profissional e pessoal, porque constitui um esteio que sofre em conjunto, anima no desempenho, valoriza o esforço, contribui para a história, afaga a memória.

Aos meus pacientes, doentes e famílias, que colaboraram com apreço, conheceram o seu médico e o seu percurso, confiaram na sua seriedade, rigor e proximidade, abriram a sua vida, saúde e doença para cuidar com razão e emoção.

Aos alunos e alunas da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, que durante os 24 anos de leccionação, têm sido fonte de labor, estímulo para o ensino / aprendizagem, paradigma de juventude qualificada e trabalhadora.

Aos colegas médicos e outros profissionais de saúde, que acreditaram na parceria do conhecimento e do trabalho, em projectos comuns de associativismo e na liderança de organizações, temáticas, realizações e reivindicações.

À Saúde em Português e aos seus múltiplos colaboradores, ao longo de um terço da minha vida, por me fazer acreditar e contribuir para a solidariedade humana, e por poder ajudar, apoiar e conhecer os seus beneficiários em todo o mundo e as suas dificuldades, mas também o seu reconhecimento e carinho.

A todos e a todas que me fizeram andar, em direitos humanos, primeiro em obscurantismo e depois em democracia e liberdade, “dias que foram longos e noites que não contei, a lutar para ter, a justiça como lei”.

A todas e a todas, aqueles e aquelas, que “por obras valerosas, se vão da lei da morte libertando”.

Nota: Por vontade do Autor, este texto está escrito de acordo com o anterior Acordo Ortográfico.

Prefácio

Ser ou não ser

O autor tem três *empregos*: médico, docente universitário, voluntário.

Ser médico foi e é possível, imperioso, justo.

São desempenhadas as **funções** do Médico Geral e Familiar: assistencial, educação para a saúde, formação, investigação, gestão e administração.

Ser Médico Geral e Familiar é de facto conhecer o todo biopsicossocial, integrado em comunidade – fosse em Monte...mor (o Monte Maior) ou ora em Coimbra (Conimbriga) - onde a história e a arte, eivados de lendas, aedos e conquistadores, povoam a imaginação, procurando transformar o presente, por vezes imobilista.

Não são descobertas científicas de Hipócrates, Paracelso, Sydenham, Ribeiro Sanches, Laennec, Claude Bernard, Virchow, Koch ou Fleming, médicos.

Não são prosas ímpias de Mendes Moreira, Fernando Namora ou Miguel Torga, nem poesias de Júlio Dinis, Bettencourt Rodrigues, Domitila de Carvalho ou Júlio Dantas, todos médicos célebres.

Mas são palavras de esperança, apesar.

Ser docente universitário porque, diria Pascal, *O homem é um caniço, a coisa mais frágil da natureza, mas é um caniço pensante.*

Pensar implica observar, estabelecer ligações, colocar hipóteses, experimentar, discutir, voltar a observar, retomar aprendizagens anteriores, e perceber se são ou não importantes no novo contexto... implica fazer um caminho pessoal (Alarcão, Março 2012).

É imperativo que a estratégia da formação em Medicina Baseada na Evidência presente na leccionação seja também a Medicina Baseada nas Necessidades das Pessoas.

Vinte e quatro anos a preparar e leccionar, a organizar e promover, a agir e avaliar, a produzir e apoiar produção, a ouvir e ouvir.

O ensino / aprendizagem, o prazer sem poder, a estratégia sem rede, a inovação porque não é ilusão, a acção académica sem peias nem redomas, ser estudante toda a vida, são ditames de mais querer e fazer, sentido de perseverança e responsabilidade, sobrecarga e não usufruto.

Mas são palavras de convicção, apesar.

Ser voluntário é ser solidário. E é um *emprego* para a vida.

Ser solidário, são palavras e actos, em Saúde... em Português, que fundámos e dirigimos já lá vão vinte anos.

Porque ainda temos capacidade para sonhar, razão para intervir, coração para sentir, ciência para transmitir, abraço para dar. Porque há quem necessite de saúde e educação... em português.

Em 20 anos de luta e convicções, com esmorecimentos, lágrimas e suspiros, mas também com dedicação, força de vontade e qualidade de acção, ignorando “velhos do Restelo”, estivemos em Saúde em Português.

Em 20 anos, 600.000 pessoas perceberam que existimos. Porque lhes fomos úteis. Porque sem nós, alguns não teriam alternativa. Existiremos enquanto há força, em cantares e funções de andarilho. Mas vejam bem, que não há só gaiotas em terra.

Presente em Timor de paixão, Moçambique em reconstrução, Guiné-Bissau em convulsão, Cabo Verde de “sôdade”, Brasil interior, Macau de ontem e hoje, Goa das Índias, Portugal de exclusão pois então.

Em situações de guerra e paz, calamidade e catástrofe, promovendo a saúde, prevenindo a doença, curando quando viável, formando quem o ansiava, investigando o possível.

Estivemos em hotéis de cinco estrelas ou com muitas estrelas sem hotel. Comemos lagosta, pão com pão, massa com massa, ou não comemos. Bebemos cerveja, água ou, não bebemos.

Tivemos lençóis e roupa lavada, à mistura com fezes de osgas, moscas e gafanhotos. Voámos pelo mundo, arredores, subúrbios e cidades. E não desistimos. Continuámos e continuaremos.

Não somos intrépidos salteadores da arca perdida, nem “globettroters” do destino. Mas somos solidários. E há quem precise.

Com um trabalho destinado ao “tamanho do mundo”, a conclusão apenas quando, tal como Bernard C. (1813-1878) proferiu as últimas palavras: "é pena isto ter acabado".

Lista de Abreviaturas e / ou Acrónimos

ANOVA – Analysis of Variance

APD – Ajuda Pública ao Desenvolvimento

APMGF – Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar

BCFQoL – Beach Centre Family Quality of Life Scale

CAJ – Centro de Atendimento de Jovens

CBQ – Conflict Behaviour Questionnaire

CG – Clínica Geral

CIDM – Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CONCORD – Confederação Europeia das ONGD

CPLP – Comunidade dos Países de Língua Portuguesa

CRS – Clinical Rating Scale

CSSMB – Centro de Saúde S. Martinho do Bispo

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

ENRICH – Escala de Enriquecimento e Desenvolvimento Conjugal, Comunicação e Felicidade

ERSM – Escala de Representações Sociais da Monoparentalidade

ESSS – Escala de Satisfação com o Suporte Social

EURACT – European Academy of Teachers in General Practice

FACES III – Escala de Auto-Avaliação da Coesão e Adaptabilidade da Família

FAD – McMaster Family Assessment Device

FAM – Family Assessment Measure

FCS – Family Climate Scale

FES – Family Environment Scale

FEUC – Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

FMUC – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

FMUL – Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

FMUP – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

GARF – Global Assessment of Relational Functioning

GHK - General Health Questionnaire

GWB – General Well-Being

HOME – Home Observation for Measurement of the Environment
IFQoL – International Family Quality of Life
IPPA – Inventory of Parent and Peer Attachment
INE – Instituto Nacional de Estatística
IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social
ISP – Índice de Stress Parental
MAOA – Monoaminoxidase A
MGF – Medicina Geral e Familiar
MOS – Medical Outcome Study
NCFA – North Carolina Assessment Scale
OCHA - Agência de Coordenação da Ajuda Humanitária das Nações Unidas
OIT – Organização Internacional do Trabalho
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONG – Organização Não Governamental
ONGD – Organização Não Governamental para o Desenvolvimento
ONU – Organização das Nações Unidas
OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PIB – Produto Interno Bruto
PLOPs – Países de Língua Oficial Portuguesa
PLoS – Public Library of Science
PNAI – Plano Nacional de Apoio ao Idoso
RAF – Inventário de Recursos do Ambiente Familiar
RDH – Relatório de Desenvolvimento Humano
SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SPSS – Statistical Package for the Social Sciences / Statistical Product and Service Solutions
UNESCO – United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization / Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana
WHO – World Health Organization
WONCA – World Organization National Colleges and Academy

Lista de Quadros e Figuras

Quadros:

Quadro I - Indicadores demográficos (SMB, Coimbra, Portugal)

Quadro II – Tipo de Família, quanto à estrutura / dinâmica global, segundo alunos do 6º ano FMUC

Quadro III – Resultados do Apgar Familiar na lista de utentes

Quadro IV - Caracterização da lista de utentes por nacionalidade

Quadro V - Caracterização da lista de utentes por estado civil

Quadro VI – Tipo de Família, quanto à estrutura / dinâmica global - Questionário

Quadro VII – Tipo de Família, quanto à relação conjugal - Questionário

Quadro VIII – Tipo de Família, quanto à relação parental - Questionário

Quadro IX – Tipo de Família, quanto à estrutura / dinâmica global – Lista de utentes

Quadro X – Tipo de Família, quanto à relação conjugal – Lista de utentes

Quadro XI – Tipo de Família, quanto à relação parental – Lista de utentes

Quadro XII – Questionário: utentes, quanto à profissão

Quadro XIII – Tipo de Família, quanto à estrutura / dinâmica global (*Adenda - XII*)

Quadro XIV – Tipo de Família, quanto à relação conjugal (*Adenda - XII*)

Quadro XV – Tipos de Família, quanto à relação parental (*Adenda - XII*)

Quadro XVI – Resultados da aplicação do Questionário “Apgar saudável” (*Adenda - XVII*)

Figuras:

Figura 1 – Número de métodos de avaliação familiar utilizados por aluno (6º ano)

Figura 2 – Métodos de avaliação familiar utilizados pelos alunos (6º ano)

Figura 3 – Taxa de variação das famílias clássicas segundo a composição, em Portugal, entre 1991 e 2001

Figura 4 - Tipo de Família, quanto à relação conjugal, segundo alunos do 6º ano

Figura 5 - Tipo de Família, quanto à relação parental, segundo alunos do 6º ano

Figura 6 - Distribuição das Famílias por fase do Ciclo de Vida de Duvall

Figura 7 - Distribuição dos utentes por sexo

Figura 8 - Pirâmide etária da lista de utentes

Figura 9 - Caracterização da lista de utentes por estado civil

Figura 10 - Distribuição da lista de utentes por grau de escolaridade

Figura 11 - Caracterização da lista de utentes por situação profissional

Figura 12 - Distribuição dos utentes por nível socio-económico

Figura 13 - Caracterização da lista de utentes por hábitos tabágicos

Figura 14 - Caracterização da lista de utentes quanto aos problemas ligados ao álcool

Figura 15 - Caracterização da lista de utentes quanto à dimensão média das famílias

Figura 16 - Caracterização da lista de utentes quanto ao tipo clássico de família

Figura 17 - Questionário: utentes, quanto ao género

Figura 18 – Questionário: utentes, quanto ao estado civil

Figura 19 – Questionário: utentes, quanto ao agregado familiar

Figura 20 – Questionário: utentes, quanto ao grupo etário

Figura 21 – Questionário: utentes, quanto às habilitações

Figura 22 – Questionário: quanto à saúde física

Figura 23 – Questionário: quanto à saúde mental

Figura 24 – Questionário: quanto à saúde afectiva

Figura 25 – Questionário: quanto à saúde sexual

Figura 26 – Questionário: quanto à saúde familiar

Figura 27 – Questionário: quanto a ter profissão e emprego adequados

Figura 28 – Questionário: quanto a ter boa situação económico-financeira

Figura 29 – Questionário: quanto a ter objectivos de vida

Figura 30 – Questionário: quanto a ter capacidade de realização / acção

Figura 31 – Questionário: quanto a ter rede de relações humanas que quer

Figura 32 – Questionário: quanto a ter hobbies / entretenimentos, imagem e som, colecções, bricolage

Figura 33 – Questionário: quanto a ter actividades de competição e prémios

Figura 34 – Questionário: quanto a adquirir formação complementar ou específica (estudar, aprender)

Figura 35 – Questionário: quanto a ser útil aos outros (família, amigos, sociedade)

Figura 36 – Questionário: quanto a ter repouso e fruição, tranquilidade

Figura 37 – Questionário: quanto a ser responsável, empenhado, dedicado

Figura 38 – Questionário: quanto a ser tranquilo, ponderado, equilibrado

Figura 39 – Questionário: quanto a ter sentido da descoberta, interesse pela inovação, aventura

Figura 40 – Questionário: quanto a ser solidário, ter emoção, ser ou estar apaixonado

Figura 41 – Questionário: quanto a ser alegre, divertido, comunicador

Figura 42 – Questionário: quanto à satisfação com o tipo de família

Figura 43 – Questionário: quanto à funcionalidade da família

Figura 44 – Questionário: quanto à profissão, que consideram adequada à sua formação

Figura 45 – Questionário: quanto ao trabalho e emprego, que consideram adequados ao seu gosto

Figura 46 – Questionário: quanto ao local de trabalho

Figura 47 – Questionário: quanto à duração e o horário de trabalho

Figura 48 – Questionário: quanto às condições logísticas e de materiais no trabalho

Figura 49 – Questionário: quanto à relação de proximidade com os colegas de trabalho

Figura 50 – Questionário: quanto ao ambiente de trabalho, em harmonia sem conflitualidade

Figura 51 – Questionário: quanto à organização do trabalho produtivo, partilhado e rentável

Figura 52 – Questionário: quanto à relação profissional com a entidade patronal e seus responsáveis

Figura 53 – Questionário: quanto às relações humanas com o público, fornecedores externos e outros contactantes

Figura 54 – Questionário: quanto a estar satisfeito com a remuneração que tem, adequada ao seu valor

Figura 55 – Questionário: quanto a acumular mais trabalhos e empregos, para ter melhor remuneração

Figura 56 – Questionário: quanto a não ter preocupação com o valor da remuneração necessária e suficiente

Figura 57 – Questionário: quanto a assegurar a sua sustentabilidade e da família

Figura 58 – Questionário: quanto a garantir remuneração avultada e adquirir e fazer o que não necessita mas gosta

Figura 59 – Questionário: quanto a ter as mesmas oportunidades que os colegas, para idênticas qualificações

Figura 60 – Questionário: quanto a ser promovido por mérito ou antiguidade, para incentivo e realização no trabalho

Figura 61 – Questionário: quanto a obter dividendos para melhor estatuto económico

Figura 62 – Questionário: quanto a ser valorizado como recurso humano, em detrimento dos materiais e meios de produção

Figura 63 – Questionário: quanto a não haver discriminação de género masculino e feminino no trabalho

Figura 64 – Questionário: quanto à independência total do trabalho em relação à família

Figura 65 – Questionário: quanto ao trabalho não interferir com a afectividade familiar

Figura 66 – Questionário: quanto à família não alterar a produtividade do trabalho

Figura 67 – Questionário: quanto a ser origem de conflitos, quer no trabalho quer na família

Figura 68 – Questionário: quanto a haver factor de equilíbrio, quer no trabalho quer na família

Figura 69 – Questionário: quanto a terem apreço, gosto, interesse não material

Figura 70 – Questionário: quanto a demonstrarem afeição, estima, companheirismo

Figura 71 – Questionário: quanto a serem disponíveis, dedicados, amigos da família

Figura 72 – Questionário: quanto a terem causas comuns, incluindo causa social, clube e / ou partido

Figura 73 – Questionário: quanto a serem aliados, divertidos, distraírem-no

Figura 74 – Questionário: quanto à aparência e capacidade de atracção física

Figura 75 – Questionário: quanto ao conhecimento e competência pessoal e / ou profissional

Figura 76 – Questionário: quanto à capacidade de compreensão e interajuda

Figura 77 – Questionário: quanto à experiência pessoal e / ou profissional

Figura 78 – Questionário: quanto à confiança e segurança que lhe transmitem

Figura 79 – Questionário: quanto à participação em redes sociais (facebook, twitter, ...)

Figura 80 – Questionário: quanto à participação em grupos de reflexão (análise científica, técnica, política, ambiental, etc.)

Figura 81 – Questionário: quanto à participação em grupos de intervenção / acção (causas sociais, voluntariado, solidariedade)

Figura 82 – Questionário: quanto a serem úteis de forma individual e não estarem organizados

Figura 83 – Questionário: quanto a não terem actividades de comunicação por sistema

Figura 84 – Questionário: quanto a terem uma vida exemplar, em qualidade, capacidade e moral

Figura 85 – Questionário: quanto a serem bons para ouvir os desabafos, e ponderados nas apreciações

Figura 86 – Questionário: quanto a darem ânimo e estímulo, combatendo o abatimento e a tristeza

Figura 87 – Questionário: quanto a motivarem-no para agir, ter iniciativas, acompanharem-no com frequência

Figura 88 – Questionário: quanto a aceitarem “cunhas” e resolverem os seus problemas

Figura 89 – Questionário: quanto a ser dirigente associativo, líder de grupo, ser mobilizador

Figura 90 – Questionário: quanto a ser activista, ter intervenção comunitária, agir individualmente

Figura 91 – Questionário: quanto a ser solidário com causas, princípios e valores da comunidade

Figura 92 – Questionário: quanto a apoiar iniciativas de grupos, sem se envolver demasiado

Figura 93 – Questionário: quanto a ignorar os movimentos de opinião e acção social

Figura 94 – Questionário: quanto a sentir-se bem consigo, fazendo o que lhe apetece

Figura 95 – Questionário: quanto a cumprir uma missão útil, ocasional

Figura 96 – Questionário: quanto a ser voluntário é ser solidário

Figura 97 – Questionário: quanto a que os voluntários não tenham protagonismo e publicidade

Figura 98 – Questionário: quanto a que as organizações de voluntariado não promovam fins indevidos

Figura 99 – Questionário: quanto a ignorar os problemas sociais, não correndo riscos desnecessários a fazer actividades a que não é obrigado

Figura 100 – Questionário: quanto a ser voluntário e apoiante activo de causas e ideias, de forma regular ou não

Figura 101 – Questionário: quanto a combater a pobreza e exclusão social, dando o seu contributo em esforço ou económico

Figura 102 – Questionário: quanto a ter motivação e / ou interesse para participação activa em clubes desportivos, grupos culturais, agremiações recreativas, associações cívicas, partidos políticos ou organizações humanitárias

Figura 103 – Questionário: quanto aos clubes desportivos (futebol, etc.)

Figura 104 – Questionário: quanto aos grupos culturais (teatro, cinema, literatura, folclore, etc.)

Figura 105 – Questionário: quanto às agremiações recreativas e de lazer (jogos, torneios, outras diversões)

Figura 106 – Questionário: quanto às associações cívicas (comissões, causas, petições, etc.)

Figura 107 – Questionário: quanto aos partidos políticos (qualquer que seja)

Figura 108 – Questionário: quanto às organizações humanitárias (ONGD, IPSS, etc.)

Figura 109 – Questionário: quanto a proporcionar-lhe recursos economico-financeiros

Figura 110 – Questionário: quanto a dar-lhe segurança e apoio social, evitando a solidão

Figura 111 – Questionário: quanto a promover e desenvolver a cultura, a arte e o lazer

Figura 112 – Questionário: quanto a dar-lhe os meios de bem-estar biológico e psíquico, necessários e suficientes

Figura 113 – Questionário: quanto a reduzir os factores de risco humano e vulnerabilidade pessoal e familiar

Figura 114 – Questionário: quanto à alimentação e a nutrição devem ser equilibradas e de qualidade para proteger a saúde

Figura 115 – Questionário: quanto à alimentação e nutrição devem ter quantidade, espécie e paladar que proporcionem bem-estar pessoal e social

Figura 116 – Questionário: quanto à alimentação (alimentos, confecção e indústria) deve ter custos baixos para satisfazer a procura e a necessidade

Figura 117 – Questionário: quanto ao aconselhamento alimentar deve ter em conta o stress do dia-a-dia e a situação de saúde (ou doença) de cada pessoa

Figura 118 – Questionário: quanto ao aconselhamento alimentar deve ter em conta o trabalho da pessoa, a sua capacidade económica e os recursos logísticos ao seu dispor

Figura 119 – Questionário: quanto ao exercício físico, é ou deve ser uma prioridade na prevenção, cura e reabilitação de doenças da civilização

Figura 120 – Questionário: quanto ao exercício físico, é ou deve ser adaptado às características físicas e ao perfil psicológico da pessoa

Figura 121 – Questionário: quanto ao exercício físico, é ou deve ser de tipo, intensidade e duração, conforme cada pessoa individualizada

Figura 122 – Questionário: quanto ao exercício físico, deve ter em conta eventuais limitações de mobilidade e outras doenças já existentes

Figura 123 – Questionário: quanto ao exercício físico, deve ser adaptado ao horário laboral, tempo de lazer e conveniência familiar

Figura 124 – Questionário: quanto ao hábito, o tabagismo é um malefício, devendo ser completamente eliminado

Figura 125 – Questionário: quanto ao hábito, o abuso do álcool, agudo ou crónico, prejudica gravemente a saúde, mais cedo ou mais tarde

Figura 126 – Questionário: quanto ao hábito, o consumo de drogas leves ou duras conduz à perda de saúde e à viciação

Figura 127 – Questionário: quanto aos hábitos, a vida familiar é afectada pelos hábitos nocivos, conduzindo ao conflito e à dissolução

Figura 128 – Questionário: quanto ao benefício, a vida social é melhorada pelo consumo de tabaco, álcool ou substâncias que alteram o estado orgânico e psíquico

Figura 129 – Questionário: quanto à participação regular em espectáculos de música, cinema, teatro, ópera, dança, viagens e turismo cultural, etc.

Figura 130 – Questionário: quanto à participação em colóquios, seminários, conferências, jornadas, etc., envolvendo saúde e ambiente

Figura 131 – Questionário: quanto à participação em congressos científicos e outras actividades relacionadas também com o trabalho

Figura 132 – Questionário: quanto à participação em actividades de bairro / condomínio, grupos regionais / festas populares, mostra de rua, feira e quermesses

Figura 133 – Questionário: considerando a política um acto de cultura, quanto à participação em comícios, sessões de esclarecimento ou convívios partidários ou acções organizadas da sociedade civil / movimentos cívicos

Figura 134 – Questionário: quanto à forma como o grau de promiscuidade afecta a saúde, através do meio ambiente e da poluição química e sanitária que envolva a zona de habitação

Figura 135 – Questionário: quanto à forma como o grau de promiscuidade afecta a saúde, através da habitação própria ou em uso, por ausência de condições de espaço, higiene e salubridade

Figura 136 – Questionário: quanto à forma como o grau de promiscuidade afecta a saúde, pela participação em grupos de rotura social, com utilização de agressividade, violência e espírito classista

Figura 137 – Questionário: quanto à forma como o grau de promiscuidade afecta a saúde, pelo ambiente de trabalho desregrado e indisciplinado, ou de opressão e limitação de direitos em saúde

Figura 138 – Questionário: quanto à forma como o grau de promiscuidade afecta a saúde, pelos comportamentos de risco sexual que envolvem consequências para os praticantes, parceiros e famílias

Figura 139 – Questionário: quanto à forma como as doenças crónicas afectam a saúde, através dos sintomas, queixas e mal-estar, poder ter várias doenças, tomar muitos medicamentos e com efeitos secundários

Figura 140 – Questionário: quanto à forma como as doenças crónicas afectam a saúde, afectam a auto-imagem e a auto-estima, podem afectar a personalidade, perturbam a relação familiar, influenciam o meio ambiente e cultural da pessoa

Figura 141 – Questionário: quanto à forma como as doenças crónicas afectam a saúde, pela inadaptação à dor e incapacidade, perda de amigos e laços familiares, desmotivação de trabalho e utilidade pessoal

Figura 142 – Questionário: quanto à forma como as doenças crónicas afectam a saúde, pela existência de complicações, expectativa de vida difícil e futuro incerto, a ideia assustadora de morte

Figura 143 – Questionário: quanto à forma como as doenças crónicas afectam a saúde, pela preocupação quanto às condições de apoio institucional (apoio hospitalar, centro de saúde, apoio domiciliário, centro de dia, lar)

Figura 144 – Questionário: quanto à forma como as limitações da vida diária provocadas pela situação de doença são prejudiciais, pela incapacidade física e motora, com perda de autonomia dessas funções

Figura 145 – Questionário: quanto à forma como as limitações da vida diária provocadas pela situação de doença são prejudiciais, pela limitação intelectual para organização da vida pessoal e familiar

Figura 146 – Questionário: quanto à forma como as limitações da vida diária provocadas pela situação de doença são prejudiciais, pela perda da dinâmica e boa relação entre as pessoas, amigos e família

Figura 147 – Questionário: quanto à forma como as limitações da vida diária provocadas pela situação de doença são prejudiciais, pela perda da autonomia, emprego e capacidade de exercício profissional

Figura 148 – Questionário: quanto à forma como as limitações da vida diária provocadas pela situação de doença são prejudiciais, pela dependência nas actividades de dia-a-dia – higiene, sustentabilidade económica e segurança

Figura 149 – Questionário: quanto à forma como a acção dos cuidadores de idosos e doentes crónicos lhes é prejudicial à sua vida pessoal, profissional e familiar, reduzindo a capacidade intelectual e de estudo e novas hipóteses de qualificação, graduação e empregos

Figura 150 – Questionário: quanto à forma como a acção dos cuidadores de idosos e doentes crónicos lhes é prejudicial à sua vida pessoal, profissional e familiar, interferindo com a vida profissional, suas responsabilidades e compromissos

Figura 151 – Questionário: quanto à forma como a acção dos cuidadores de idosos e doentes crónicos lhes é prejudicial à sua vida pessoal, profissional e familiar, alterando a motivação, empenho, dedicação e afecto para os idosos e doentes crónicos

Figura 152 – Questionário: quanto à forma como a acção dos cuidadores de idosos e doentes crónicos lhes é prejudicial à sua vida pessoal, profissional e familiar, reduzindo a capacidade económica, com menos remuneração e menos regalias para os cuidadores

Figura 153 – Questionário: quanto à forma como a acção dos cuidadores de idosos e doentes crónicos lhes é prejudicial à sua vida pessoal, profissional e familiar, quando há falta de apoio dos cuidados continuados da rede pública

RESUMO

Introdução/Objectivos

A determinação do tipo de família, segundo estrutura/dinâmica global, relação conjugal e parental, contribui para criação de padrões em saúde da pessoa e da família.

A criação de novas formas da avaliação da família, por método em saúde da pessoa (actual, pragmático e útil), é imperiosa, por desactualização de métodos existentes.

São determinantes: tipo de família, realização pessoal, trabalho, amigos, sociedade, estilos de vida, morbilidades, plano de cuidados à família.

São objectivos: caracterização do TIPO DE FAMÍLIAS da lista de utentes do médico de família (estrutura/dinâmica global, relação conjugal e parental), e criação de novo método de avaliação em Saúde da Pessoa “APGAR SAUDÁVEL”, via aplicação de Questionário com factores que influenciam Saúde da Pessoa.

Material/Métodos

Estudo de carácter quantitativo através da aplicação do inquérito (APGAR SAUDAVEL), observacional, transversal, descritivo. O tratamento da informação terá como base uma análise quantitativa, recorrendo a medidas de frequência e medidas de associação.

Resultados/Conclusões

Quanto ao TIPO DE FAMÍLIAS:

1 - Caracterizada Lista de Utentes (variáveis demográficas, estilos de vida, neoplasias malignas).

2 – Caracterizados Tipos de Família:

Quanto à estrutura/dinâmica global, 21 tipos: nuclear (40,1%), unitária (13,5%), reconstruída (6,9%), com dependente (6,5%), monoparental (6,3%), alargada (5,4%), díade nuclear (4,6%), descontrolada (4,4%), com fantasma (4,2%), acordeão (2,0%), co-habitação (1,6%), homossexual (1,0%), dança a dois (1,0%), prole extensa (0,8%), consanguínea (0,8%), flutuante (0,6%), múltipla (0,6%), grávida (0,6%), adoptiva (0,4%), comunitária (0,4%), hospedeira (0,2%).

Relação conjugal, 6 tipos: companheirismo (40,2%), moderna (38,9%), tradicional (9,9%), paralela (6,2%), associação (2,7%), fortaleza (2,2%).

Relação parental, 7 tipos: equilibrada (73,1%), superprotectora (7,6%), centrada nos filhos (5,9%), permissiva (5,0%), rígida (2,9%), sem objectivos (2,9%), centrada nos pais (2,5%).

Quanto à aplicação do QUESTIONÁRIO em Saúde da Pessoa “APGAR SAUDÁVEL” à Lista de Utentes, feita caracterização socio-demográfica (66,4% de respostas), predominando género feminino, casado/união de facto, 2 pessoas/agregado, 65 ou mais anos, técnicos/profissionais nível intermédio, ensino básico.

AS PESSOAS consideram, quanto ao mais importante:

Realização pessoal: saúde mental, objectivos de vida, ser útil, ser responsável, empenhado, dedicado.

A maioria está satisfeita com a sua *família* e considera-a funcional.

Trabalho: a profissão, ambiente de trabalho, sustentabilidade e da família, oportunidades, não interferir na afectividade familiar.

Amigos: afeição/estima/companheirismo, compreensão/interajuda, grupos de intervenção, ânimo/estímulo.

Sociedade: ser solidário, ser voluntário, combater pobreza/exclusão social, organizações humanitárias, factores de risco e vulnerabilidade pessoal/familiar.

Estilos de vida: alimentação/nutrição equilibradas e qualidade, exercício físico, consumo de drogas e perda de saúde/viciação, espectáculos/viagens/turismo cultural, abolir comportamentos de risco sexual.

Morbilidades: afectar auto-imagem/auto-estima, incapacidade física/ motora, falta de apoio dos cuidados continuados da rede pública.

Quanto ao TIPO DE FAMÍLIAS, conclui-se:

Todos os tipos de família definidos pela literatura e na Classificação de Tipos de Família proposta por Caniço *et al* foram identificados e caracterizados.

Quanto à estrutura/dinâmica familiar, família predominante foi nuclear, a menos numerosa hospedeira; na relação conjugal, família predominante foi companheirismo, a menos numerosa foi fortaleza; na relação parental, família predominante foi equilibrada, a menos numerosa foi centrada nos pais.

A familisofia e famililogia saem enriquecidas (não só 5 tipos de família *principais*, integram-se 34 tipos e 3 grupos).

A família nuclear é cerne do tipo de famílias, mas pode ser também cerne da questão (perfis, disfunção e rotura). Todos tipos de famílias têm potencialidades e problemas.

Sendo quase 4/5 das famílias companheirismo e modernas, há condições para relação conjugal satisfatória; 1/5 das famílias estão desajustadas na evolução e organização familiar.

A grande maioria das famílias (relação parental), são equilibradas/estáveis; número de famílias instáveis justifica planos de intervenção familiar e social.

Plano de Cuidados à Família sai reforçado e útil, após classificação do tipo de família, como complemento modelo, no processo clínico familiar, com sugestões de intervenção e avaliação.

Há impreparação discente para planos de cuidados à família.

Quanto à criação de novo método de avaliação em Saúde da Pessoa “APGAR SAUDÁVEL”, conclui-se:

Comprovação da consistência, adequação e validação das hipóteses (91,7%).

Há coerência e similitude das respostas jovens/população total, com idêntico grau de importância (98,5%), sugerindo ideais intergeracionais, satisfeitos ou desejados.

As hipóteses por absurdo, desvalorizadas/rejeitadas pelos inquiridos (8,3%), implicaram reestruturação e questionário final.

Houve contributo da sociedade civil, saúde ocupacional, dinâmica de grupo juvenil, pedagogia da ciência e reflexão para meios decisórios de poder.

Foi criado e aplicado Questionário final “Apgar Saudável” como novo método de avaliação em Saúde da Pessoa.

A utilização por médicos/médicos de família e alunos de Medicina/Ciências da Saúde é útil como método de avaliação familiar, meio de diagnóstico, prestação de cuidados em Saúde da Pessoa, e elaboração de plano de cuidados ao paciente e família; também útil a pacientes e doentes, como reflexão, debate familiar e adesão à ajuda técnico-profissional do médico de família.

ABSTRACT

Introduction/Goals

Determining the type of family, according to the global structure/dynamics, marital relationship and parental relationship, contributes to creating health patterns for the individual and for the family.

The creation of new forms of family assessment, through the individual's health assessment method (updated, pragmatic and useful), is essential since the existing methods are obsolete.

The determinant aspects of the study are: family type, personal fulfillment, job, friends, society, life styles, morbidities, family care plans.

The goals are: characterizing FAMILY TYPES within the list of users of the family doctor (global structure/dynamics, marital and parental relationships), and creating a new evaluation method of the Individual's Health "HEALTHY APGAR" ("APGAR SAUDÁVEL"), through the use of a questionnaire with the factors that influence the Individual's Health.

Material/Methods

Study of quantitative character through the application of the survey (APGAR SAUDÁVEL), observational, cross-sectional descriptive. The data processing will be based on a quantitative analysis, using measures of frequency and association measures.

Results/Conclusions

Regarding FAMILY TYPES:

1– Characterized Patients List (demographic variables, life styles, malignancies).

2 – Characterized Family Types:

Regarding global structure/dynamics, 21 types: nuclear (40.1%), unit (13.5%), rebuilt (6.9%), with dependent (6.5%), single parent (6.3%), extended (5.4%), dyad nuclear (4.6%), uncontrolled (4.4%), with phantom (4.2%), accordion (2.0%), co-housing (1.6%), homosexual (1.0%), dance to two (1.0%), extensive offspring (0.8%), inbreeding (0.8%), floating (0.6%), multiple (0.6%), pregnant (0.6%), foster (0.4%), community (0.4%), hostess (0.2%).

Marital relationship, 6 types: fellowship (40.2%), modern (38.9%), traditional (9.9%), parallel (6.2%), association (2.7%), strength (2.2%).

Parental relationship, 7 types: balanced (73.1%), overprotective (7.6%), focused on children (5.9%), permissive (5.0%), rigid (2.9%), with no goals (2.9%), focused on parents (2.5%).

As to the use of the QUESTIONNAIRE in Individual's Health "HEALTHY APGAR" in the Patients List, with the socio-demographic characterization made (66.4% of responses), predominantly females, married/common-law marriage, 2 people/household, 65 or more years, technicians/professionals of intermediate level, primary education.

PEOPLE CONSIDER, as to what is the most important:

Personal fulfillment: mental health, life goals, be helpful, be responsible, committed, dedicated.

Most are satisfied with their *family* and considers it functional.

Job: the profession, work environment, sustainability and of the family, opportunities, not to interfere in the family affectivity.

Friends: affection/esteem/companionship, understanding/mutual help, intervention groups, encouragement/incentive.

Society: be supportive, be a volunteer, fighting poverty/social exclusion, humanitarian organizations, risk factors and personal/familiar vulnerability.

Life styles: balanced food/nutrition and quality, exercise, drug use leads to loss of health/addiction, entertainment/travel/cultural tourism, abolishing sexual risk behaviors.

Morbidities: affecting self-image/self-esteem, physical/locomotive disability, lack of support in the continued care within the public service network.

Regarding FAMILY TYPES, it has been concluded:

All family types defined in the literature and in the classification of types of family proposed by Caniço *et al* were identified and characterized.

As for the family structure/dynamics, the predominant family was nuclear, being the hostess the less numerous; in the marital relationship, the predominant family was fellowship, being strength the less numerous; in the parental relationship, the predominant family was balanced, being the less numerous focused on parents.

The *familisophy* and *famililogy* are enhanced (not only 5 *main* family types, there are 34 types and 3 groups).

The nuclear family is the core of family types, but can also be the core of the issue (profiles, dysfunction and rupture). All family types have potential and problems.

Being almost 4/5 of families companionship and modern, there are conditions for satisfactory marital relationship; 1/5 of families are dysfunctional in family organization and evolution.

The vast majority of families (parental relationship) is balanced/stable; the number of unstable families justifies intervention plans at the familiar and social level.

The Family Care Plan comes out strengthened and useful, after classifying the family type, as model complement, in the family clinical process, with suggestions for assessment and intervention.

Students are unprepared for the appropriateness of care plans to families.

Regarding the creation of a new assessment method in Individual's Health "HEALTHY APGAR", it is concluded:

Proof of consistency, adequacy and validation of hypotheses (91.7%).

There is a coherence and similarity of answers from young people/total population, with the same degree of importance (98.5%), suggesting intergenerational ideals, either already met or desired.

The absurd hypotheses, disregarded/rejected by respondents (8.3%), have implied restructuring, being applied in the final questionnaire.

There has been civil society's contribution, occupational health, juvenile group dynamics, branches of science pedagogy and reflection for power decision-makers.

The final questionnaire "Healthy Apgar" has been created and applied as new evaluation method in the Individual's Health.

The use by doctors/family doctors and students of Medicine/Health Sciences is useful as a method of family assessment, through diagnosis, care in Individual's Health and preparation of the care plan for the patient and family; also useful to patients, as a reflection, family debate and joining technical-professional aid of the family doctor.

Palavras – chave

Ser Humano, Tipos de Família, Métodos de Avaliação, Saúde da Pessoa, Familisofia, Famililogia, Medicina Geral e Familiar, Médico de Família, Plano de Cuidados, Apgar Saudável

INTRODUÇÃO

As Origens do Estudo

A publicação do livro “*Novos Tipos de Família, Plano de Cuidados*” (Caniço *et al*, 2011), apresenta a classificação de 34 tipos de família, dos quais 5 são originais, e o respectivo plano de cuidados para cada uma delas.

Tal facto determinou a necessidade de aplicação dessa *classificação* às famílias portuguesas, agrupando e ordenando as suas características, bem como fomentou a utilidade de aplicação prática de um plano de cuidados adequado para cada uma.

Por outro lado, tal como a antiga classificação dos tipos de família, também os *métodos* de avaliação familiar se encontram desactualizados, citando-se ainda num desses métodos como modelo de aplicação, as famílias americanas dos anos 70 (há mais de 40 anos, portanto).

Em *conclusões* do livro “*Novos Tipos de Família, Plano de Cuidados*”, refere-se que há novos tipos de família, havendo necessidade de analisar a estrutura, a relação conjugal e a relação parental, articulando-as na definição, funções, limitações e potencialidades.

Os novos tipos e classificações introduzem novos factos e papéis individualizados e do todo familiar, criadoras de sinergias mas também factores de possível disfunção.

O desejo de afirmação, o individualismo, a competitividade, a oportunidade, a par da sensibilidade, consciência, alegria de viver, ser útil, ser feliz, são elementos, quais pratos da balança, que se posicionam em globalização ou humanidade.

Não estão classificadas as famílias como “ideais”, imunes aos problemas do todo familiar e da sociedade, nem estão caracterizadas famílias como “defeito”, incapazes de reagir a estímulos e não se superiorizar nas dificuldades.

A elaboração do *plano de cuidados* à (s) família (s), adaptado caso a caso, introduz uma mais-valia no interesse da classificação e na continuidade de cuidados, demonstrando a insuficiência do plano individual de cuidados aplicado isoladamente.

A família “*global*”, considerada chave no conceito de cuidados e desenvolvimento, com interpenetração das várias famílias tipificadas e os reflexos sociais, condiciona a estabilidade familiar e essa função social, em aproveitamento ou disfunção.

O *equilíbrio familiar* aumenta as sinergias propícias à dimensão humana, ao tecido produtivo e à acção social, enquanto a disfunção e a família desestruturada potenciam o sofrimento da pessoa, o risco profissional, o comportamento insociável e até a criminalidade.

A *relação médico-paciente* constitui um meio sólido e eficaz para aproveitamento das capacidades da família em crise, interagindo em conhecimento, independência e conciliação, bonomia e afabilidade.

O *médico de família*, enquanto médico pessoal e de proximidade, é o profissional mais bem colocado para, quanto à família, classificar quadros, detectar disfunção, gerir conflitos, rendibilizar capacidades, orientar problemas, tratar com qualidade de cuidados, promover saúde, prevenir risco e doenças, ser solidário.

Assim, nesta Introdução iremos analisar a *pessoa*, englobando o primado biopsicossocial como atitude, o ser humano como referência, o paciente e a relação assistencial através da sua fragilidade, incerteza, emoção, sentimento, cooperação e solidariedade, o paciente e a sua relação com o serviço de saúde, através das suas expectativas, motivações e interesses, competitividade e concorrência, pendor e influência, satisfação e “empowerment”, e a rede social de apoio, envolvimento e equilíbrio.

Quanto à *família*, iremos rever conceitos na sua origem, evolução e modelos, critérios constantes na sua composição, funções e funcionalidade, estrutura quanto aos sistemas, atributos e formas de abordagem, organização e subsistemas, e o contexto da família como factor de paz e coesão social.

Sendo o *médico de família*, um gestor de múltiplas funções, vamos abordar a disciplina académica e a especialidade de Medicina Geral e Familiar, a distinção entre o médico de clínica geral e o médico de família quanto à definição, funções e competências nucleares, a comunicação e a relação médico-doente como chave para o desempenho, e a gestão de conflitos em polivalência.

A *famililogia* e a *famililosophia* são identificadas, em ciências biopsicossociais, em actuação em crise / acontecimento / unidade de facto, em caracterização e classificação dos tipos de família incluindo novas formas de família, em dissertação sobre os métodos de avaliação familiar, na necessidade, oportunidade e vantagem do plano de cuidados à família, e na consistência científica da terapia familiar.

As Determinantes

Tipo de família / A realização pessoal / O trabalho / Os amigos / A sociedade / Os estilos de vida / As morbilidades / Plano de cuidados à família

A determinação do tipo de família, através de definição e classificação, segundo a estrutura / dinâmica global, relação conjugal e relação parental, quando existam, contribui para a caracterização e identificação de padrões que facilitam a actuação em saúde da pessoa e da família.

A realização pessoal de cada indivíduo tornou-se uma nova exigência dos tempos modernos, face às múltiplas áreas, ciências e formas da comunicação, estimulantes para a procura da felicidade e reconhecimento da sociedade.

O trabalho específico e a vida laboral, face à gestão do tempo, ao aperfeiçoamento tecnológico e à competitividade, constituem uma condicionante do equilíbrio da família, com benefícios e riscos e sua instabilidade.

Os amigos, como elo de suporte para o diálogo, exposição de sentimentos e emoções e abertura em rede, revitalizam núcleos de ponderação, apoio ou comportamentos.

A sociedade reorganizou-se e estruturou-se de acordo com movimentos de massas, ideias e opiniões, acentuando a função social do cidadão, o exercício da cidadania e o contributo para o desenvolvimento.

Os estilos de vida aprofundaram a imagem da perfeição e o culto da personalidade, ao mesmo tempo que agravaram comportamentos desviantes e trouxeram as doenças da civilização como epidemia da globalização.

As morbidades, particularmente as não curáveis, criaram limitações não aceites e, até, disfunção familiar, além do crescimento das expectativas de sucesso poder ser frustrado pela realidade da ciência médica e sua temporalidade.

A formulação de um plano de cuidados à família permite prevenir, detectar e orientar disfunções, gerir conflitos inter-familiares, impedir o agravamento de factores vulneráveis e de risco familiar.

A *crise social* instalada em Portugal e na Europa agravou os indícios, assimetrias, danos e sequelas das perturbações do ego e das famílias, podendo instalar-se um “clima” no agregado familiar explosivo em atitudes, conflitos e rotura de vida estável.

Estes considerandos determinaram a urgência da continuidade do estudo da família, a sua caracterização demográfica e a criação de novas formas da sua avaliação, actuais, pragmáticas e úteis, que sejam factor de equilíbrio em plano terapêutico e desmotivadoras da agressividade, actos sem racionalidade e fractura social.

Os Tipos de Família

Quanto à *estrutura e dinâmica global*, assumimos a existência de 21 tipos de famílias, alguns dos quais se excluem mutuamente, outros podendo sobrepor-se em determinadas famílias. Cada um destes tipos contempla estrutura e dinâmica. Alguns tipos caracterizam melhor a estrutura, outros sinalizam determinada dinâmica, disfuncional ou não.

Uma família considera-se *funcional* quando os limites entre os seus elementos são claros, havendo ligações sólidas entre os elementos de cada subsistema, a chefia é bem aceite pelos chefiados e as responsabilidades são assumidas e partilhadas em situações difíceis.

A “chefia” é interpretada no sentido de coordenação de grupo e de interesses comuns, autoridade sem autoritarismo e promoção da autonomia e responsabilidade, e sem sentido autocrático ou penal.

Quanto às *relações*, considerando a família como um sistema dinâmico criado e condicionado pelas relações entre os membros que a compõem, teremos de englobar na caracterização que propomos, uma abordagem das relações conjugais e parentais.

Os tipos de família não são estanques, imutáveis. Muito menos quando pretendemos avaliar relações intra-familiares, ainda mais rapidamente evolutivas que a sua estrutura, atendendo a maior labilidade, oportunidade ou subjectividade individual e de interacção, existência de padrões flexíveis ou não regulação inter-pessoal.

Esta análise não passa por pretender ser uma classificação rígida, mas sim uma forma de trabalho clínico que nos ofereça uma informação muito valiosa em relação a dinâmicas e atitudes disfuncionais.

Deste modo, o plano de cuidados à família poderá ser estruturado, a par do plano de cuidado individual, completado com aspectos dirigidos à reorganização relacional e promoção de relações saudáveis.

Quanto à *relação conjugal*, é parte importantíssima no que respeita à origem da família, por constituir união e reforço de objectivos comuns em harmonia, utilidade e sociedade. Assim, é inevitável analisar a dinâmica entre os cônjuges e compreender qual é a repercussão que tem sobre os restantes membros da família.

Propomos seis tipos de família, no que respeita à relação conjugal.

Os dois primeiros (famílias tradicional e moderna) e os quatro últimos (famílias fortaleza, companheirismo, paralela e associação) constituem dois subgrupos, no entanto, qualquer família poderá apresentar características pertencentes a um ou vários tipos.

Quanto à *relação parental*, engloba e traduz afecto, autoridade, capacidade de controlo e flexibilidade.

Neste ponto, analisamos as dinâmicas entre as diferentes gerações que compõem as famílias, a educação e a transmissão de valores por parte dos pais aos filhos, e a recepção desta informação por parte dos filhos.

A Medicina da Pessoa

A Medicina da Pessoa cuida da *Saúde da Pessoa*, no seu todo bio-psico-socio-cultural, integrada na perspectiva familiar e orientação comunitária, podendo considerar-se as componentes Medicina Geral, Pessoal, Humanitária e de Família.

Em estudo publicado no PLoS Medicine (Holt-Lunstad *et al*, 2010), concluiu-se que ter *rede social e familiar* é indicativo de vida saudável, ao analisar 148 estudos que observaram a relação entre a frequência da interacção humana e a saúde durante 7 anos e meio.

Os resultados apontam para o facto de os relacionamentos interpessoais diminuírem em 50% o risco de morte, valor que poderá até ser superior, se fosse analisada a qualidade das relações interpessoais.

Consideraram os autores que uma baixa interacção social coloca a vida em risco tanto quanto fumar mais de 15 cigarros por dia ou ser alcoólico, e coloca a saúde num risco superior ao de não praticar exercício físico, e é duas vezes mais prejudicial que a obesidade.

Apontam ainda que a família e os amigos influenciam de muitas maneiras uma boa saúde, seja pelo afecto, pelas conversas que permitem encontrar sentido para a vida ou pela responsabilidade que sentimos uns pelos outros.

Outro estudo aplicado a 50.797 pessoas, que viviam em Nord-Trondelag County (Cuypers *et al*, 2011), concluiu que homens e mulheres que tocam instrumentos musicais, pintam, assistem a peças de teatro ou vão a museus têm uma saúde melhor, gozam mais a vida, e são menos propensos a sofrer de ansiedade ou depressão do que as pessoas que não participam nessas actividades culturais. Além disso, quanto mais *actividades culturais* frequentavam, maiores eram os benefícios para a saúde e bem-estar.

Consideramos que os factores que influenciam a *Saúde da Pessoa* são a Realização Pessoal, a Família, o Trabalho, os Amigos, a Sociedade, o Estilo de Vida e as Morbidades.

Quanto à *Realização Pessoal*, são objectivos de análise identificar as características e factores pessoais que contribuem para a promoção de saúde e sucesso individual.

Quanto à *Família*, são objectivos de análise identificar a importância do plano de cuidados à família, através da definição dos vários tipos de família, segundo a estrutura e dinâmica global, relação conjugal e relação parental, classificação da sua funcionalidade e tendência à transformação.

Quanto ao *Trabalho*, são objectivos de análise determinar os factores profissionais e laborais que condicionam o quotidiano do indivíduo como pessoa e a sua articulação com a família.

Quanto aos *Amigos*, são objectivos de análise determinar a relevância dos amigos na pessoa, através do conceito, características e potencialidades, forma de organização e influência.

Quanto à *Sociedade*, são objectivos de análise determinar o estímulo individual à participação na sociedade civil organizada e suas causas e conflitos de interesses, como contributo à cidadania e promotor de saúde.

Quanto ao *Estilo de Vida*, são objectivos de análise determinar a influência do(s) estilo(s) de vida como factor da promoção e preservação da saúde e prevenção da(s) doença(s).

Quanto às *Morbilidades*, são objectivos de análise estabelecer a interacção entre a situação de doença, particularmente a doença que não cura, as suas sequelas e a rede de cuidadores, e a qualidade de vida da população.

A Metodologia

Caracterizar, definir e identificar os novos tipos de família, apresentados anteriormente, só foi possível através de metodologia qualitativa e quantitativa. Com este estudo, foi necessário definir quem vamos observar, o que vamos observar e como vamos observar, utilizando sempre os dois tipos de metodologia (qualitativa e quantitativa).

O tipo de *análise* previsto (Ghiglione & Matalon, 2005), orienta a escolha do método de inquérito e guia a concepção do questionário.

A observação *qualitativa* pode ser feita também através de entrevista e de observação. Na investigação *qualitativa*, a observação visa examinar o ambiente através de um esquema geral para nos orientar, e que o produto dessa observação é registado em notas de campo (Tuckman, 2000).

A observação *participante* é a melhor técnica de recolha de dados neste tipo de estudos (Bogdan e Biklen, 1994).

A observação, por sua vez, é uma análise de comportamentos espontâneos, uma percepção do não-verbal e daquilo que ele revela como códigos de comportamentos (Quivy & Campenhoudt, 1995).

Assim, para a análise deste estudo, a *observação* foi fundamental para captar os momentos espontâneos de cada membro da família para assim conseguir identificar e classificar.

Por consequência, o compromisso entre investigador e o campo de acção foi fundamental na partilha dos resultados, para que estes pudessem concorrer para uma autêntica mudança.

Existem três tipos de entrevista, a *directiva* em que existe um guião rígido e a ordem das perguntas tem de seguir uma certa lógica, a entrevista *semi-directiva* em que o entrevistador conhece os temas sobre os quais tem que recolher informação e a forma e a ordem de questionar é livre e, por fim, a entrevista *não directiva*, que parte do princípio em que se deve convidar o entrevistado a organizar o seu discurso a partir de uma tema proposto, o entrevistador só intervém para encorajar (Ghiglione e Matalon, 2005).

As entrevistas semi-directivas parecem a melhor escolha, porque permitem flexibilidade, o entrevistado tem maior liberdade para responder, o que possibilita uma maior riqueza informativa, e gera novos pontos de vista. Daí a utilização da *entrevista clinica semi-directiva*, para construção do Apgar Saudável.

Após a observação e a entrevista clínica, segue-se o *inquérito*. Esta metodologia permite conhecer uma população no que se refere a uma ou várias características, que nos leva a recorrer à realização de inquéritos. A alternativa da observação directa, mesmo que

viável, em certos casos levaria demasiado tempo ou seria impossível quando os fenómenos em estudo se reportam ao passado (Ghiglione e Matalon, 2005).

O recurso ao inquérito é necessário de cada vez que temos necessidade de informação sobre uma grande variedade de comportamentos de um mesmo indivíduo, ou quanto pretendemos conhecer o mesmo tipo de variável para muitos indivíduos.

Existem dois tipos de técnicas de *recolha de informação*: as documentais e não documentais.

Nas técnicas *documentais*, o objectivo é a recolha de informação a partir de suportes bibliográficos já existentes. É o caso da pesquisa bibliográfica, análise de textos, etc.

Nas técnicas *não documentais*, o investigador realiza observação directa ou indirecta, podendo ser feita, neste caso, através da administração de um questionário.

Uma das técnicas mais utilizadas na realização de Inquéritos é o *Questionário*. Trata-se de uma técnica não documental, de observação indirecta, que pode ser feita através de uma entrevista.

O inquérito muitas vezes é visto como um processo completo (desde a recolha, à análise, utilizando várias técnicas). O questionário é o instrumento de notação.

O questionário é um dos instrumentos de notação mais utilizado para obter informação acerca de uma dada população.

A construção do questionário e a formulação das questões constituem uma fase fundamental do desenvolvimento de um inquérito (Ghiglione e Matalon, 2005).

Para construir um questionário é necessário saber com exactidão o que procuramos, garantir que as questões tenham a mesma interpretação em todos os inquiridos, e que todos os aspectos das questões tenham sido bem abordados, entre outros aspectos.

1 – A Pessoa

1.1 - O Primado Bio-psico-social

A saúde da pessoa passa pelas dimensões física, psicológica, social, cultural e existencial (WONCA Europa, 2002), sendo que o contexto de muitas doenças só pode ser integralmente compreendido se analisado no âmbito pessoal, familiar e social, constituindo o primado / perspectiva bio-psico-social (Zurro *et al*, 2008).

Assim, os *problemas psico-sociais* são as situações de stress social que produzem ou facilitam o seu aparecimento nos indivíduos sujeitos a doenças somáticas ou psíquicas, podendo ocasionar crise ou disfunção familiar (Ahumada y Álvarez, 2008).

Assim, o que define o problema psico-social não é a expressão clínica mas a causalidade (Ahumada y Cochoy, 2008).

A abordagem dos problemas psico-sociais é feita pela terapia comportamental, cognitiva, individual e em grupo, tratamento da morbilidade psiquiátrica, terapia orientada para os problemas, terapia centrada em soluções, aconselhamento, terapia social (Ahumada y Álvarez, 2008).

Desde 1948 que a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a saúde mental e social a par da saúde orgânica, tendo em 2001 criado a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF, 2001), com modelo médico e social associados e abordagem biopsicossocial integrativa das dimensões da saúde.

Consideram-se a *teleperspectiva*, a *macroperspectiva* e a *microperspectiva*, envolvendo discriminadamente a biosfera / regiões e culturas / nações (sociedade) / ambientes específicos, comunidades (grupos / família, social / psicológico / somático, aparelhos e sistemas), órgãos e tecidos (células, moléculas, átomos, partículas sub-atómicas), sendo o domínio da macroperspectiva que o médico de família desenvolve.

A CIF é um quadro de referência universal adoptado pela OMS para descrever, avaliar e medir a saúde e a incapacidade individual e da população, utilizada transversalmente em diferentes áreas disciplinares e sectores como a saúde, educação, segurança social, emprego, economia, política social, desenvolvimento de políticas e de legislação em geral e alterações ambientais.

É aceite pelas Nações Unidas como uma das suas *classificações sociais*, considerando-a como o quadro de referência apropriado para a definição de legislações internacionais sobre os direitos humanos, bem como de legislação nacional a adoptar pelos países.

Na realidade (Zurro, 2008), a pessoa poderá ver perturbado o seu estado de equilíbrio por *razões biológicas* (vasculares, inflamatórias, infecciosas, neoplásicas, degenerativas, intoxicações, doenças congénitas ou genéticas, processo auto-ímmunes ou alérgicas,

traumatismo, endocrinopatias, deficits nutricionais ou metabólicos, síndromes orgânico-cerebrais ou outras doenças).

Mas também poderão existir *hipóteses psicológicas*, em que os sintomas serão devidos a emoções provocados por acontecimentos vitais, etapas de crise, luto patológico, alterações da personalidade, doenças psiquiátricas, comportamentos disfuncionais, toxicodependências, mitos e crenças, entre outras.

Ou ainda *factores sociais* que somatizem os sintomas, como os conflitos familiares, a incomunicação, as etapas de crise, um acontecimento familiar relevante, os conflitos laborais, a ausência de compromisso solidário familiar, a pobreza e exclusão social, a incultura, a migração, o meio ambiente, ou até a inadequação médico-doente em vez da boa relação médico-doente (Zurro, 2008).

A *avaliação* abrangente de dimensões bio-psico-sociais irá considerar os factores biológicos (incluindo genética, história médica e factores ambientais que afectam a função fisiológica), os factores psicológicos (incluindo componentes afectivos, cognitivos e comportamentais, tais como sentimentos, crenças, expectativas, personalidade, estilo de enfrentamento e comportamentos de saúde, que são contribuintes para pacientes em experiência de saúde e doença), e os factores sociais (incluindo o acesso aos cuidados de saúde, a qualidade dos cuidados de saúde, os sistemas sociais, os valores sociais, os costumes e o apoio social) (Ahmed *et al*, 2011).

Os factores sociais afectam a consulta médica em si, seus antecedentes e consequências, pelo que os pacientes com diferentes inserções no tecido social, com as correlativas diferenças no emprego, situação económica, habitação e educação, têm experiências amplamente divergentes de Saúde (Pendleton *et al*, 1984, 2003).

Consideram ainda esses autores que os médicos devem distinguir entre o reconhecimento pelo facto de os problemas dos seus pacientes terem componentes psicológicas e sociais, e a decisão de assumir a responsabilidade de intervir sobre esses mesmos componentes. Assim, ajudar os pacientes a ultrapassar os seus próprios problemas é uma *actividade terapêutica* fundamental.

O Relatório de Desenvolvimento Humano de 2011 (RDH, 2011) considera que a saúde (ou a falta dela) afecta a capacidade das pessoas para funcionarem e prosperarem, havendo uma correlação positiva entre saúde e situação socio-económica.

Consideram-se o *rendimento* e as *desigualdades sociais* como determinantes da saúde e usam-se novos dados sobre as famílias para examinar as tendências, sugerindo-se que o aumento da longevidade (investigado no RDH de 2010) está associado a maior equidade, pelo que a desigualdade em saúde, medida pela esperança de vida, diminuiu em geral (O`Donnel *et al*, 2008).

Esta afirmação é consistente com estudos anteriores que monitorizaram a esperança de vida e criaram uma medida de rendimento “pleno” - que subiu 140% nos países desenvolvidos entre 1965 e 1995 e 193% nos países em desenvolvimento (Neumayer, 2003) (Becker *et al*, 2005).

1.2 - O Ser Humano

O ser humano deve ser tratado como um todo, em *medicina holística*, mas depois a prática pode se reducionista (Carmo, 2011).

As pessoas preocupam-se cada vez mais com a saúde como parte integral da forma como elas e as suas famílias vivem o seu dia-a-dia (Kickbush, 2007).

Por isso, têm expectativas sobre a forma como a sociedade aborda a saúde e os cuidados de saúde, aspirando à *solidariedade* e *equidade* em saúde e sendo intolerantes com a exclusão social (Road map for a health justice majority, 2006).

Assim, as pessoas querem cuidados de saúde *eficazes*, com competência (Mullan *et al*, 2007), sem menosprezo pela “competência cultural” como valor acrescentado (Lehman & Sanders, 2007), *eficientes* e *efectivos*.

Além do que é perigoso para a sua saúde, as pessoas pensam também na saúde da comunidade e nos riscos em saúde (Gostin, 2000), ressaltando-se a *Carta de Otava* para a Promoção da Saúde em 1986, onde se inclui a segurança alimentar, os riscos ambientais e o ambiente social.

Então, as *reformas dos Cuidados de Saúde Primários* assumem definitivamente a equidade, a orientação para as pessoas, a participação da comunidade e a auto-determinação como valores essenciais, traduzindo-se não apenas em princípios éticos mas em expectativas sociais generalizadas (Relatório Mundial de Saúde 2008).

Será então uma limitação na prestação de cuidados de saúde, constituindo-se como uma inversão de cuidados, quando a *despesa pública* em serviços de saúde beneficie frequentemente os ricos em detrimento dos pobres (World Development Report 2004: making services work for poor people, 2003).

Em Portugal, a política de saúde baseada no desenvolvimento da *rede de cuidados de saúde primários* contribuiu fortemente para a redução da mortalidade materna, infantil e das crianças entre 1-4 anos, enquanto a redução da mortalidade perinatal esteve associada a maior desenvolvimento da rede hospitalar (Biscaia *et al*, 2008).

Essa política partiu da criação do *Serviço Nacional de Saúde*, financiado por impostos e complementado por esquemas de seguros públicos e privados e pagamentos directos (Bentes *et al*, 2004; Barros & Simões, 2007).

Os cuidados de saúde primários continuam a ser a base do sistema, e portanto tudo o que possa ser feito para aumentar o *acesso* dos utentes e a *qualidade*, incluindo a efectividade e eficiência dos cuidados aí prestados, será essencial (Costa, 2011).

1.3 - O Paciente e a Relação Assistencial – *fragilidade, incerteza, emoção, sentimento, cooperação, solidariedade*

A *pessoa* / o paciente sofre de fragilidades, evidencia incertezas, exterioriza ou manipula emoções, aborda sentimentos, espera cooperação, conforta-se com a solidariedade e transmite apoio.

O *profissional de saúde* deverá adaptar o seu estilo (heterocentrado ou autocentrado) às necessidades de cada pessoa, segundo o perfil do paciente, a situação clínica e a complexidade da procura por cada paciente (Carrió *et al*, 2008).

Segundo Barahona Fernandes (Barahona Fernandes, 1991), o bom senso, a “arte do clínico” e a formação “moral” dos médicos (tradicionalmente formulada no clássico

Juramento de Hipócrates) respeitam sempre determinados limites para as suas intervenções profissionais, frente aos valores do “humano” e aos autênticos interesses dos nossos doentes, ante o viver, o sofrer e o morrer (Caniço, 2002a).

Brown e Pedder (1979), descreveram 3 componentes na *relação médico-paciente*:

1 - A aliança terapêutica, que se refere ao bom trabalho de relação necessário para o sucesso de qualquer transacção. Caracteriza-se por simpatia, cortesia e confiança.

2 - A transferência, que se refere à resposta, numa nova relação, de acordo com padrões adquiridos no passado, baseados em atitudes e impressões ganhos em experiências anteriores e semelhantes. O médico pode ser imaginado pelo doente como um pai supercontrolador ou como um filho idealizado (análise transaccional).

3 - A contra-transferência, que se refere à forma como o médico vê o doente (Bateman *et al*, 2010).

Podemos utilizar expressões como "*relação médico-paciente-família*", mais complexa, já que conforme Jorge Galperin, antigo professor nas Faculdades de Medicina da Universidade de Buenos Aires (Argentina) e Universidade Federal do Rio de Janeiro (Brasil) inclui: desde o paciente, o vínculo com a família, o núcleo social ou de apoio; desde o médico, a actividade com outros membros da equipa; desde a instituição, a estrutura e funções que constituem o seu enquadramento organizativo, o chamado vínculo "*relação assistencial*" (Galperin, 1985).

A relação assistencial tem sido classista, assimétrica, necessitada de controlos externos para evitar abusos, profissionalizada e baseada em 2 pilares: um técnico e outro humano (Carrió *et al*, 2008).

Aliviar o sofrimento do paciente e potenciar a sua autonomia é o objectivo fundamental da medicina (Cassel, 1991).

A *psicoterapia* é essencialmente uma conversa que envolve ouvir e falar com aqueles que estão em sofrimento com a intenção de os ajudar a compreender e resolver a situação difícil em que se encontram, segundo Brown e Pedder (Nunes, 2007).

O *sofrimento*, misturado muitas vezes com indignação pelas falhas médicas produz embates intensos e desagradáveis. As pessoas podem ficar irritadas pelo facto de

estarem doentes e, assim, os médicos irão deparar com mais reacções negativas do que merecem (Tate, 2004).

A incerteza e o futuro são preocupações da pessoa, pelo que é necessário assumir a *medicina humanitária*, medicina da pessoa. O paciente está preocupado e ansioso por poder ter algo de mal, ter vergonha, sofrer prejuízo e dano, não se ver atendido no seu pedido, por haver incompetência profissional, ou por incomodar, ter um pedido injustificado e ser repreendido por ele (Carrió *et al*, 2008).

Mas, sem prejuízo da relação médico-doente, as novas formas de *comunicação*, com recurso às modernas tecnologias (e-saúde e internet), também são utilizadas pelo paciente como modelo, para expor dúvidas ou gerar ansiedade, sendo por vezes o primeiro contacto informador. Deve o médico promover recomendações e regras de utilização (Stoeckle, 2009).

Como tal, não se deve desperdiçar a utilização do correio electrónico e internet para informar os pacientes e apoiar as decisões clínicas como prioridades para melhorar a qualidade e o serviço de saúde prestado (Scherger, 2007).

As *emoções* que nos chegam do paciente são valorizáveis, sem perda da razão científica, e podem conectar-se com as emoções do próprio profissional, sem perda de isenção (Carrió *et al*, 2008; Stoeckle, 2009).

Todos os pacientes provocam uma resposta emocional no médico. Alguns provocam sentimentos intensos que podem variar da atracção à repugnância. Felizmente, porém, a nossa reacção à maioria dos pacientes não é tão intensa. Contudo, os médicos nunca são neutros nos seus sentimentos relativos aos seus pacientes (Enelow *et al*, 1999).

As emoções (*emovere* – colocar em movimento) são públicas, só os pensamentos são privados, e o médico deverá consciencializar a presença de emoções contaminantes e do consequente processo de controlo, de modo a não interferir na relação médico / paciente, designada descontaminação emocional (Nunes, 2007a).

A pessoa expõe-se, abrindo-se ao médico com sentimentos vivenciados ou em curso, devendo vincular o médico a aconselhar, transmitir confiança ou simplesmente ouvir como atitudes terapêuticas. Os *sentimentos* despertados no médico, negados ou evitados, podem ser úteis como instrumentos diagnósticos e / ou terapêuticos. Muitas

vezes, o estado emocional do paciente (ira, medo, depressão major) pode ser transferido para o médico e vice-versa (Oliveira & Pellanda, 2004), e ser útil a técnica da confrontação ou psico-drama.

O médico aborda os sentimentos do paciente sobre a doença e o tratamento com consideração, preocupação genuína e empatia (Stoeckle, 1997).

A *cooperação* é sinónimo de partilha e negociação, em contraste com o paternalismo, que impede a análise objectiva, privilegiando a relação humana e técnica, já que “às vezes curamos, outras cuidamos, mas quase sempre consolamos” (Peabody, 1927).

A *solidariedade* é um sentimento em favor de outrem, o sentido de utilidade pública, o compromisso sólido, a defesa e apoio de causas, princípios e valores.

Uma *medicina humanista* deve rejeitar a hegemonia da destreza e da tecnocracia sobre a fertilidade da cultura e do talento. Nenhuma tendência, movimento ou atitude humanista pode colher foros de genuidade se não logra alcançar profunda penetração social, cultural e comunitária. A medicina pode tornar-se superficialmente humanista (e aleivosamente alienante) quando surja impregnada de intelectualização, academismo e aristocratização; ser apanágio utilitário de um qualquer microcosmo profissional académico ou social. Uma vera medicina humanista dissemina-se na textura da matriz social e comunitária e nela se elabora e expande, imprimindo forma, conteúdo e sentido humanistas a um macrocosmo em constante evolução (Gomes *et al*, 1986).

Ao *cidadão* – que tem responsabilidade pessoal e social na concepção positiva da (sua) saúde, pede-se também a compreensão pela saúde global, como causa humanitária, incrementando o seu apoio, contributo para atingir a bitola que reclama para si (Caniço, 2006b).

O “espaço” do médico é apenas isso, uma "casa" onde alguém se sente bem-vindo e parte da comunidade. A relação continuada com os pacientes fornece indicações sobre a complexidade das suas necessidades em saúde e honra a interação das múltiplas perspectivas de saúde. Permite que o médico use diretrizes baseadas em evidências, na compreensão de que a variabilidade é a norma. O melhor tratamento para um indivíduo pode não ser o melhor para outro. O *cuidado centrado no paciente* reconhece que o cuidado deve ser focado nas necessidades de cada paciente, e não simplesmente num

estado de doença. Idealmente, o objectivo deve ser "*centrado na relação*", incentivando a atenção para as necessidades específicas do paciente para se sentir bem. Assim, a criação de relações de cura, cicatrizadas, é um objectivo central do “espaço” do médico eficaz (Chez & Jonas, 2005).

A relação médico-paciente constitui um meio sólido e eficaz para aproveitamento das *capacidades da família* em crise, interagindo em conhecimento, independência e conciliação, bonomia e afabilidade (Caniço *et al*, 2011a).

1.4 – O Paciente e a sua Relação com o Serviço em Saúde

O paciente (utilizador do serviço de saúde, doente ou não doente) na sua relação com o serviço em saúde tem expectativas, selecciona motivações e interesses, pode apresentar pesporrência e dominar influência, é emissor de competitividade e concorrência, varia no grau de satisfação, torna o “empowerment” um factor de recursos.

As *expectativas da sociedade* relativamente ao médico e ao paciente existem no *modelo paternalista de Parsons*, em que o médico domina e o paciente coopera, enquanto no *modelo de Rogers* a comunicação terapêutica é essencial para ajudar a pessoa, diferença que levou à passagem do estilo centrado no médico ao método centrado no paciente de McWhinney (Nunes, 2007b).

São *expectativas tradicionais do paciente*, relativas ao médico, que este seja um curador de doenças e seja dominador de técnicas, para o seu controlo, alívio ou cura. Entre as expectativas específicas latentes e interesses do paciente podem encontrar-se ainda a melhoria do *status* social por consultar profissionais socialmente importantes, a catarse de luto, zanga ou desespero, o apoio à incapacidade de ter sucesso, e a compreensão e controlo da doença através de explicações médicas “científicas” (Stoeckle, 1997).

As expectativas do paciente são diferentes, consoante se trate de um pedido ou súplica, que pode ser dado ou atendido, ou se trate de uma queixa, que poderá ser resolvida, minimizada ou de solução impossível. A fronteira entre uma e outra relaciona-se com as crenças ou comportamentos do paciente e as experiências pessoais e comunitárias que conhece, havendo uma expectativa prévia de resultado em relação ao pedido, o que pode estar ausente na queixa (Carrió *et al*, 2008).

Essas expectativas dos pacientes em cuidados de saúde primários referem-se aos altos níveis de competência profissional, informação adequada sobre o seu problema de saúde e o seu tratamento, e o seu desejo da comunicação centrada no paciente. Aspectos organizacionais são menos importantes, mas os cuidados de saúde primários devem ser avaliáveis e acessíveis, principalmente em caso de emergência (Williamson, 2000).

As *motivações* ou *solicitações* do paciente são ações e comportamentos específicos e concretos identificados pelos pacientes, e o seu reconhecimento e negociação rápidos beneficiam tanto o paciente como o médico (Stoeckle, 1997).

Se não for prestada atenção ao motivo do paciente para vir à consulta, o paciente não continua o tratamento (Stoeckle, 1997).

As expectativas e motivações do paciente são ter alívio nos seus sintomas, saber o que se passa, ter um prognóstico e ter previsibilidade / grau de certeza na sua doença e evolução, recuperar os níveis precedentes de intervenção social e proteger a sua família (Carrió *et al*, 2008).

O *encontro médico – doente* é um encontro entre duas culturas, que coloca a saúde e a ciência como valores sociais centrais (Stoeckle, 1997).

O paciente pode entrar em competitividade, em exercício de poder, com o médico, predominando na consulta (relação consumista), partilhando com o médico (*mutualista, contratual ou cooperativo*), sendo o controlo da entrevista feito pelo médico (*paternalista ou sacerdotal*) ou demitindo-se ambos do controlo da consulta (*demissionário, complacente ou de camaradagem*) (Nunes, 2007).

O paciente pode manifestar *pesporrência*, por vezes, quando tem a sensação de estatuto ou poder inerente ou adquirido, que lhe está adstrito por poder escolher o médico e/ou o serviço, ter a capacidade para reclamar, denunciar ou desprestigiar profissionais e serviços de saúde, pagar pelo acto médico, ser da mesma profissão (médica) ou entidade patronal (“colega” em serviço de saúde), ser de classe socio-económica alta, ou ter capacidade de influência e fazer parte do rol social dominante (político ou económico) (Carrió *et al*, 2008).

Se o médico não tiver uma abordagem centrada no doente, terá doentes menos satisfeitos, menos competentes para cuidarem da sua saúde e ultrapassarem os seus problemas, auto-percepção de maior sobrecarga pelos sintomas e maior uso dos serviços de saúde (Little *et al*, 2001).

As consultas com *abordagem centrada no doente* estão associadas a maior nível de satisfação (Bertakis *et al*, 1991), enquanto os comportamentos dominadores do médico se associam a menores graus de satisfação do paciente, concluindo-se que é a associação entre perícias relacionais e informação que determina a adesão (Speedling & Rose, 1985).

O *empowerment* (empoderamento, capacitação) dos pacientes significa aquisição de poder, motivação, capacitação e liderança em problemas de saúde.

Empowerment não significa que os pacientes fazem o que lhes é pedido, isso é compliance, adesão, cumprimento; é a antítese da conformidade. Não-adesão são duas pessoas trabalhando em direção a objectivos diferentes.

Empowerment é uma forma de interagir em que informações precisas são fornecidas de forma compreensível para o indivíduo, promovendo a capacidade dos pacientes de tomar decisões por si mesmos.

Empowerment é um processo e um resultado. O processo requer que um parceiro de cuidados de saúde reconheça as necessidades individuais e ajude a pensar criticamente a tomar decisões informadas sobre o que os pacientes escolheram para actuar.

O resultado é que os indivíduos decidem o que é melhor para eles, nas suas situações actuais.

Os profissionais de saúde não podem controlar as decisões de seus pacientes e, portanto, não podem ter o resultado.

O clínico pode reconhecer os fundamentos psicossociais e emocionais que originam a mudança positiva e, em seguida, de forma gradual, sob a sua orientação, trabalham com o paciente em direcção a comportamentos positivos que o paciente, a família e a comunidade podem definir, facilitado pelo desenvolvimento de equipas de saúde (Rakel & Jonas, 2011).

O estudo de Ana Lúcia Caeiro Ramos, no Observatório Português dos Sistemas de Saúde, demonstrou que os profissionais de saúde apresentaram uma atitude empoderadora alta, os profissionais de saúde empoderadores proporcionaram utentes

empoderados, e os utentes com mais habilitações literárias apresentaram maior grau de empoderamento (Caeiro Ramos, 2003).

O estudo de Little, que avaliou as variáveis capacitação, satisfação e sobrecarga de sintomas, também confirmou que as componentes da percepção dos pacientes podem ser medidas de forma confiável e prever resultados diferentes (Little *et al*, 2001).

1.5 - A Rede Social de Apoio

A rede social é um sistema de relações que vincula pessoas ou grupos sociais, e que se relacionam umas com as outras, constituindo um tipo de cobertura social através da qual se realizam acções diversas, entre as quais o suporte social em saúde (Ahumada *et al*, 2008).

Para Madalena Alarcão, a *rede social* é um conjunto de relações interpessoais e sociais diferenciadas da massa anónima social e estabelecidas por determinado indivíduo. Os *elementos* que compõem a rede social pessoal são organizados em quatro quadrantes principais: família, escola / profissão, amizade e comunidade (vizinhança e instituições) (Alarcão, 2006a).

A rede e o *apoio social* exercem uma função de protecção, individual e familiar, frente aos acontecimentos vitais stressantes, tendo efeito protector em parâmetros relacionados com a saúde, como os sintomas auto-referidos, diversas doenças, morbidade psiquiátrica, resultados obstétricos, desenvolvimento infantil, etc. Entre os factores que intervêm no modelo explicativo da saúde familiar, quanto à rede e apoio social, encontram-se o tamanho e composição da rede e as dimensões do apoio social.

A rede e o apoio social, juntamente com os recursos do próprio paciente, são os elementos que mitigam o efeito negativo dos factores stressantes (Ahumada & Cochoy, 2008).

Podemos trabalhar com redes sociais, quer criando uma *rede interprofissional* à volta de um projecto (prevenção do tabagismo, abuso crónico do álcool, saúde sexual, etc.), quer trabalhando em conjunto com *redes comunitárias, familiares ou extra-familiares*, já existentes (associações de doença crónica, erradicação de foco poluidor, etc.) (Ahumada *et al*, 2008).

Além de rede formal de serviços comunitários, existem também *serviços* voluntários informais, sejam religiosos, de moradores ou organizações de género, muitos deles grupos de auto-ajuda, incrementados em tempos de crise ou necessidade, cujo conhecimento é muito útil para o médico de família (Ahumada *et al*, 2008).

A rede interprofissional que trabalha com as redes sociais cede protagonismo e coopera com elas, aproveitando o associativismo, ainda que seja baixo, e os recursos individuais da comunidade, os agentes comunitários de saúde e informadores chave (McWhinney e Freeman, 2009).

As *relações sociais* que são caracterizadas por vínculo seguro e mutualidade favorecem a regulação fisiológica ao promover um ambiente emocional estável (Weiss *et al*, 2002). No entanto, a ligação entre os membros da família ao lidar com a doença é diferente do apoio social em geral (Primono *et al*, 1990).

2 - A Família

2.1 – Os Conceitos de Família

A *família*, segundo a WHO / Organização Mundial de Saúde, é o grupo de pessoas de casa que tem certo grau de parentesco por sangue, adopção ou casamento, limitado em geral pelo chefe de família, esposa e filhos solteiros que convivem com eles (Ahumada & Cochoy, 2008), e é o primeiro agente social envolvido na promoção da saúde e no bem-estar (World Health Organization, 1991).

Em 1994, a WHO / OMS diz-nos que “o conceito de família não pode ser limitado a laços de sangue, casamento, parceria sexual ou adopção. Qualquer grupo cujas ligações sejam baseadas na confiança, suporte mútuo e um destino comum, deve ser encarado como família”.

Pode definir-se também, de forma abrangente, como todo o grupo de indivíduos relacionados biológica, emocional ou legalmente (McDaniel *et al*, 2003).

Para Daniel Sampaio e José Gameiro, “*fazem parte da família*” elementos não ligados por traços biológicos, mas que são elementos significativos (amigos, professores,

vizinhos, etc.) no contexto relacional do indivíduo, ou indivíduos, que solicitam intervenção (Sampaio & Gameiro, 1985).

A família é um *grupo institucionalizado*, relativamente estável, e que constitui uma importante base da vida social (Alarcão, 2006b), ou um sistema entre sistemas (Andolfi, 1981).

A família é a mais importante *fonte de stress ou de apoio* e tem uma influência poderosa sobre a saúde, sendo uma fonte primária sobre mitos e comportamentos em saúde, uma fonte importante de stress e suporte social, e em que os sintomas físicos podem ter uma função adaptativa na família e ser mantidos por padrões familiares (Campbell & Larivaara, 2005).

Assim, as famílias influenciam muito na *saúde e na doença*, o apoio emocional é o tipo de apoio mais importante e influente, o casamento é a relação familiar que mais influencia a saúde, as relações familiares negativas, críticas ou hostis influenciam mais a saúde que as relações positivas ou de apoio, e a psico-educação familiar é uma intervenção para resolver problemas de saúde (Campbell *et al*, 2007).

A família é a maior unidade da nossa *cultura* na qual se desenvolvem relações e se proporcionam cuidados a longo prazo, estando o conceito de cuidados longitudinais centrado na família (Williams, 1988).

A família funciona como *unidade de cuidados de saúde*, sendo um participante activo no processo de tratamento do paciente e, muitas vezes, toma mesmo as decisões terapêuticas pelo familiar doente (Korin & Lebensohn, 2005).

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 (Ribeiro, 2007).

Muitos dos problemas das pessoas (as doenças, sobretudo), não se podem compreender plenamente, a menos que se analisem dentro de um contexto familiar e social. Quando armamos um “puzzle” muitas vezes não encontramos uma peça cujo desenho não entendemos, ainda que o olhemos muito bem, mas depois de a colocarmos dentro do

contexto do “quadro” fica para nós claro imediatamente o seu significado (McWhinney, 1981).

Watzlawick (1967) refere que um fenómeno pode manter-se incompreensível, enquanto o campo de observação não for suficientemente extenso, para incluir o contexto em que esse fenómeno se produz (Nicholas, 1984; Courtright, 2007).

Historicamente, família, "*familus*" em latim que significa "servidor", era um conjunto de pessoas (parentes e domésticos) que viviam sob a autoridade do "*pater familias*" (Damned Group, 1973; Agostinho & Rebelo, 1988).

Hoje o quadro de valores na sociedade de modernidade avançada preconiza um modelo universal (Vintém, 2008), em que a *igualdade de género* predomina, inclusive com a adaptação da legislação, no caso português o código civil, que aboliu a figura do chefe de família, conferindo idêntica responsabilidade aos dois membros do casal.

A família é um conjunto de pessoas relacionadas pelo sangue ou casamento (embora não necessariamente), que vivem na mesma casa e com o compromisso mútuo de *cuidarem* uns dos outros ao longo do tempo (Agostinho & Rebelo, 1988, citando Garcia-Shelton & Brody, 1983, Smilkstein, 1983, e Christie-Seely, 1984).

O critério da residência comum constituindo um *agregado familiar* (ainda que existam casais que vivem em residências separadas) é aceite na definição de família, pois na vivência em conjunto as pessoas partilham recursos e apoiam-se mutuamente, criando o contexto de estruturação de formas familiares e de organização do seu quotidiano (Guerreiro, 2011).

A *família humana* é um grupo de elementos ligados por um conjunto de relações em contínua interacção com o exterior, que mantém o seu equilíbrio ao longo de um processo de desenvolvimento, com diversos estádios de evolução diversificada (Sampaio, 1984).

É um *conjunto de elementos* em interacção dinâmica, sendo o estado de cada um ou do todo, determinado pelo de cada um dos outros (Miller) (família como sistema), de acordo com a Teoria Geral dos Sistemas (vasto domínio do saber que procura compreender e explicar os sistemas no que diz respeito aos seus processos de

funcionamento, dimensões tecnológicas, organizacionais, estruturais, etc. (Alarcão, 2006b).

Define-se *sistema* como uma unidade global organizada de inter-relações entre elementos, acções ou indivíduos (Morin, 1987), ou como um conjunto de elementos ou unidades em interacção constante e recíproca, ordenados segundo determinadas regras e formando um todo organizado (Alarcão, 2006b).

A família é como uma *rede* complexa de relações e emoções que não são passíveis de ser pensadas com os instrumentos criados para o estudo de indivíduos isolados (Gameiro, 1992).

A família é *teia* de laços sanguíneos e, sobretudo, de laços afectivos, em que se encontra um emaranhado de noções, questões, e, mesmo de contradições e paradoxos (Relvas, 2004).

A *evolução* da família varia, de acordo com a história, culturas, tradição, contexto político, social e económico.

Regista-se na história, na Europa do século XVI, que em determinadas regiões de França ou Itália, a família poderia ser *patrifocal* (vários irmãos e esposas respectivas, sob a autoridade do patriarca, o mais velho), enquanto noutras regiões de França e em Portugal, predominava a *família-tronco* (o filho mais velho ficava a viver em casa dos pais, após o casamento) (Guerreiro, 2011).

A *cultura* em medicina constitui um conjunto de comportamentos, valores e costumes socialmente apreendidos, que influenciam o pensamento, sentimento e acção da pessoa na sua vida, incluindo os comportamentos e crenças sobre saúde e doença. Varia entre os subgrupos, entre os indivíduos dos grupos e ao longo do tempo. As diferenças intraculturais são tão importantes como as semelhanças interculturais. A cultura não é estática, podendo existir crenças conflituosas, além de poder co-existir na vida da mesma pessoa ou da família (Korin & Lebensohn, 2005).

As formas diferentes em que médicos e pacientes explicam a doença, são os *modelos* explicativos para a saúde e a doença (Kleinman, 1980), que podem diferir na crença sobre a causa dos sintomas e doenças, no rótulo do sintoma, na expressão de

desconforto que representa a doença, nas atitudes e preferências em procurar ajuda pelo paciente, e no tratamento que os pacientes desejam ou esperam (Helman, 2000).

As famílias e os indivíduos são especialmente vulneráveis em momentos de *mudança de vida*, que muitas vezes desencadeiam sintomas e conflitos familiares, ampliados quando a mudança cultural se sobrepõe à mudança do ciclo de vida (Korin *et al*, 2002).

Distintos contextos geográficos e culturais ancoram diferentes normas, valores e instituições, resultantes da história de uma região particular, dos seus costumes e tradições, deixando marcas no que a família aí possa representar e contribuindo para a existência de uma grande *diversidade* de formas familiares à escala planetária, com influências díspares, designadamente no conceito de saúde (Guerreiro, 2011).

O contexto *político* influencia a evolução da família.

Em Portugal, a conquista da liberdade e da democracia em 25 de Abril de 1974, determinou o seu reordenamento jurídico quanto à postergação do dever de obediência e à promoção da igualdade, levou à contestação relativa a dogmas religiosos, trouxe a público a(s) disfuncionalidade(s) na família expressas em violação de direitos humanos individuais, como a violência doméstica.

Demograficamente, a partir de 1960 e até 2010, a idade média no primeiro casamento aumentou, bem como a idade média do nascimento do primeiro filho, e a taxa de nupcialidade reduziu-se para metade, bem como os casamentos católicos. A taxa de divórcio aumentou 25 vezes, e as famílias têm vindo a diminuir o número de filhos até quase 1/3, tal como a taxa de fecundidade. Os nascimentos fora do casamento aumentaram 4 vezes, o índice de envelhecimento mais do que quadruplicou, e a dimensão média das famílias reduziu-se de 3,8 elementos para 2,7 (INE, 2010).

O *estatuto socio-económico* da família constitui um grande preditor do estado de saúde dos indivíduos quanto à prevalência de doenças crónicas, as limitações no desempenho de actividades quotidianas e na capacidade funcional geral (Aldous, 1978).

A *classe social* da família tem impacto significativo, nomeadamente na esperança de vida dos seus elementos, nas condições de saúde e na sua percepção, e no acesso a mais

ou menos recursos que assegurem os cuidados necessários na prevenção e situação de doença (Nunes, 1997; Antunes, 2000).

Quanto aos *cuidados de saúde* às famílias, as disparidades no acesso e qualidade em cuidados de saúde são, cada vez mais, reconhecidas entre as minorias raciais e étnicas, mulheres, homossexuais e idosos (Kerridge *et al*, 2001).

Os afro-americanos, quando comparados com os americanos brancos, têm menos acesso à angiografia coronária, à trombólise e à angioplastia coronária. Outros estudos sobre o tratamento do cancro do pulmão, têm demonstrado discriminação no manejo da dor, acesso a medicamentos e algumas modalidades de tratamento (Crawley, 2001).

Também os cuidados de saúde para minorias étnicas e raciais, pobres e idosos são diferentes e, em alguns casos, abaixo do limiar de cuidados disponíveis para grupos, social e economicamente privilegiados. A morbi-mortalidade é mais prevalente nos grupos desfavorecidos, devido às disparidades sociais e ambientais (Krieger, 1993).

O *modelo de família* deve ser considerado como relevante na caracterização da família. O modelo é um método para pôr em relevo certos modos de explicar a realidade, ou seja, um esquema teórico de um sistema de uma realidade complexa que se elabora para facilitar a sua compreensão e o estudo do seu comportamento (Ahumada & Cochoy, 2008).

Segundo Miller (1990), o modelo em saúde é um sistema de crenças ou um plano para dar sentido ao conjunto de fenómenos com que se defrontam médicos e pacientes.

São modelos de família, o patriarcal, matriarcal, monoparental, de indivíduos sós ou casais homossexuais.

O modelo de *relações* definido na e pela família é a sua estrutura (Relvas, 2004), o que significa a qualidade emergente de processos comunicacionais que a fazem nascer, manter ou desaparecer (Bénoit & Malarewicz, 1988).

No caso das *famílias socialmente vulneráveis*, há que reenquadrar a sua definição, de forma a aumentar a possibilidade de ver soluções e não só problemas. Esse reenquadramento tem de considerar que interventor e clientes constituem o sistema, e não centrar apenas os problemas, pois têm efeito debilitante no sistema de intervenção (impotência e frustração), e assumir que todos os sistemas têm competências e

incompetências (os problemas existem num tempo que evolui, não sendo estáticos, e consubstanciam-se num contexto) (Sousa, L. *et al*, 2007a).

2.2 – Os Critérios constantes de Família

As relações intra-familiares são ainda mais rapidamente evolutivas que a sua estrutura, atendendo à maior labilidade, oportunidade ou subjectividade individual e de interacção, existência de padrões flexíveis ou não regulação inter-pessoal (Caniço *et al*, 2011b).

As relações saudáveis caracterizam-se por dois *modelos de interacção* (simétrica e complementar), cuja alternância, em tempos distintos ou áreas diferentes, são condição necessária para o desenvolvimento de comunicações funcionais (Alarcão, 2006d).

São critérios constantes da família, a *aliança* (forma de relação que significa modo de afinidade e união conjugal) e a *filiação* (forma de relação que significa modo de descendência).

A relação conjugal é parte importantíssima no que respeita à origem da família, por constituir união e reforço de objectivos comuns em harmonia, utilidade e sociedade (Caniço *et al*, 2011b). O modelo de vida pessoal (afectiva, profissional e social) é confrontado e negociado com o do/a parceiro/a, traduzindo a conjugalidade real (já não fantasmática) e da nova família (Alarcão, 2006e).

O exercício da função parental leva-nos à definição do modelo educativo que, tal como no modelo conjugal, resulta de uma construção progressiva, feita por erros e ensaios (Alarcão, 2006f).

A relação parental engloba e traduz afecto, autoridade, capacidade de controlo e flexibilidade, com dinâmicas entre as diferentes gerações que compõem as famílias, a educação e a transmissão de valores e recepção de informação pais / filhos (Caniço *et al*, 2011b).

2.3 – As Funções da Família

A função familiar permite que a família mantenha um equilíbrio estável para alcançar os objectivos psicobiológicos, socioculturais, educativos e económicos que requer o grupo familiar. A família *normofuncional* é capaz de regular as relações entre os seus membros, garantindo a homeostase e facilitando as trocas (Ahumada & Cochoy, 2008).

Uma família considera-se *funcional* quando os limites entre os seus elementos são claros, havendo ligações sólidas entre os elementos de cada subsistema, a chefia é bem aceite pelos chefiados e as responsabilidades são assumidas e partilhadas em situações difíceis (Almeida, 1994).

A “chefia” é interpretada no sentido de coordenação de grupo e de interesses comuns, autoridade sem autoritarismo e promoção da autonomia e responsabilidade, e sem sentido autocrático ou penal.

A principal função da família é a sobrevivência, e o *médico de família* deve avaliar a função familiar dos seus pacientes porque é possível relacionar a saúde do indivíduo e a disfunção familiar percebida por ele (Smilkstein, 1984).

Muchnik e Seidman identificam como *características definidoras da família* o núcleo de pessoas conviventes unidas por laços de parentesco, os seus membros formam parte de um grupo ao qual reconhecem a sua lealdade e pertinência e ao qual devem a sua identidade e solidariedade, e é um conjunto interdependente de indivíduos que formam uma unidade social única, entre cujas funções fundamentais se encontram a socialização e a parentalidade (Ahumada & Cochoy, 2008).

Determinados *ideais e objetivos* foram surgindo e impondo-se, como a autonomia e independência individual, a igualdade entre o homem e a mulher, a qualidade da relação interpessoal, a intimidade conjugal, o sentido de colaboração e partilha do quotidiano, a sexualidade feliz, a procriação responsável e da educação dos filhos (Neto, 2004).

As funções *iniciais* da família eram a reprodução da espécie, segurança e protecção, produção de bens, transmissão cultural e socialização dos jovens. As funções *recentes* são a protecção e desenvolvimento psicossocial, a satisfação sexual, o apoio afectivo e a realização pessoal (Chaves, 1994; Tomé, 2003).

No caso das famílias multiproblemáticas pobres, no seu funcionamento, não existe um problema ou sintoma preciso, mas apresentam múltiplos problemas graves que afectam vários elementos da família, vividos em simultâneo e / ou em sequência, tendo baixas competências sociais (Sousa, L. *et al*, 2007b).

2.4 – A Estrutura da Família

A estrutura da família é o conjunto de relações que se estabelecem em cada etapa da vida da família e que lhe vão conferindo configurações particulares sem nunca lhe modificar a identidade básica (Alarcão, 2006b).

As *fronteiras* ou limites, as *alianças* e as *coligações* delimitam a estrutura da família. Se as fronteiras são obscuras no sistema familiar, surgirão problemas funcionais e sintomas em membros da família. A aliança ocorre quando dois ou mais membros da família estão trabalhando em conjunto e não contra alguém, promovendo a funcionalidade. A coligação acontece quando dois ou mais elementos da família se unem contra um terceiro. A *triangulação* ocorre quando um membro da família (ou profissional de saúde) é arrastado para um conflito entre duas outras pessoas (Campbell & Larivaara, 2005).

Os extremos na família são as famílias *emaranhadas* (centrípeta, os indivíduos têm pouca autonomia e reagem de forma exagerada aos pensamentos e emoções dos outros membros da família) e as famílias *desmembradas* (quando se estabelecem fronteiras excessivamente rígidas no seu interior e difusas com o exterior, em profusão de movimentos centrífugos) (Campbell & Larivaara, 2005; Alarcão, 2006b).

O grau de *abertura* ou *encerramento* dos limites, considerados por Minuchin como normas que definem quem participa num subsistema e o modo como o faz, é variável conforme as próprias famílias e o momento da evolução que atravessam. Não existe diferença qualitativa entre famílias funcionais e disfuncionais (todas se situam num continuum), podem existir diferentes tipos de limites entre os vários sub-sistemas, e sendo preciso enquadrá-las no contexto cultural (Relvas, 2004; Alarcão, 2006b).

Segundo Miller (1990), a estrutura da família é a de um *sistema sociocultural* aberto (mantém trocas com o exterior) num equilíbrio dinâmico entre a sua tendência à homeostase (coesão familiar) e a sua tendência à transformação (individualização dos seus membros) (Ahumada & Cochoy, 2008).

A família passa por numerosas *fases* do seu ciclo vital designadas crises (Minuchin, 1980) que implicam a reestruturação do todo familiar (sistema).

As *crises* são o estado das coisas num momento de mudança eminente e podem ser naturais ou acidentais, de carácter positivo (novo equilíbrio em termos de maturação e crescimento) ou negativo (desvios da normalidade e/ou funcionalidade), sendo simultaneamente ocasião e risco (Alarcão, 2006b).

Na teoria da crise, distinguem-se *crise* (resolução com transformação dos padrões de relação) e *emergência* (resolução no quadro de funcionamento habitual), ou seja, mudanças de 2ª ou 1ª ordem, respectivamente (Alarcão, 2006b).

O *desenvolvimento familiar* reporta-se à mudança da família enquanto grupo, bem como às mudanças nos seus membros individuais, ao nível de 3 componentes: funcional, inter-accional e estrutural.

As *tarefas* de desenvolvimento familiar, para além de se relacionarem com as características individuais dos elementos que a compõem, têm que ver com a pressão social para o desempenho adequado de tarefas essenciais à continuidade funcional do sistema-família (Relvas, 2004).

O conhecimento das várias *etapas* do ciclo vital da família, no equacionar das funções e tarefas dos diferentes subsistemas bem como da hierarquia de poder e dos modelos de comunicação, permite-nos dar uma visão das suas características, potenciação e vicissitudes que, enquanto mero referencial, se torna útil na análise que pretendemos fazer de uma qualquer família, eventualmente da nossa própria (Alarcão, 2006g).

São *atributos da família*, portanto características do sistema: é composta por partes ou elementos que interagem, os elementos que a compõem diferem uns dos outros, cada elemento tem função específica, não realizável por qualquer outra, os elementos interagem ordenadamente, esta interacção resulta de formas de comunicação e "feedback" dos mais variados tipos (químicas, mecânicas, eléctricas, emocionais ou verbais), e torna-se capaz de cumprir funções ou atingir objectivos que estão para além das capacidades dos seus elementos individualmente (Relvas, 2004).

Como sistema aberto, a família tem as *propriedades* da totalidade (e não somatividade como um dos corolários), a equifinalidade, a auto-organização e a retro-acção, podendo ser negativa (mecanismo de regulação que permite de forma auto-correctiva manter o sistema estável) ou positiva (mudança qualitativa permitindo-lhe o crescimento e a criatividade) (Alarcão, 2006b).

Por isso, a família está em *interacção* com outros sistemas: o bairro habitacional, trabalho, escola, grupo de amigos (Ahumada & Cochoy, 2008).

A *abordagem* da família contribui para a melhoria da saúde, quer da família, quer do(s) elemento(s) doente(s) (Ribeiro, 2007).

É um contexto que nos permite integrar e compreender os diversos problemas individuais, apresentando vários "quadros", desde a família com um doente, à família doente, ou ainda a família como recurso terapêutico (Falceto *et al*, 2004).

A família ainda existe para o profissional de saúde dos nossos dias, com novos valores, e regras, novas práticas e consequências, também no continuum saúde / doença (Rebelo, 2011).

A abordagem da família é uma abordagem emocionalmente reflectida e cientificamente adequada ao contexto social e familiar, respeitando as concepções, crenças e valores pessoais da instituição abordada, para a qual é preciso saber ouvir, explorar o entendimento e potencializar os recursos familiares para promoção da saúde, além de realizar avaliações e intervenções familiares reflectidas na história e contexto familiar (Talbot, 1991).

A família aparece, então, como *unidade de ação programática* e, portanto, deve ser tomada como *unidade de análise*. A noção de família passa a ser compreendida como um sujeito – um sujeito que é distinto dos indivíduos que a compõem e da comunidade com a qual ela se interrelaciona (Athayde & Gil, 2005).

2.5 – A Organização da Família

A organização da família reporta-se ao conjunto de relações que constituem o edifício familiar nos seus componentes básicos. Tem como *padrões transaccionais* (Minuchin, 1980), os sistemas de forças que integram as regras universais de organização da família e as expectativas específicas de cada sistema familiar (Alarcão, 2006b).

A organização da família (incluindo aspectos que vão desde os elementos que a compõem até à definição das normas / regras inter-accionais e comunicacionais) enquadra-se no *eixo espacial ou relacional*. O espaço da família é uma das vertentes de

análise da sua unicidade. Não há duas famílias iguais, embora todas sejam família e funcionem como tal (Relvas, 2004).

Na organização da família, existem *regras e fronteiras* bem definidas, mas suficientemente flexíveis para permitirem a intercomunicação.

Os *subsistemas* podem formar-se por interesses, funções, género ou gerações (Ahumada & Cochoy, 2008).

São subsistemas da família, o subsistema *individual*, que promove o desenvolvimento pessoal a par dos restantes subsistemas (Relvas, 2004), o subsistema conjugal, espaço privado de suporte afectivo e emocional do casal (área a não ser invadida pelos filhos ou pela família alargada), o subsistema *parental*, tradutor de afecto, autoridade, capacidade de controlo e flexibilidade, e o subsistema *fraternal*, sinónimo de afecto, competição e rivalidade, com utilização frequente nos conflitos familiares (Minuchin, 1982).

A forma como se organizam entre eles e as relações que se estabelecem entre eles e no interior de cada um, coincidem com a estrutura da família (Relvas, 2003).

2.6 - A Família, Factor de Paz e Coesão Social

No âmbito da sua função como membro da Comissão para o Desenvolvimento de Competências nos Agrupamentos de Centros de Saúde da Região Centro, os quais avaliou, o autor considerou, em conjunto com o Professor Pedro Lopes Ferreira, da FEUC, que entre as principais fragilidades relativas ao desempenho dos responsáveis com óbvias consequências nos profissionais se encontrava o desconhecimento global da saúde da família como factor de paz e coesão social (Caniço & Ferreira, 2011).

A própria comemoração do Dia Internacional das Famílias centra-se na coesão social e coexistência e, quando o desenvolvimento é prejudicado pelos conflitos e prevalece a instabilidade, as famílias também são prejudicadas, o que priva as sociedades de um *elemento essencial de construção da paz e da prosperidade* (UNESCO, 2012).

A construção de uma *sociedade livre, justa, generosa e solidária* começa na família e seus atributos de afectividade, amor e respeito pelos pais, irmãos, avós e demais membros da família alargada, dignidade, amparo e solidariedade, são fundamentais na formação do indivíduo/cidadão íntegro e de carácter na sua personalidade (Fórum Nacional de Consenso, Por uma Cultura de Tolerância e Paz, 2010).

A instituição familiar é uma *instituição social básica*, entendida como grupo social (pessoas que possuem objectivos comuns e estão em interacção) no contexto de instituição (organização de normas e costumes para a obtenção de alguma meta ou actividades que as pessoas julguem importantes) (Tiago Lemanczuk, 2008).

A família é uma *escola de liberdade e paz*, como primeira célula da sociedade humana, onde permanece o âmbito primário de formação para relações harmoniosas a todos os níveis de convivência humana, nacional e internacional, e se caminha para a construção de um tecido social robusto e solidário, para preparar os jovens à assumpção das próprias responsabilidades na vida, numa sociedade livre, espírito de compreensão e de paz (Bento XVI, 2011).

O peso “do social” tem vindo a impor-se, tais as perturbações que o “corpo vivo” sofre nos tempos actuais (Rebelo, 2011).

Do genocídio da 2ª Guerra Mundial emergiu o princípio segundo o qual todas as pessoas – mulheres, crianças e homens – têm direito a um mínimo de respeito pela sua *dignidade e direitos como pessoas*. Desde então, a ONU trabalhou para definir e aperfeiçoar os direitos de todos os seres humanos. O trabalho que a ONU tem vindo a realizar indica que os direitos gerais estão a ser aplicados na criação de um direito específico à vida em família, livre de violência (Nações Unidas, 1993).

A *violência familiar* inclui o abuso de crianças, violência por parceiro íntimo e maus tratos, sendo difícil estimar a verdadeira prevalência porque ocorre na privacidade do lar e nem todos os casos chegam ao conhecimento médico ou profissional. Todas as formas de violência familiar podem ter graves consequências para a saúde física e mental. É importante que o médico de família esteja atento a sinais que possam sugerir a violência familiar e alargar as abordagens para gestão do problema. Não há triagem de rotina para a violência familiar, mas os médicos devem estar familiarizados com as apresentações comuns de violência familiar e manter um alto índice de suspeição. Todos os casos exigem que os médicos façam a notificação das suspeitas. O encaminhamento para organizações de base comunitária, com a ajuda de uma equipa multidisciplinar de profissionais com experiência, são componentes-chave da gestão da violência familiar (Denham & Zolotor, 2012).

Os médicos devem enfrentar directamente as situações de violência familiar, estar conscientes do seu próprio sistema de crenças em relação a ela, valorizar como a raiva é expressa na família, e conhecer os sintomas de violência e serviço de referência (Kirkland, 1982).

As *políticas sociais* constituem instrumentos de intervenção que o Estado desenvolve para proporcionar bem-estar e protecção social aos cidadãos e incluem tanto as acções de prevenção do risco social como de resolução de problemas sociais já declarados. A renovação das políticas sociais em Portugal é tardia, limitada e pouco consistente, como, em regra, é o caso dos Países do Sul da Europa, e foi muito influenciada pela integração europeia (Sousa, L. *et al*, 2007). A *crise económica* instalada e as dificuldades da família em ultrapassar as carências e satisfazer as necessidades assegurando a sustentabilidade do agregado familiar, sem prejuízo dos direitos humanos, fundamentam a *saúde da família* como necessário factor de paz e coesão social e tornam-no recurso sólido.

3 - O Médico de Família

3.1 – A Disciplina Académica de Medicina Geral e Familiar

A Disciplina Académica é baseada e apoia-se em princípios universais, e consiste numa prática, ensino, investigação e avaliação da qualidade própria (Pisco, 2002).

Há 3 aspectos essenciais para uma *disciplina científica centrada na pessoa*: aspectos de contexto (utilizados na história, situação e antecedentes pessoais do paciente, para o diagnóstico, tomada de decisões e estabelecimento de um plano de gestão de problemas), aspectos de atitude (consciência das capacidades e valores próprios, identificação dos aspectos éticos da prática clínica, justificação e clarificação da ética pessoal e consciência da interacção recíproca entre trabalho e vida privada), e aspectos científicos (familiarização com os princípios gerais, métodos e conceitos de investigação científica, conhecimento exaustivo sobre os fundamentos científicos das patologias, epidemiologia, teorias da decisão, formulação de hipóteses e resolução de problemas, acesso e interpretação de literatura médica de forma crítica, e desenvolvimento e manutenção de aprendizagem e melhoria da qualidade contínuas) (Metz *et al*, 1994; Sackett *et al*, 1997; Heath *et al*, 2000; Van Weel, 2001; Stephenson *et al*, 2001).

A Medicina Geral e Familiar é uma Disciplina académica e científica, com os seus próprios conteúdos educacionais, investigação, base de evidência e actividade clínica; é uma especialidade clínica orientada para os *cuidados primários* (WONCA Europa, 2002).

A inter-relação entre as competências nucleares, as áreas de implementação e os aspectos fundamentais citados caracterizam a Disciplina e sublinham a complexidade da Especialidade (Ram, 1998; Ram *et al*, 1999).

A Medicina Geral e Familiar é uma *especialidade* e uma *disciplina académica* em que é possível definir uma área de conhecimentos próprios e um conjunto de aptidões que o médico de família aplica ao prestar cuidados de saúde primários, compreensivos e em continuidade a pacientes e suas famílias independentemente da idade, sexo ou tipo de problema (Geyman, 1990).

McWhinney acredita que a Medicina Familiar é uma Disciplina, embora haja divergências em certos estágios de desenvolvimento de uma Disciplina (Kuhn).

E diz que há quem duvide que a Medicina Familiar seja uma disciplina de direito próprio, por partilhar cuidados primários, particularmente de Medicina Interna, com base na ideia “a família como paciente”. Então o internista seria médico de família, o que leva a que nos Estados Unidos se pondere a que Medicina Interna / Medicina da Família seja considerada uma única disciplina (McWhinney & Freeman, 2009a).

A American Academy of General Practice começou em 1947, sendo renomeada em 1971 como American Academy of Family Physicians (Rakel, RE, 2011). A Disciplina existe nos Estados Unidos da América, desde 1969, convertendo-se na 20ª especialidade médica, com o apoio da então American Academy of General Practice. Os médicos de família defendiam a assistência sanitária longitudinal, a estratégia biopsicossocial baseada na relação médico-paciente, a assistência ampla à pessoa e à família, e a melhoria da qualidade de vida (Report of The Citizen`s Comission on Graduate Education, Report of the Ad Hoc Committee on Education for Family Practice of the Council on Medical Education, 1966; Taylor, 2006a).

A Disciplina foi criada na Europa a partir do Grupo de Leuweenhorst (European Conference of The Teaching General Practice, 1974), e dos Relatórios Horder (Horder & Swift, 1979), em que médicos do Royal College of General Practitioners deram parecer sobre a estruturação da Clínica Geral e respectivo programa de formação no Reino Unido. Hoje é reconhecida em quase todos os Países (Taylor, 2006a).

No início, a medicina de família introduziu-se no contexto académico como nova especialidade e como *movimento social*, com o objectivo de a assistência em saúde prestar novamente cuidados ao paciente e à família. Actualmente, em quase todas as Faculdades de Medicina nos EUA dão-se cursos de medicina de família, que ensinam aos estudantes os valores da especialidade e a sua estratégia quanto à assistência sanitária (Taylor, 2006a).

Pellegrino considerou que o nascimento da medicina de família duas décadas antes, e o seu desenvolvimento como verdadeira especialidade, tanto a nível assistencial como académico, era sem dúvida um dos factos mais notáveis da história médica contemporânea. Mais considerava que o êxito da medicina de família presta homenagem à clarividência intelectual, às perspicazes percepções sociais e à sagacidade política dos médicos gerais dedicados (Pellegrino, 1987).

Em Portugal, a Disciplina de Clínica Geral / Medicina Geral e Familiar foi criada na Faculdade de Medicina de Lisboa em 1987, na Faculdade de Medicina do Porto em 1989, e na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra em 1990, sendo o autor um dos Assistentes Convidados fundadores, sob a regência do Professor Armando Porto, a que se seguiram os Professores Armando Carvalho e José Manuel Silva como regentes. Sucessivamente, com designações diversas (inclui Medicina Comunitária e Medicina Preventiva), a Disciplina foi implantada no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, Escola de Ciências da Saúde da Universidade de Minho e Faculdades de Medicina da Universidade da Beira Interior e da Universidade do Algarve.

A participação da Medicina Geral e Familiar no ensino médico nas Faculdades de Medicina Portuguesas tem já uma história, e o empenho e o entusiasmo com que os Médicos de Família encaram este desafio é cada vez maior e transmite-se aos alunos, que sentem a utilidade que esta disciplina tem na sua formação (Carvalho, 2009).

João Sequeira Carlos, presidente da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, considera que o ensino pré-graduado da Disciplina e os programas de internato médico da especialidade, incluindo conteúdos dedicados à família, são um contributo inestimável na estruturação dos conhecimentos relacionados com a temática e na promoção da investigação, fundamental para a afirmação da Medicina Geral e Familiar (Carlos, 2011).

3.2 - A Especialidade de Medicina Geral e Familiar

O *reconhecimento* da medicina de família como especialidade foi feita em 6 de Fevereiro de 1969, com a criação da American Board of Family Practice (que mudou de nome para American Board of Family Medicine em 2004), mediante a aprovação do Liaison Committee for Specialty Boards, tendo-se estabelecido os programas modelo para a formação graduada e criado 15 residências para o ensino da medicina de família nos Estados Unidos (Taylor, 2006c; Rakel, R.E, 2011).

A medicina familiar é a *força integradora* que engloba a fragmentação e coordena os avanços tecnológicos da medicina. Além disso, tem assumido a *liderança* na prestação de cuidados, docência e investigação em Cuidados de Saúde Primários (Taylor, 1988).

Foi o primeiro conselho de especialidade a requerer a *recertificação* a cada 7 anos para assegurar a competência permanente dos seus diplomados (Rakel, RE, 2011).

Embora posteriormente muitas outras disciplinas tenham tomado o passo e exigido a recertificação, estamos satisfeitos que a medicina de família tenha desenvolvido o padrão. Apesar do nosso entusiasmo para a recertificação e o seu papel na manutenção da competência atual, ninguém espera que o seu pacote de reavaliação própria chegue pelo correio (Lipsky *et al*, 2007).

A medicina de família é a especialidade médica que se ocupa da *saúde integral do indivíduo e da família*. É a especialidade mais ampla que integra as ciências biológicas, clínicas e do comportamento. O âmbito da medicina familiar não está limitado pela idade, sexo, sistema orgânico ou entidade patológica (American Board of Family Practice, 1986; American Academy of Family Practice, 2009).

A *formação* em medicina de família abre um vasto leque de opções de carreira, que incluem assistência ambulatoria e hospitalar, em áreas rurais ou urbanas, integração na comunidade ou medicina académica internacional, prestação de cuidados de saúde, medicina de viagem, saúde materno-infantil, medicina desportiva, geriatria, liderança do sistema de saúde e trabalho de pesquisa (Sloane *et al*, 2012).

Os *problemas clínicos* no exercício da medicina de família são diferentes das outras especialidades, porque ao ser o primeiro contacto com o sistema de saúde, apresentam

um espectro amplo de questões sem classificação, grande variedade de síndromes e doenças, problemas que têm a origem em situações vitais que geram nos pacientes muitos tipos de mal-estar físico e / ou psicológico, que produzem dificuldades emocionais, francas ou encobertas, que se diferenciam do diagnóstico tradicional, que descreve, classifica e avalia as doenças mas não a pessoa doente. Há ainda enfoque em relação aos recursos sociais do paciente, interações familiares e acontecimentos vitais (Ahumada & Álvarez, 2008).

McWhinney descreve, de forma redundante, a medicina de família como o corpo de conhecimentos sobre os problemas detectados pelo médico de família, o que inclui aptidões e técnicas ou atitudes.

A diferença mais significativa entre a medicina de família e as outras áreas da medicina é que ela transcende a divisão mente / corpo que atravessa a medicina como uma falha geológica.

A fragmentação da medicina faz com que seja necessário distinguir as funções do médico de cuidados primários e o especialista de referência.

Para descrever a medicina da família, identificam-se os *princípios que regem as ações*:

- 1 – O médico de família está comprometido com a pessoa, ao invés do conhecimento apenas de uma parte do corpo, grupo de doenças ou técnicas especiais.
- 2 – O médico de família procura compreender o contexto das doenças prevalentes.
- 3 – O médico de família vê em todos os contactos com os seus pacientes uma oportunidade para prevenção das doenças ou promoção da saúde.
- 4 – O médico de família vê a sua prática como a “população em risco”.
- 5 – O médico de família vê-se a si mesmo como parte da rede comunitária de suporte e agência de cuidados de saúde.
- 6 – Idealmente, o médico de família deve partilhar a mesma área geográfica de habitação dos seus pacientes.
- 7 – O médico de família atende os pacientes no seu domicílio.
- 8 – O médico de família atribui grande importância aos aspectos subjectivos da medicina.
- 9 – O médico de família é um gestor de recursos. (McWhinney & Freeman, 2009).

A Medicina Familiar é a única especialidade que não surgiu por imperativo da tecnologia, nem da Ciência, embora se baseie nelas, tendo sido criada para satisfazer uma *necessidade social* (Ceitlin, 1988).

Os *resultados* em Medicina Geral podem medir-se em satisfação, memória e adesão do paciente, capacidade do médico para detectar doenças, taxas de prescrição e de referenciação e execução de procedimentos (Simon et al, 2002a).

A Association of American Medical Colleges assume que os médicos têm de se comprometer com o uso de *estratégias* sistemáticas para fomentar e manter a saúde, tanto individual como da população donde provêm (Association of American Medical Colleges, 1999), reconhecendo-se assim a medicina baseada na população como um elemento importante da prática e da educação médica (Goldberg, 2006).

A Medicina da Família adoptou o *modelo ecológico ou bio-psico-social*, sendo uma medicina baseada na população, com enfoque holístico do indivíduo, por acreditar na promoção da saúde e na prevenção da doença, e por atender o paciente no contexto da família e da comunidade. A especialidade reconheceu a importância da relação médico-paciente, e os seus efeitos na evolução e na satisfação do paciente. A disciplina liderou os avanços nos conceitos e aplicação dos cuidados de saúde primários orientados para a comunidade (Goldberg, 2006).

A medicina de família é um avanço no *pensamento médico*, quanto ao raciocínio clínico global, à demonstração da influência dos problemas quotidianos na saúde e à estratégia dos sistemas de assistência em saúde (Taylor, 2006a).

A principal contribuição da medicina de família nos primeiros 50 anos, são os *progressos* realizados na consulta médica tradicional, adaptada ao exercício da medicina no século XXI (Taylor, 2006a).

Segundo Rifat Atun, Director associado do Departamento de Pós-Graduação Médica da Universidade de Londres, Grã-Bretanha, a medicina de família é a mais *complexa* de todas as especialidades, por lidar com todas as complexidades e incertezas.

A Declaração de Coimbra “Coimbra Solidária”, foi subscrita em 13 de Junho de 2001, em Coimbra, Portugal, por 55 Instituições Oficiais, Académicas e Não-Governamentais dos Países de Língua Portuguesa, entre as quais a Faculdade de Medicina da

Universidade de Coimbra, através do seu presidente do Conselho Directivo, tendo como secretariado executivo Saúde em Português – Associação de Profissionais de Cuidados de Saúde dos Países de Língua Portuguesa, ONGD Membro Observador Consultivo da CPLP com sede em Portugal, presidida pelo autor e por ele também subscrita.

Do seu conteúdo, destacamos os seguintes pontos:

2 - No domínio da cooperação em saúde, foram reconhecidos a imperiosidade e magnitude dos objectivos dos Estados na sua promoção, bem como o relevo da participação da sociedade civil organizada, através de parceiros de referência no domínio da coordenação da organização e acções em formação, investigação e assistência em cuidados de saúde.

3 - No espaço da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), sem prejuízo de futuro documento orientador, torna-se necessário ser prioridades da cooperação em saúde, multilateral, de forma contínua, entre Instituições e Organizações.

4 - São reconhecidos objectivos solidários na cooperação em saúde, como componente do Desenvolvimento, dado que a saúde de um povo interessa a todos os demais, acrescido do espírito lusófono, tradições, cultura e valores democráticos, como o recente exemplo de solidariedade com Timor Leste.

5 - A formação em saúde constitui-se como um pólo de acção, constituindo-se equipas pluriprofissionais de vários níveis de desempenho, contribuindo os formadores e os destinatários para a formação em comum, e privilegiando o retorno de quadros ao País de origem. (...)

7 - A investigação deve ser incrementada, com destaque para o combate à malária, doença que afecta principalmente os mais desfavorecidos, com taxas de morbilidade e mortalidade alarmantes, em mundo de globalização, devendo também constituir um pólo de acção, unindo esforços os Países e Instituições da CPLP sensibilizados para a pesquisa de imunização. (...)

10 - No espaço da CPLP, as estruturas com intervenção económica e/ou social, bem como as populações que propugnam princípios solidários, devem ser estimulados a aderir e apoiar a realização destas acções.

11 - Com base nestes princípios, as Instituições e Organizações comprometem-se a apoiar o desenvolvimento do conteúdo desta Declaração, aceitando também, independentemente da sua responsabilidade individual, ser Fórum que potencie a sua eficácia, criadas as condições de execução (Grande, 2003).

A condição humana é o princípio e o fim da verdadeira essência da actividade médica e é a razão motivadora da medicina geral e familiar (Grande, 2003).

A diminuição da natalidade, o aumento da longevidade média, a participação na vida activa de grupos muito jovens e ainda de muitos idosos, a marginalidade social agravada pelas drogas criadoras de toxicoddependências e pelo alcoolismo, a generalização das doenças sexualmente transmissíveis, como a SIDA, e ainda a reactivação de doenças velhas de causa nova, como a tuberculose multirresistente, o apelo à violência entre pessoas, grupos populacionais e países, tornam necessária a intensificação das relações entre a medicina geral e familiar e a saúde pública e comunitária (Grande, 2003).

A mudança de paradigma na teoria de Kuhn dá um quadro de referência para debate da teoria médica. Kuhn desafiou a visão convencional em que o progresso da ciência se desenvolve pela acumulação de descobertas e invenções individuais. E considera que a mudança de paradigma ocorre em disciplinas e subdisciplinas aplicadas, como em medicina, a partir do velho paradigma, o modelo biomédico (McWhinney & Freeman, 2009).

O *modelo biomédico* tradicional, assumindo a existência de uma causa biofísica primária para toda a doença, basicamente está preocupado com a doença e o diagnóstico (este como identificação da natureza e/ou causa do problema, de modo a possibilitar o prognóstico e um plano terapêutico racional) (Miller, 1988).

Em Medicina Geral e Familiar, desde 1972, o Royal College of General Practitioner alarga o conceito de doença e mal-estar, no *modelo bio-psico-social de Engel*, com diagnósticos mais compreensivos, técnicas diagnósticas a cada doente e seu problema.

A abordagem sociológica, antropológica e transaccional (*modelo ecológico-transaccional*), estuda as rotinas, cerimónias e dramas, analisando os papéis representados pelo médico e doente, e realça os factores sociais (que influenciam os comportamentos do médico e doente) e as atitudes do doente perante a doença e os seus tratamentos (Miller, 1988; Stewart & Vann, 1991).

O *modelo de Balint* enfatiza a dinâmica relacional da consulta (elemento psicológico do problema apresentado / papel terapêutico do médico em todas as consultas e não só naquelas com processo de doença bem definida) (Balint, M., 1986).

O *modelo holístico*, também conhecido por “medicina integral”, baseia-se em 4 princípios: todos os estados de saúde e doença são psicossomáticos, toda a pessoa é uma interação circular entre corpo, mente e espírito, as perturbações e as doenças são resultado de fracasso de adaptação e a doença é uma oportunidade criativa (Miller, 1988).

A abordagem socio-psicológica (*modelo cultural etnomédico*) distingue doença e perturbação e demonstra a possibilidade do médico desenvolver a compreensão do doente sobre a sua saúde durante a consulta (influenciando o seu comportamento) (Kleinman *et al*, 1978; Traverso-Yepez, 2001).

Em Portugal, em 1981, é criado o Internato Complementar de Clínica Geral, previamente à carreira médica de clínica geral criada através da promulgação do Decreto-Lei nº 310 / 82, de 3 de Agosto, ano em que o autor se integrou na respectiva carreira.

Em 1995, a especialidade passou a designar-se *Medicina Geral e Familiar*, de acordo com a formulação do Colégio da Especialidade da Ordem dos Médicos.

Em 1996, foi criada a Sociedade Europeia de Medicina Geral e Familiar (WONCA Europa), integrada na Organização Mundial de Colégios Nacionais, Academias e Sociedades Científicas de Médicos Gerais / Médicos de Família (WONCA).

Em 2002, a WONCA Europa publicou a Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar que temos vindo a citar.

Em 2004, a Ordem dos Médicos aprovou um novo programa de internato de Medicina Geral e Familiar.

Existem múltiplas sociedades científicas em Medicina Geral e Familiar, das quais destacamos, além da WONCA, a American Academy of Family Physicians, a American Board of Family Practice, a Canadian Family Physician, a European Academy of Teachers in General Practice, a European Society of General Practice / Family Medicine, o European Center for Research and Development in Primary Care, a Confederação Ibero-americana de Medicina Familiar, o Centro Internacional para la Medicina de Familia, o Royal College of General Practitioners, a Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, a Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (da qual o autor foi dirigente regional), entre outras organizações.

As *tendências actuais* que influenciarão a prática futura da Medicina Geral e Familiar, são a assistência em saúde baseada na evidência, o impacto médico-social do VIH / SIDA, e o interesse crescente por medicinas complementares alternativas. Mas também a tecnologia da informação e as relações humanas, o envelhecimento da população, a política económica e assistência em saúde, e a globalização e a desigualdade em saúde no mundo. O papel do médico de família pode ser controlar o gasto desnecessário em saúde, defender os pacientes independentemente da sua origem, mas também exercer num mundo em que as diferenças de rendimentos, nível de vida e cuidados de saúde sejam muito menores do que agora (Taylor, 2006a).

3.3 - O Médico de Clínica Geral e o Médico de Família

O médico de família abarca a *totalidade do ciclo vital* e atende pessoas de todas as idades e condições, desde a idade prenatal até à morte (Waters & Barnett, 1988).

Com o ressurgimento da medicina geral, houve um movimento para substituir o termo médico geral por médico de família. Eram razões para essa substituição a designação “*médico geral*” ser tida como prática de medicina obsoleta, enfatizar a “*medicina de família*” como nova e diferente, e encontrar um novo nome para o novo corpo de conhecimento.

Na realidade, muitos clínicos gerais já trabalhavam como médicos de família, sendo que a medicina familiar colheu o melhor que havia na clínica geral, sentindo-se ofendidos alguns clínicos gerais por serem considerados inferiores.

Nos departamentos académicos, uns consideravam que a “*medicina da família*” significava que o novo corpo de conhecimentos era sobre a família e a saúde, o que a tornava distinta entre as disciplinas clínicas.

Outros entendiam que o médico de família era o ressurgimento de um título honorífico, como alternativa para clínico geral.

A designação “*medicina de família*” tornou-se então o nome do corpo de conhecimento cuja prática se baseia na família, mas não só, podendo ser usado indistintamente de “*médico geral*” ou “*clínico geral*” (McWhinney & Freeman, 2009c).

Os sistemas de saúde baseados em cuidados primários efectivos com médicos generalistas (médicos de família) altamente treinados e exercendo na comunidade, prestam cuidados com maior *efectividade*, tanto em custos como na clínica, em

comparação com sistemas de saúde com pouco investimento em cuidados primários (Starfield, 1998).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, *o médico do futuro deveria ser um médico cinco estrelas*: prestador de cuidados, decisor, comunicador, gestor e líder comunitário. Deveria atingir um equilíbrio entre os cuidados ao indivíduo e o trabalho na comunidade; entre os cuidados curativos e os cuidados preventivos; deve escolher as tecnologias adequadas para prestar serviços custo-efectivos e satisfazer um público cada vez mais exigente, e deve perceber que a tomada de decisão na área da saúde é um exercício multidisciplinar e multiprofissional. Berta Nunes acredita que o especialista mais habilitado para cumprir este perfil é o médico de família (Nunes, 2003).

Os médicos de família são *especialistas formados nos princípios da Disciplina*. São médicos personalizados, responsáveis principalmente pela prestação de cuidados abrangentes e continuados a todos os indivíduos que os procuram, independentemente da idade, do sexo ou afecção. Prestam cuidados a indivíduos no contexto familiar, comunitário e cultural dos mesmos, respeitando sempre a sua autonomia. Reconhecem ter também uma responsabilidade profissional pela sua comunidade. Ao negociarem os planos de acção com os seus pacientes, integram factores físicos, psicológicos, sociais culturais e existenciais, recorrendo ao conhecimento e à confiança resultante dos contactos repetidos (WONCA Europa, 2002).

Os médicos de família desempenham o seu *papel profissional* promovendo a saúde, prevenindo a doença e prestando cuidados curativos, de acompanhamento e paliativos. Fazem-no quer directamente, quer através dos serviços de outros, consoante as necessidades de saúde e os recursos disponíveis na comunidade que servem, auxiliando o paciente, sempre que necessário, no acesso a esses serviços. Devem ainda responsabilizar-se pelo desenvolvimento e manutenção das suas aptidões, valores e equilíbrio pessoais, como base para a prestação de cuidados efectivos e seguros (WONCA Europa, 2002).

As competências nucleares do médico de família são (WONCA Europa, 2002):

1 – A gestão de cuidados primários, que inclui a capacidade para gerir o primeiro contacto com os pacientes; cobrir todos os problemas de saúde; coordenar os cuidados de saúde prestados por outros; dominar a prestação e a utilização efectivas e apropriadas

dos serviços de saúde; disponibilizar os serviços adequados ao paciente e actuar como advogado dos interesses do paciente.

2 – Os cuidados centrados na pessoa, que incluem a capacidade para adoptar a abordagem centrada na pessoa; aplicar a consulta para gerar relação médico-paciente efectiva; comunicar e priorizar em parceria; prestar cuidados continuados e longitudinais, de acordo com as necessidades do paciente e gestão coordenada.

3 – As aptidões específicas da resolução de problemas, que incluem a capacidade para relacionar a tomada de decisões com a prevalência e incidência da doença na comunidade; colher informação através da história, exame objectivo e exames, aplicando-os a plano de acção partilhado com o paciente; adoptar princípios de trabalho ajustados como a investigação passo a passo, o tempo e a tolerância da incerteza; intervenção urgente quando necessário; gerir patologias mesmo quando surgem de forma precoce e indiferenciada.

4 – Uma abordagem abrangente, que inclui a capacidade para gerir simultaneamente múltiplas queixas e patologias; promover saúde e bem-estar via promoção da saúde e prevenção das doenças; gerir e coordenar a promoção da saúde, a prevenção, os cuidados curativos, de acompanhamento, paliativos e de reabilitação.

5 – A orientação comunitária, que inclui a capacidade para conciliar as necessidades de saúde dos pacientes individuais com as necessidades de saúde da comunidade, em equilíbrio com recursos disponíveis;

6 – A modelação holística, que inclui a capacidade para usar o modelo biopsicossocial, incluindo as dimensões cultural e existencial.

Estas competências deverão ser implementadas em três *áreas*: tarefas clínicas, comunicação com os pacientes e gestão da prática clínica.

As seis competências nucleares conduziram à definição dos 25 *objectivos educacionais* de primeiro nível e dos 80 de segundo nível (EURACT, 2005).

Os médicos de família *valorizam* a continuidade da prestação de cuidados, os cuidados integrais, a coordenação na assistência, a abordagem centrada na família, os cuidados de saúde baseados na relação e a intervenção na comunidade (Taylor, 2006a).

O *perfil* da identidade do médico de família deve ser hoje acrescentado da necessária participação na vida social e administrativa da área onde pratica a clínica de forma a contribuir para aumentar a qualidade de vida da sociedade onde pertence. Deve também

ser um dos mais atentos e intervenientes cidadãos na defesa dos direitos e deveres de cidadania, particularmente quando é a saúde individual e colectiva que está em crise (Grande, 2003).

As tendências foram-se definindo e implantando no tempo, parecem consolidar-se actualmente e serão, provavelmente, as *linhas do futuro*: a ciência dos sistemas complexos adaptativos como pano de fundo, o modelo salutogénico como paradigma emergente, o funcionamento em rede como base de actuação, a qualidade de vida como objectivo e parâmetro de avaliação. É neste contexto de desenvolvimento e optimização que, muito certamente, se consolidará a vocação e o papel do médico de família no mundo das pessoas (Biscaia, 2003).

O médico de família é um médico educado e treinado na disciplina de medicina de família. Possui atitudes distintas, habilidades e conhecimentos que o habilita a prestar cuidados médicos contínuos e abrangentes, manutenção da saúde e serviços preventivos a cada membro de uma família, independentemente do sexo, idade ou tipo de problema. Este especialista, por causa de seus antecedentes e interacção com a família, está nas melhores condições para ser o *defensor dos pacientes*, em todos os assuntos relacionados com a saúde, incluindo o uso apropriado de consultores, serviços de saúde e recursos da comunidade (American Academy of Family Practice, 2009).

3.4 - A Comunicação e a Relação Médico-doente

A comunicação eficaz é uma característica fundamental da relação médico paciente e muito provavelmente um dos seus aspectos mais complexos (Garcia Shelton, 1988).

É mais importante saber que o paciente tem uma doença do que doença tem o paciente (Osler, 1907; WONCA Europa, 2002).

O *contrato social*, não escrito, entre os profissionais de saúde e as sociedades que eles servem confere aos clínicos o poder de “rotular” as diversas manifestações de doença que encontram. A rotulação não só fornece palavras de código para o discurso entre o pessoal de saúde mas também está frequentemente carregada com importantes consequências quer para os doentes quer para os seus familiares (White, 1988).

O *registo* tanto do motivo de consulta visto pelo utente, como do eventual diagnóstico clínico é capaz de fornecer dados que permitam uma maior compreensão da relação entre o pedido de consulta e o problema de saúde (Hapsara, 1999).

Nunca é de mais sublinhar o significado e importância da *relação* que se estabelece entre o médico e o paciente, porque num número extraordinariamente elevado de situações tanto o diagnóstico como o tratamento dependem directamente desta relação (Peabody, 1927).

Para os médicos, a doença é algo que pode ser avaliado e compreendido através de testes laboratoriais e observação clínica. Já para o doente, a doença significa, não raro, uma vida destruída (Pisco, 2008).

É escutar, prestando ao paciente toda a atenção. É aceitar o paciente, tal como ele é. É levar a sério o que o paciente diz. É uma viagem a dois por um território desconhecido, uma descoberta. É regressar dessa viagem por um caminho novo (Tavares, 1995).

Desde que a internet forma parte da assistência médica global, os médicos de família deram um passo em frente na actualização do seu papel como assessores de saúde e consultores (Taylor, 2006a).

A comunicação do médico com os pacientes faz-se através da *capacidade* para estruturar a consulta, fornecimento de informação que seja facilmente compreensível, explicando procedimentos e achados, e compreendendo e lidando adequadamente com diferentes estados emocionais (Van der Hombergh *et al*, 1998; Nunes, 2007a).

O médico que é capaz de ter uma relação amistosa, pessoal, com o doente, é o médico preferido, sendo que os valores da adequação técnica e o desejo de uma relação pessoal têm precedência sobre a acessibilidade.

Democratizar a medicina e a relação médica é permitir que na relação médica haja mais negociação, mais transacção, mais capacidade de trocarmos conhecimento, porque afinal o doente tem conhecimentos próprios, o que engloba o alargamento das áreas de consentimento (Santos, BS, 1985).

Segundo David de Moraes, em cuidados primários, a relação deve, preferencialmente, ser “*médico-paciente*”, sendo este o verdadeiro “*desideratum*” da medicina preventiva, não devendo o utente ser rotulado à partida de “doente”.

O que se confirma quando se é “doente por procuração”, como no caso das crianças e adolescentes, sendo os pais a necessitar de tratamento, quando se evita a “medicalização” (crises ansiosas ou depressivas passageiras) e quando o médico de família goza de prestígio e simpatia na comunidade, sendo consultado para simples aconselhamento sobre problemas extra-patologia (David de Moraes, 1989a).

Assim, compete ao médico de família o exercício da medicina psicossomática (se preparado), evitando o reducionismo de enquadrar todas as situações, quer no domínio interpretativo quer terapêutico, bem como o abandono do autoritarismo e do paternalismo (David de Moraes, 1989a).

A relação médico-doente, em medicina geral e familiar, é um dos pilares em que assenta o *sucesso terapêutico e / ou preventivo do médico de família* (Balint, M., 1980; Balint E, & Norell, 1986; Serra, 1980; Metcalfe, 1986; Freeling & Harris, 1984; Weston *et al*, 1989a, 1989b; Levenstein *et al*, 1986; Inui *et al*, 1982).

As designações da relação “médico-utente” e “médico-paciente-família” acrescem para precisar alguns contextos vivenciados pelo médico de família (David de Moraes, 1989a; Metcalfe, 1990).

A família, como grupo social mais próximo da pessoa que consulta o médico, tem um papel determinante (Barbosa, 1985; Christie-Seely, 1984; Metcalfe, 1990).

A *relação médico-família* existe, iniciando-se na decisão de procura de cuidados médicos, continuando no processo terapêutico e prolongando-se noutros episódios e intercorrências, tendo assim o médico de família de saber estabelecer uma relação adequada com cada paciente e, através dele ou de outros elementos, com a respectiva família (Barroso & Ramos, 1991).

Muitos dos erros na prática médica têm a sua origem numa *falha de comunicação*. Ou o médico não compreende o significado do que o paciente diz, ou não consegue transmitir a mensagem. Os sintomas são a forma de comunicação – modo pelo qual o paciente transmite sentir doença, aflição ou desconforto (McWhinney & Freeman, 2009d).

A *informação* do paciente é fornecida por sinais que transmitem diferenças do estado normal, sendo que o nível de informação está directamente relacionado com a capacidade de surpreender o receptor, no caso o médico.

A natureza de longo prazo da relação médico-paciente em medicina familiar traduz-se nalguns pacientes por consumismo de consultas, por causa das suas necessidades de dependência (McWhinney & Freeman, 2009d).

Toda a comunicação necessita de *contexto*, sem contexto não há significado (Bateson, 1979).

Uma das mais importantes determinantes da interpretação da pessoa, suas doenças e expectativas pelo médico, é a cultura ou subcultura a que ambos pertencem, a chamada “construção cultural da realidade clínica” (Kleinman *et al*, 1978).

A relação médico-doente tem uma comunicação latente e uma comunicação manifesta, e uma compreensão psicológica e não psicológica, que se estende para à compreensão do situacional. (Gomes *et al*, 1986).

A *compreensão psicológica* implica, da parte do médico, uma atitude de predisposição, atenção e discernimento para com os aspectos e componentes psicológicos que existem, tanto na personalidade como na doença da pessoa-doente. (Gomes *et al*, 1986a).

A *compreensão do situacional* define-se como a capacidade de apreender os registos múltiplos em que se movimenta a personalidade da pessoa-doente e ainda as circunstâncias que influenciam e condicionam a evolução do seu comportamento, atitudes e funcionamento mental (Gomes *et al*, 1986b).

Segundo McWhinney, nem o afecto nem a caridade são o mesmo que amizade. A amizade requer alguma comunhão de interesses e atitudes. Podemos sentir afecto por alguém que é tão diferente de nós próprios que essa pessoa não podia ser nossa amiga. A relação entre o médico e o doente não é amizade. É claro que um doente pode também ser um amigo, mas isto é uma coincidência, não algo inerente à relação. A relação médico-doente pode, todavia, ser mal interpretada como amizade, pelo médico ou pelo doente (McWhinney, 1994).

A atenção à sua saúde pessoal e da sua família deve ser preocupação permanente do próprio médico. Se não cuidar da saúde e do bem-estar próprios e dos seus, como pode o médico fazê-lo adequadamente em relação aos outros? (Ramos, 2008).

A *satisfação do paciente* está correlacionada fortemente com a *satisfação do médico*, e os médicos satisfeitos com suas carreiras são mais susceptíveis de proporcionar melhores cuidados de saúde que os médicos insatisfeitos. Se os médicos não gostam do

seu trabalho / emprego, os seus pacientes não são susceptíveis de estar felizes com o desempenho dos médicos (Rakel, RE, 2011).

3.5 - A Gestão de Conflitos

É tão importante o *processo* pelo qual se chega a uma decisão clínica como a forma como se comunica e negocia com o paciente. O resultado desejado da resolução clínica do problema não é só a recuperação da saúde do doente, mas também a satisfação, compreensão e grau de participação do doente e sua família na decisão final (Wall, 1988).

São *razões comuns para procura de cuidados de saúde*, além da manifestação clínica, a legitimação do papel do doente, a pressão social e familiar, o modelo familiar, uma segunda opinião, as expectativas excessivas, a forma de conseguir acesso à consulta do médico, a medicalização de problemas sociais, o abuso do sistema e o abuso de substâncias (Hirsch, 1988).

Entre os princípios da medicina familiar, estão alguns *potenciais conflitos e a função do médico de família e as suas responsabilidades*: um compromisso com o paciente para qualquer problema que ele pode trazer, é o paciente quem define o problema, a responsabilidade pela prevenção, a prática como uma população em risco, a gestão de recursos, entre outros (McWhinney & Freeman, 2009).

Pode haver um conflito entre os desejos e as necessidades do paciente individual e as necessidades da comunidade como um todo, em função da gestão de recursos, pelo que o médico de família deverá promover e transmitir ao paciente o *equilíbrio* adequado, em prática clínica custo-efectiva (WONCA Europa, 2002).

A *advocacia pelo paciente* (WONCA 1991), significa “ajudar o paciente a assumir um papel activo no processo de decisão clínica, bem como em colaborar com os governos e outras autoridades para a organização da distribuição equitativa de serviços a todo os membros da sociedade”, actuando o médico de família como advogado dos interesses do paciente (WONCA Europa, 2002).

Quanto à família, através do *aconselhamento familiar* pretende-se que o indivíduo e / ou a família, seguindo um processo de abordagem dos problemas e do conhecimento das

suas causas, sejam capazes de tomar as suas próprias decisões e sejam capazes de escolher a solução mais acertada nesse momento (Ahumada & Álvarez, 2008).

Conforme Hernâni Caniço expressou no I Congresso Luso-Brasileiro de Medicina Geral, Familiar e Comunitária, o *médico de família*, como *gestor de conflitos*, é um profissional de saúde (como médico competente), “doutor” (como educador e professor para os pacientes, famílias e comunidade em escolas e grupos comunitários), advogado (presta serviços sociais, gere problemas laborais, intervém em reclamações), administrador (como coordenador da equipa de saúde e racionalizador de recursos), cientista (como letrado e literato), conselheiro (em problemas, emoções e sentimentos), líder (oportuno na negociação, administração e tomada de decisões) e amigo (um membro da família que partilha esperanças, triunfos e desilusões) (I Congresso Luso-Brasileiro de Medicina Geral, Familiar e Comunitária, 2000).

A *nova função* do médico de família é defender o paciente num sistema que parece tratar a assistência médica como uma mercadoria que, com frequência, tem de ser racionada utilizando horários restritos, unidades de valor relativo, incentivos se o médico solicita poucos exames e reduz a prescrição de medicamentos caros, e importantes sanções económicas por erros menores de codificação (Pellegrino, 1999).

Utiliza-se o termo “*fornecedor*” que reforça a ideia de mercantilismo. Ante a perseguição do benefício económico, os conflitos éticos e o ênfase exclusivo na doença, os valores da especialidade de medicina familiar dão prioridade ao indivíduo, e os médicos de família seguirão cuidando do mundo com o seu potencial ilimitado para contribuir para a humanidade (Pellegrino, 1999).

4 – A Famililogia e a Familisofia

O estudo da família pode designar-se famililogia, dada a origem latina “*logos*”, tal como a ciência da família se poderá designar por familisofia, tendo como a mesma origem “*sophos*”.

A propósito da obra “*Novos Tipos de Família, Plano de Cuidados*” (Canico *et al*, 2011), refere-se que “é uma obra em *famililogia*, porque representa o estudo da família, com sentido crítico, em originalidade, autenticidade e significado, e em *familisofia*, que representa a ciência, a racionalidade, e porque não, a serenidade e a elegância”.

E Caniço H. acrescentou “E porque atrás dos tempos tempos vão, mas tempos difíceis virão, e as desgraças não acontecem apenas aos outros, saibam todos aproveitar a família, como unidade de afecto, centro de união e acção social que minimize dificuldades, carências e agitação social, e seja um pólo de direitos humanos” (As Beiras, 2010).

As três *dimensões mais importantes da família* são a coesão (elo emocional que mantém a unidade na família, permitindo a individualidade de cada um), a comunicação (processo pelo qual uma pessoa envia mensagens a outra), e a adaptabilidade / regulamentação (capacidade de mudança que a família tem ou não, em determinado momento) (Tavares, 1995a).

A *saúde da família* é a soma dos estados de saúde dos membros que a integram e, portanto, trata a prevalência e incidência de doenças numa determinada família. A saúde familiar refere-se ao funcionamento da família como agente social primário, pelo que o seu bom ou mau funcionamento é um factor dinâmico que influencia a conservação da saúde ou o aparecimento de doença.

Quando a família adocece, ou seja, se torna ineficaz e não pode exercer as suas funções, chama-se família disfuncional (Ahumada & Cochoy, 2008).

O *círculo de saúde e doença* na família relaciona as interacções do sistema familiar e do sistema de saúde, através da promoção da saúde e redução dos riscos, a vulnerabilidade, início e recaída da doença, a avaliação da doença, a resposta a fase aguda e a adaptação à doença ou à recuperação, envolvido pela comunidade (Doherty & Campbell, 1988).

O médico deve ter em conta o *contexto familiar* dos seus pacientes, porque o indivíduo é o produto do seu genótipo e do ambiente onde vive, a família é crucial para o desenvolvimento infantil (a funcionalidade familiar interfere com o desenvolvimento físico e psicológico das crianças), certas famílias são mais vulneráveis a doenças do que outras, as doenças infecciosas transmitem-se com mais facilidade no interior das famílias, a mortalidade e morbilidade entre adultos é afectada por factores familiares, e a família é importante para a recuperação e reabilitação individual (em relação a todo o tipo de doenças, principalmente doenças crónicas e incapacitantes) (McWhinney, 1989).

A família tem *influência* poderosa no estado de saúde dos seus membros e, por outro lado, os cuidados de saúde mais eficientes são aqueles em que existe cooperação entre o médico, o paciente e a sua família (McDaniel *et al*, 1990; Rebelo, 1998).

O médico de família é o *integrador* do doente no seu contexto familiar e social, permitindo a resolução mais adequada dos problemas de saúde física e psicológica dos doentes e suas famílias, tanto melhor quanto maior for o envolvimento e compromisso das famílias nos processos de decisão e resolução dos problemas de saúde dos seus membros (Ribeiro, 2007).

Há três *modelos de actuação do médico de família*, diferentes na natureza e prevalência, o modelo relacional (80%), o modelo clínico (15%) e o modelo antagonista (5%) (Carmichael, 1985).

4.1 - As Ciências Bio-psico-sociais

A *Teoria Geral dos Sistemas*, criada por Ludwig von Bertalanffy, na década de quarenta, em que a família se integra, formula um conjunto de princípios válidos para diferentes sistemas, sejam biológicos, físico-químicos ou sociais (Alarcão, 2006c).

Os autores e as correntes que se dedicam à análise, estudo e terapia da família dando uma resposta com base em modelos epistemológicos e teorias actuais, particularmente de inspiração sistémica, convergem no sentido de a considerar claramente um “ser” uno e particular (Relvas, 2004).

Nas ciências sociais em geral, e na psiquiatria e psicologia em particular, o objecto de estudo e consequentemente de tratamento, desloca-se do indivíduo para as relações entre ele e o meio em que se integra. O *indivíduo* é visto não como uma entidade doente, mas como alguém assinalado e etiquetado como tal; em termos de abordagem psicoterapêutica o objecto de tratamento move-se do indivíduo para a *família* (Relvas, 2003).

A *etologia humana*, estudo do comportamento humano, progrediu com a etologia clínica, enquanto ramo específico, que constituiu um novo passo em direcção ao estudo dos indivíduos numa relação, sendo que a observação do sujeito doente sempre acompanhou o progresso da biologia e da fisiologia (Benoit, 2004a).

A guerra travada pela natureza com e dentro do homem, a que se chama doença e morte, sempre mobilizou o espírito de pesquisa sobre a vida. O drama humano implica e legitima todas as formas de estudo psicológico, contribuindo para o aprofundamento das ciências humanas (Benoit, 2004a).

Em *análise ecossistémica dos factores* que determinam o padrão sanitário de qualquer comunidade, os cuidados básicos são orientados para cada indivíduo e respectiva família, situados na convergência do meio circundante (microsistema) com as do meio alargado à escala nacional (mesossistema) e do meio a uma escala continental ou mundial (macrossistema) (Grande, 2003).

O *modelo ecológico da assistência médica* considera a saúde como um estado natural afectado por diversos factores interrelacionados: o ambiente físico e social, o acesso aos serviços de saúde preventiva, curativa e de reabilitação, a hereditariedade e o estilo de vida pessoal (Freyman, 1989; Wright, 1993).

O *modelo biopsicossocial*, baseado na teoria geral dos Sistemas, de George Engel, passou a designar-se “infomédico”, por incluir a abordagem holística na informação de todos os níveis do corpo humano, central para a medicina de família; é uma abstracção, que caminha lado a lado com o paciente (Foss & Rothenberg, 1987; McWhinney & Freeman, 2009e).

Requer que o médico considere e integre informações de vários níveis de *hierarquia de sistemas* (meio interior, a pessoa e interpessoal), aplicando o quadro do método clínico centrado no paciente, de Balint, Engel e Kleinman: explorar e interpretar a doença e a sua experiência, compreender a pessoa como um todo, gerir conjuntamente com o paciente o seu problema, integrar a prevenção e promoção da saúde, gerir o tempo, recursos e trabalho em equipa (McWhinney & Freeman, 2009f).

É fundamental compreender o *contexto* da doença, dado que muitos dos problemas de saúde são observados no contexto pessoal, familiar e social, o modelo e perspectiva biopsicossocial (Ahumada & Cochoy, 2008).

São *modelos de relação médico-paciente*: modelo biomédico universal (em que a visão biomédica da doença é compartilhada pelo médico e pelo paciente), o modelo alóctone

(em que a relação do médico com pacientes imigrantes é afectada por factores socio-económicos, culturais e de comunicação), e o modelo psicossocial.

Neste, há três opções: o médico e o paciente aceitam a existência de factores externos relacionados com a família e o ambiente social no aparecimento dos sintomas, o médico tem uma visão psicossocial da doença e o paciente tem uma concepção biomédica da origem dos seus sintomas, ou o paciente entende que o que ocorre está relacionado com problemas ou conflitos que surgem do ambiente social ou familiar, o que dificulta a relação com o médico, que mantém um conceito tradicional da origem da doença (Ahumada & Cochoy, 2008).

Na relação assistencial, há tendência à priorização organo-biológica (por sobrevalorização da formação médica), ou à psicologização (atitude simplista em patologias menos definidas) ou à sociologização (perdendo-se a perspectiva e atribuindo os distúrbios a factores ambientais, familiares, laborais ou sociais) (Carrió *et al*, 1991).

É necessário avaliar e hierarquizar as *hipóteses biológicas, psicológicas e sociais*.

As hipóteses biológicas para os sintomas do doente são devidas a causa vascular, inflamatória, infecciosa, neoplásica, degenerativa, intoxicação, doença congénita ou genética, processo auto-imune ou alérgico, traumatismo, endocrinopatia, déficite nutricional ou metabólico, síndrome orgânico-cerebral ou outras.

Entre as hipóteses psicológicas, consideram-se o impacto emocional provocado por um acontecimento vital, a crise do ciclo vital, o luto não resolvido, as alterações de personalidade, a doença psiquiátrica, as condutas disfuncionais, as toxicodependências e as crenças disfuncionais relacionadas com o próprio corpo.

Como hipóteses sociais para a sintomatologia, consideramos os conflitos gerados na família, a ausência de comunicação entre os familiares, a crise no ciclo da família, um acontecimento familiar importante, os conflitos laborais, a falta de apoio extrafamiliar, a pobreza, a falta de cultura, a relação inadequada com o médico e os factores do meio ambiente (Carrió *et al*, 1991).

4.2 - Crise

A palavra crise, na sua origem grega (*krisis*), caracteriza um estado no qual uma decisão tem de ser tomada (Moebus & Fernandes, 2007). A palavra sânscrita para crise é *kri* ou *kir*, que significa “desembaraçar”, “purificar” (Boff, 2002). Em língua chinesa, a

palavra crise utiliza os dois caracteres “perigo” e “sorte”, definindo-a Minuchin como ocasião e risco, ocasião de mudança, risco de patologia ou disfuncionalidade (Relvas, 2004).

O português conservou ainda a palavra *crisol*, elemento químico que purifica o ouro das gangas, limpando-o dos elementos que se fixaram no metal pelo seu processo vital ou histórico e, ao longo do tempo, tomaram conta do seu cerne a ponto de comprometerem «a substância em si. Originalmente a palavra crise tem elementos que trazem amplo sentido, o de separação, mudança e / ou desequilíbrio transitório, com possível ocasião de crescimento (Ferigato *et al*, 2007).

Segundo o matemático antropólogo René Thom (1976), a crise, também designada catástrofe, tem natureza aberta, enquanto numa crise, a “função” é frequentemente atingida, a “estrutura” mantém-se intacta; o termo catástrofe é neutro, pois trata-se de uma mudança que tanto pode ser positiva como negativa para o organismo global e sua evolução. A crise é vivida pelo sujeito como uma ameaça à sua própria existência e constitui uma solicitação de reacções de sobrevivência ou, eventualmente, de evolução (Benoit, 2004b).

Pode definir-se ainda a crise como um estado de descompensação mental funcional, resultado da reacção do indivíduo perante um acontecimento quão perigoso que o leva a sentir-se impotente e incapaz de lidar com ele com os recursos habituais (Burns, 1988).

Assim, quanto aos *tipos de crise*, a crise pode ser evolutiva ou de maturação, com necessidade de adaptação a períodos evolutivos ou de trocas (como a puberdade), ou acidental ou situacional, situações inesperadas ou imprevistas que podem surgir em qualquer momento da vida, como o falecimento de um cônjuge (Guia de Estudo em Medicina Geral e Familiar - 5º ano, 2011).

São fases teóricas da crise:

1 – Fase de *impacto*, de curta duração - imediata (medo, cólera ou pena) ou débil percepção (depois estupefacto / incrédulo); o indivíduo esforça-se por assimilar a sobrecarga mental imposta pela tomada de consciência de um elemento estranho a uma experiência quotidiana;

2 – Fase de *retracção*, o indivíduo toma consciência das consequências do acontecimento, abstrai-se do seu contexto social habitual e manifesta sofrimento (inquieto, agitado, sem sentidos, sem eficácia);

3 - Fase de *intervenção*, o indivíduo está mais susceptível à intervenção externa. O indivíduo adapta-se, com resolução da crise (com ganho em experiência e recursos), melhor adaptação em sucessivas crises e aumento da autonomia; ou o paciente fracassa na adaptação, surgindo o distress ou sintomas crónicos, recordações traumáticas, diminuição da capacidade adaptativa no futuro e perda da autonomia, com dependência de pessoas ou instituições e possibilidade de hospitalização (Guia de Estudo em Medicina Geral e Familiar - 5º ano, 2011).

Segundo Whitaker (1981), ao caracterizar a família saudável, a família passa por crises de identidade, nas quais “a frustração é um enzima útil para acelerar a mudança” (Sampaio & Gameiro, 1985a).

Não é o carácter agradável ou desagradável dum acontecimento que o define como crise, mas o seu carácter de mudança, sendo que as crises implicam grande stress na vida familiar, pois toda a mudança causa stress.

Crise não equivale no entanto a urgência, que exige grande mobilização de recursos, mas não exige mudança ou nova estrutura relacional, embora essa situação deva ser resolvida através de ajustamentos no quotidiano.

As *crises familiares* não se esgotam nos momentos de transição do ciclo vital (crises esperadas), podendo outros acontecimentos surgidos transformar-se em crises com todas as implicações (Relvas, 2004).

As famílias que respondem e se organizam melhor nas crises tendem a estar activamente envolvidas em *organizações comunitárias* de cunho assistencial, de lazer, cultural e político (Sluzki, 1997).

Uma crise familiar é função da interacção existente entre o “stress” induzido por acontecimentos adversos acidentais ou originado por problemas familiares não resolvidos, e os recursos que a família dispõe para lidar com o “stress” (Augusto, 1988). A crise é um período de questionamento da natureza dos actos, renovação dos seus membros e simbólica nos seus significados, devendo a epistemologia da crise ter direito

de cidadania, por ser um período potencialmente produtivo apesar dos medos que provoca (Caillé, 1987).

Segundo a “*teoria da crise*”, ela pode ser definida como um período de desorganização de um sistema aberto, que perde o seu estado de equilíbrio ou homeostase (Caplan, 1980).

Lindemann, citado por Simon, Stierlin e Wynne (1997), na teoria da crise, considera esta uma transformação dos padrões de relação, isto é, da estrutura do próprio sistema, resolúvel com uma mudança de 2ª ordem, enquanto as situações de emergência / urgência se resolvem no quadro de funcionamento habitual, com mudanças de 1ª ordem (Alarcão, 2006h).

Freud e outros seguidores psicanalíticos relacionavam crise a trauma, por traduzir hiperactivade psíquica repentina, irresolúvel no quotidiano (Frigato *et al*, 2007).

Existem *traumas da vida familiar* (efeitos da parentalidade inadequada, conflitos, divórcio, doença e incapacidade, luto, pobreza, desinserção como a imigração, desemprego) que, cumulativamente com a *predisposição genética*, têm uma carga alostática associada à relação negativa entre o nível socio-económico e de saúde (McWhinney & Freeman, 2009g).

O *stress* pode definir-se como um estímulo ou uma resposta, enquanto eventos ou circunstâncias da vida, que produzem sentimentos de tensão, exigindo capacidade de adaptação à pessoa (Ahmed *et al*, 2011).

O stress, segundo o *modelo bio-psico-social de doença de Engel*, é quando o ambiente social tem a capacidade de provocar reacções psicológicas adversas e a exposição repetida a essas reacções tem impacto fisiológico cumulativo (Engel, 1977).

Depende das solicitações do meio e dos recursos próprios do indivíduo para os enfrentar. Não é uma doença, mas uma resposta a uma dada situação, que depende de uma valorização cognitiva pessoal (percepção da situação), do tipo de estratégias de controlo utilizadas para lidar com ele (*coping*), e da sua vivência. Estar sob stress limita o recurso por parte do próprio a estratégias racionais, havendo predomínio de automatismos e fenómenos inconscientes (Fundação Portuguesa de Cardiologia, 1996).

O stress é um constrangimento, mas é inerente à vida (Frasquilho, 2007), quando alguém tem de enfrentar situações que implicam exigências comportamentais que são difíceis de realizar ou satisfazer (Brito, CP, 2011).

O stress não implica sofrimento quando gerido adequadamente (Minichiello, 1997).

O *eustress* (fisiológico) é uma parcela tónica, construtiva que viabiliza o desenvolvimento, tendo consequências ou resultantes positivas para o indivíduo.

O *distress* tem consequências negativas para o indivíduo; o organismo entra em sofrimento, mas as mudanças fisiopatológicas ocorrem lentamente e os sintomas começam por ser imperceptíveis.

São factores do stress:

O *estímulo stressor*, sendo objectivos os aspectos ambiental, financeiro, laboral, familiar, interpessoal, social e doença, e subjectivos os aspectos intra-psíquico e existencial.

O *indivíduo*, dado o tipo de avaliação que faz o stressor e dos recursos para lidar com ele, a personalidade, as experiências de vida, as características emocionais, as opções comportamentais, o coping, o apoio social e o estilo de vida.

O *resultado*, em que há maior ou menor sofrimento bio-psico-social, problemas, sintomas ou doenças tipificadas e como se repercutem em novos stressores (Frasquilho, 2007).

Minuchin (1979) considera quatro *situações de stress*: contacto de um membro da família com uma fonte de stress extra-familiar (função da família quanto às pressões externas), contacto de toda a família com uma fonte de stress extra-familiar (como as situações de imigração e pós-guerra), stress relativo aos períodos de transição do ciclo vital da família (esperado e normativo) e stress provocado por problemas particulares, não normativo (Alarcão, 2006h).

O stress tem um impacto negativo significativo sobre a saúde, e a família é a origem mais frequente de stress na vida das pessoas (Campbell, 1986).

A partir da investigação do Institute of Medicine (Washington) (Weihs *et al*, 2001), conclui-se que as famílias influenciam muito a saúde global e a doença (particularmente as doenças que sobrecarregam os cuidadores familiares), o apoio emocional é o tipo de apoio familiar mais importante e influente, o casamento (ou união de facto) é a relação familiar que mais influencia a saúde, as relações familiares negativas, críticas ou hostis influenciam mais a saúde que as relações positivas ou de apoio, e a psico-educação familiar é uma intervenção para resolver problemas de saúde (Campbell *et al*, 2007).

Os factores psicossociais como o “stress” afectam não só a capacidade do doente em enfrentar a doença como o predispõem a contraí-la, e factores de apoio importantes como a relação familiar forte, a “força interior” ou mesmo a satisfação de ter um animal em casa, podem aliviar tanto a ansiedade como a depressão (Smilkstein, 1990).

O stress familiar é significativamente maior nas mulheres, e o stress profissional é idêntico em mulheres e homens (Guerreiro & Carvalho, 2007).

O *modelo de cuidados à família de De la Revilla* destaca, na *primeira fase*, a importância dos acontecimentos stressantes e dos problemas de relação e comunicação como causas dos problemas de saúde e, por outro lado, a importância da circularidade para manter os sintomas e desencadear crise e disfunção familiar; na *segunda fase*, integra um elemento positivo, constituído pela rede e apoio social (como força positiva e compensadora), além dos recursos do próprio paciente para resolver os problemas, elemento antagónico relativamente à força negativa dos acontecimentos vitais stressantes; na *terceira fase*, já poderemos conhecer o problema do paciente e estabelecer a intervenção mais correcta (Ahumada & Cochoy, 2008).

Há 4 *tipos de crise (conflito)*, que podem ser sobrepostos: crise evolutiva ou do ciclo vital (reais e que deveriam ser manifestas), crise externa (perigosa quando se pensa o que se poderia ter feito para evitá-la em vez de se adaptar à situação), crise estrutural (reiterada, com tensão oriunda de forças encobertas e internas) e crise de cuidados (com dependente).

O conflito é menos problemático se é manifesto, já que a família pode recorrer a ajuda externa e unir-se, se é oculto será de mais difícil solução (Aronne, 2007).

4.3 - A Classificação dos Tipos de Família, Novas Formas de Família

A *compreensão* da doença passa pela sua localização no corpo e mente do doente, mas também pela forma como esse corpo doente é vivido, tendo em conta o seu passado, o meio socio-cultural e o meio familiar (Laginha, 2007).

São vários os estudos que apontam para a influência da estrutura e tamanho da família e até da ordem de nascimento em variáveis como mortalidade, longevidade, doenças psiquiátricas e comportamentos dos seus elementos (Dominian, 1972; Marriage matters, 1979; Wagner *et al*, 1985; Robles, 2003).

Também a concordância de saúde mental e física entre cônjuges, assim como de comportamentos de saúde, são retratados em vários artigos (Marriage matters, 1979; Meyler *et al*, 2007).

Por outro lado, inúmeros factores, alguns dos quais médicos (outros de adaptação social), influenciam a estrutura das famílias, como as doenças crónicas, acidentes, abortamentos e comportamentos aditivos (Story & Bradbury, 2004; Rebelo, 2007; Randall & Bodenmann, 2009).

Nas últimas décadas, temos assistido a enormes *mudanças* na estrutura das famílias (Family Ties Website, 2011).

A modernização das sociedades conduz a um fenómeno bem documentado de redução do tamanho das famílias (Newson *et al*, 2005).

Determinados *ideais e objectivos* foram surgindo e impondo-se, como a autonomia e independência individual, a igualdade entre o homem e a mulher, a qualidade da relação interpessoal, a intimidade conjugal, o sentido de colaboração e partilha do quotidiano, a sexualidade feliz, a procriação responsável e a educação dos filhos (Neto, 2004).

As famílias *influenciam e são influenciadas* pela saúde dos seus elementos. Deste modo, é lícito pensar que uma correcta abordagem familiar contribui para a melhoria da saúde, quer da família, quer do (s) elemento (s) doente (s) (Ribeiro, 2007).

A *avaliação familiar* é também dotada de grande complexidade. A caracterização do tipo de família é um dos primeiros passos, e um dos mais importantes, afirmação que esta tese, para além de outros trabalhos publicados, inclusive do autor, procura fundamentar (Caniço *et al*, 2011c).

Quem melhor que o Médico de Família para caracterizar as famílias dos utentes do seu ficheiro? Existirão dúvidas do interesse da caracterização dos tipos de família na atitude e prática clínica (bem como dos respectivos instrumentos de caracterização familiar), ou será que a caracterização clássica se encontra ultrapassada e perdeu utilidade face às famílias actuais? (Caniço *et al*, 2011c).

Caniço *et al* basearam-se na bibliografia existente e propuseram novo “arrumar” de ideias, em busca de uma classificação prática e “lucrativa” em termos de avaliação da

estrutura e dinâmica familiar, que permitisse melhorar os cuidados assistenciais prestados aos utentes.

A atenção é centrada na definição dos *tipos de família*, caracterizando cada um e apresentando um plano de cuidados de saúde à família.

Procura-se, desta forma, dotar a caracterização proposta de um sentido realmente clínico e não meramente académico (Caniço *et al*, 2011c).

O tipo de família preconizado pelo regime político anterior ao 25 de Abril em Portugal assentava num modelo patriarcal de provedor masculino e mulher cuidadora, que juntamente com os filhos deviam obediência ao chefe de família. O Código Civil redefiniu o estatuto dos cônjuges, abolindo a figura do chefe de família e conferiu idênticos deveres e responsabilidade aos dois membros do casal (Guerreiro, 2011).

A *igualdade de género* tornou-se assim um desígnio de Estado, em articulação com a sociedade civil organizada, para a qual contribuiu o autor, ao ser responsável pela ONGD Saúde em Português, que aplicou e desenvolveu os projectos de promoção da igualdade de género em meio académico, escolar e profissional “Ser Hoje Mulher”, “O Outro Sexo” e “Em Poder Delas”, além da edição de “Crónicas da Igualdade” na revista “Ser solidário” (Saúde em Português, 2012).

A *identidade* da mulher ligada aos papéis familiares de cuidadora do marido, dos filhos e dos idosos, transporta-se hoje para uma identidade pessoal complexificada pela atribuição complementar de objectivos de carreira, individual e relativamente autónoma perante as funções familiares, e a psicologia do desenvolvimento evolui para o ser humano ter autonomização, percurso e progressão, atingindo maturidade em termos de vinculação (Relvas & Alarcão, 2007b).

Há duas *modalidades de estruturas familiares complexas*, as famílias alargadas e as famílias “múltiplas”, definindo-as como a co-residência de 2 ou mais núcleos na mesma habitação, com ou sem outras pessoas (Guerreiro, 2011).

A família separados-juntos (*living apart togheter*), é relativa a uniões em que a vivência corrente é em residências separadas (Levine, 2004).

São “*famílias problema*” quando têm como características no seu interior, pacientes graves ou incómodos, consomem muitas consultas, não são aderentes às propostas que

lhes são feitas, ou confrontam a equipa pelo que fazem ou não fazem (Simões & Rosendo, 2011).

O surgimento de novos tipos de família e a forma como cada indivíduo se posiciona e vive em família constituem um *desafio* para o médico de família, pelo que deverá usar do seu tempo de consulta para a actualização dos dados referentes à mesma, intervindo como agente catalisador e promotor da saúde familiar (Costa *et al*, 2011).

Alarcão define “*novas formas de família*” como um conjunto diversificado de configurações familiares distintas da família tradicional e da família de três gerações. Acrescenta as famílias reconstituídas, as famílias monoparentais, as famílias de colocação, as famílias adoptivas, as famílias homossexuais e as famílias comunitárias (Alarcão, 2006i).

Ou com *contextos familiares variantes* do ciclo vital da família, equacionadas como cambiantes do desenvolvimento familiar “normal”, os diferentes modelos de família, que serão futuramente considerados não por comparação, oposição ou défice face a uma família padrão, mas todos eles firmados no conhecimento ponderado das suas regularidades e singularidades (Relvas & Alarcão, 2007a).

A *lista de utentes* ou ficheiro clínico de um médico de família é constituída por um conjunto de indivíduos organizados em processos familiares (Costa *et al*, 2011).

A *caracterização* de uma lista não deve limitar-se aos dados demográficos, socio-económicos e culturais de cada indivíduo. O conhecimento das suas famílias é fundamental para adquirir uma visão integrada e melhor compreender as suas dificuldades e as suas potencialidades (Costa *et al*, 2011).

Assim, poder-se-á ter o *conhecimento* efectivo da realidade da sua população de utentes, fazer o planeamento e avaliação da sua prática clínica, promover a tomada assertiva de decisões, aplicar a abordagem adequada dos métodos de avaliação familiar, desenvolver a integração eficaz num sistema de cuidados de saúde e construir projectos de investigação (Costa *et al*, 2011).

Os países europeus que dispõem de sistemas de saúde mais eficazes têm bons serviços de cuidados primários, nos quais o médico de família atende uma lista de pacientes e regula as referências para especialidades hospitalares (Starfield, 1994).

Em Portugal, o médico de família presta cuidados de saúde a uma população definida inscrita em lista, o que facilita a continuidade de cuidados e a gestão eficaz da prestação de cuidados preventivos. A afectação dos utentes por lista ou agregado familiar facilita ainda a programação de actividade e os cuidados activos, o estudo da realidade micro-epidemiológica e a avaliação da dinâmica familiar (Guia de Estudo em Medicina Geral e Familiar - 6º ano, 2011).

Os médicos de cuidados primários dão assim mais importância ao facto de conhecer a pessoa, a relação interpessoal e o conhecimento natural da história da doença do que o uso de exames complementares (Gené Badia, 1995).

O *agregado familiar* corresponde ao conjunto de pessoas que co-habitam em economia comum.

A Família será sempre mais do que agregado familiar. No entanto, na nossa prática clínica, trabalhamos em função de uma lista de utentes, organizada em processos familiares, que tenderão a incluir todos e só os membros de determinado agregado familiar.

Assim, tendencialmente, a *unidade de caracterização* será o agregado familiar, salvaguardando, que, como Médicos de Família, saberemos oportunamente caracterizar determinados agregados como um só, quando o factor proximidade imperar ou desagrupar os elementos de determinado ficheiro clínico, sendo a junção processual meramente burocrática.

Uma determinada família é um determinado tipo, em determinado momento. Pode evoluir para outro tipo e tem determinada probabilidade de evoluir para ainda qualquer outro tipo, talvez ainda com características simultâneas de outros tipos.

Deste modo, caracterizar uma família num determinado tipo pode ser muito redutor, principalmente se nos restringirmos aos tipos clássicos.

Proliferam os novos tipos de família, não sendo, na realidade, apenas ou fundamentalmente novos. Adquiriram prevalência tal que se fizeram individualizar, ajustados ao quadro relacional de facto e / ou situação jurídico-legal (Caniço *et al*, 2011d).

A classificação proposta por Caniço *et al* (2011d), é dotada de duas características essenciais: dinâmica, enquanto mutabilidade, e sobreposição, enquanto junção de vários

elementos apontados, considerando fundamental a existência de um plano de cuidados à família para cada caso.

Proposta uma classificação das famílias que engloba três dimensões de caracterização: estrutura e dinâmica global, relação conjugal e relação parental.

Encontram-se descritas muitas formas de classificar as famílias, estudando-as de acordo com inúmeros parâmetros. Interessa-nos, sobretudo, o aspecto estrutural e relacional.

Através destes três níveis de caracterização, procuramos aumentar a sensibilidade da detecção precoce da disfuncionalidade e enriquecer o plano de cuidados à família (Caniço *et al*, 2011d).

4.3.1 - Tipos de Família - *Estrutura / Dinâmica Familiar*

Cada um dos tipos de família contempla estrutura e dinâmica. Alguns tipos caracterizam melhor a estrutura, outros sinalizam determinada dinâmica, disfuncional ou não (Caniço *et al*, 2011d).

Uma família considera-se *funcional* quando os limites entre os seus elementos são claros, havendo ligações sólidas entre os elementos de cada subsistema, a chefia é bem aceite pelos chefiados e as responsabilidades são assumidas e partilhadas em situações difíceis (Almeida, 1994).

Procurámos caracterizar cada família, de acordo com a bibliografia pesquisada, mas também tendo em conta as realidades e necessidades que vamos encontrando no nosso dia-a-dia profissional.

Muitas delas encontravam-se camufladas num dos 5 *clássicos tipos de família* (nuclear, alargada, unitária, monoparental, recombinação), mas, aplicando a classificação que propomos, revelam novas características, passíveis de redefinir o plano de cuidados à família, com claro benefício para os utentes (Caniço *et al*, 2011d).

Desde 1960, *grandes mudanças* ocorreram na composição, actividades e estatuto económico das famílias nas sociedades ocidentais industrializadas. Porque houve muitas mudanças, o seu impacto teve eco nos problemas de saúde enfrentados pelo médico de família (McWhinney, 2009g).

Relvas e Alarcão consideraram *novas formas de família* a família de acolhimento ou família hospedeira (temporária e transitória), a família adoptiva (irrevogável), a união de facto (juridicamente regulamentada, mas nascida fora de rituais e vínculos jurídicos, subdividida ainda em concubinato tradicional e co-habitação ou união pré-nupcial, com incidência de stress conjugal), e as famílias monoparentais (família de educador único, com incidência de stress parental) (Relvas & Alarcão, 2007b).

Alarcão considera, em *variações* em torno do ciclo vital, como configurações familiares distintas daquelas que permitiram a conceptualização, as famílias reconstituídas, as monoparentais, adoptivas, de homossexuais e comunitárias (Alarcão, 2006j), e identifica famílias com paciente identificado toxicodependente, delincente, violento e violência familiar e multi-problemática ou multi-assistida (famílias isoladas, excluídas, sub-organizadas, associadas, desorganizadas) (Benoit, 2004c; Alarcão, 2006k).

São tipos de família, segundo Minuchin, a família *pas-de-deux*, a família de 3 gerações, a família com suporte, a família acordeão, a família flutuante, a família com padrasto ou madrasta, a família com fantasma, a família descontrolada, a família psicossomática ou superprotectora, a famílias das favelas (Minuchin, 1980).

Segundo Saavedra Oviedo JG, são tipos de família a família nuclear ou elementar, a família extensa ou consanguínea, a família monoparental, a família de mãe solteira e a família de pais separados (Saavedra Oviedo, 2005).

Segundo Aronne E, existem 4 tipos de família, podendo uma mesma família ter característica de mais de um tipo (mistas): famílias aglutinadas (com dificuldade de discriminação e individualização, tipo clã), uniformizadas (com tendência à individualização e absolutismo), isoladas (distantes e rígidas), integradas (estáveis e flexíveis) (Aronne, 2007).

Segundo Msc. Gerardo Casas Fernández (Costa Rica), existem 16 tipos de família: família *pas de deux* (dança a dois), família de 3 gerações, família com apoio, família acordeão, família em mudança, família com hóspedes / clientes, família com padrasto ou madrasta, família com fantasma, família descontrolada, família psicossomática, família problemática, família em processo de dissolução, família com membro psicótico, família com jovens delinquentes, família com membros tendentes a

dependência de drogas, família com membros de tendência suicida e família com crianças portadoras de deficiência psicológica ou física (Fernández, 2003).

Reyes García Miura (Espanha) considera as famílias monoparentais, famílias uniparentais, famílias reconstituídas e famílias homoparentais (Miura, 2008).

M^a Amália Nunes considera, em relação ao ciclo e percurso familiares, a família de estrutura clássica nuclear, a família em separação e divórcio, as famílias monoparentais e as famílias reconstruídas (Nunes, 2011).

Ana Maria Costa considerou a existência de família nuclear, nuclear incorporada, alargada, monoparental, reconstruída, unitária e “*outras*” (Costa *et al*, 2011).

Existem *mitos familiares*, conjunto de crenças partilhadas por todos os elementos da família, que servem para criar, manter e justificar numerosos modelos interacionais, utilizados para manter o *status quo* e a homeostase familiar (Alarcão, 2006l).

Segundo Aboim e Wall, existem *famílias instituição* (com finalidades de sobrevivência e subordinação total à instituição matrimonial), *famílias aliança* (caracterizadas pelo amor romântico como princípio da união), *famílias fusão* (sobressai o amor romântico, mas na recusa da instituição tradicional e na afirmação da igualdade entre os cônjuges) e as *famílias associação* (triumfo do individualismo sobre o nós conjugal) (Aboim & Wall, 2002).

Segundo Liliana Sousa *et al*, congregando designações emergentes da literatura e da prática em famílias de risco ou em risco e famílias socialmente vulneráveis, consideram a designação de famílias associiais, desmembradas, isoladas, suborganizadas, excluídas, multiparentais, em permanente crise, multicrise, diluídas, multiassistidas, multiproblemáticas, cronicamente disfuncionais, multistressadas e multidesafios, cuja definição apresenta (Sousa, L. *et al*, 2007c).

Caníço (Caníço *et al*, 2011d) propõe os seguintes tipos de família (Caníço *et al*, 2011e), segundo a estrutura e dinâmica familiar:

1 - **Díade nuclear**: família em que existe uma relação conjugal sem filhos, uma união entre duas pessoas, que co-habitam. Não há descendentes comuns, nem de relações

anteriores de cada elemento. Também designada **família sem filhos** (Relvas, 2004; Southern Kings Consolidated School, 2012).

São exemplos, a união entre homem e mulher que ainda não tiveram filhos por opção ou impossibilidade, médica ou outra, ou que nunca os virão a ter.

2 - **Família grávida:** família em que uma mulher se encontra grávida, independentemente da restante estrutura. Justifica-se também pela envolvimento da parentalidade homem e mulher, estimulada pela concessão de direitos e regalias nos cuidados de saúde e legalidade.

Trata-se de uma fase específica no seio da família, em que se aguarda a vinda de um novo elemento, predominando os sentimentos de medo e / ou esperança, com desvio do centro de atenções e segurança (Caniço *et al*, 2011d).

3 - **Família nuclear:** a típica família com uma só união entre adultos e um só nível de descendência, ou seja, pai e mãe e o (s) seu (s) filho (s) (Sampaio & Gameiro, 1985; Relvas, 2004; Saavedra Oviedo, 2005; Nunes, 2011; Costa *et al*, 2011; Southern Kings Consolidated School, 2012).

Também designada de família **simples** ou **nuclear tradicional**.

Classicamente, é-lhe atribuída grande estabilidade, de facto, tradição ou sociedade. No entanto, devemos estar atentos à dinâmica familiar e aos sinais / pistas que alertem para a disfuncionalidade, alargando a entrevista clínica minuciosa. Muitas vezes, os indícios de disfunção são intencionalmente camuflados por diferentes elementos da família.

A passagem da díade como unidade relacional fundamental à sobrevivência física e sobretudo psíquica (fusional) à tríade, pode ser um momento de crise.

4 - **Família alargada:** família em que co-habitam ascendentes, descendentes e / ou colaterais por consanguinidade ou não, para além de progenitor (es) e / ou filho (s) (Sampaio & Gameiro, 1985; Saavedra Oviedo, 2005; Costa *et al*, 2011; Southern Kings Consolidated School, 2012).

Existe uma união conjugal e mais do que um nível de descendência, podendo co-habitar avós, netos, tios, primos, cunhados. Também designada de família **extensa**.

Por vezes, há otimização da entreajuda, com definição e complementaridade dos papéis familiares ou, por outro lado, existe desagregação da hierarquia familiar, luta de poderes e formação de “grupos” rivais.

5 - Família com prole extensa: família com crianças e jovens de idades muito diferentes e logo em fases distintas do seu desenvolvimento individual, independentemente da restante estrutura familiar (Subtil, 2008). Também designada de família **numerosa**.

6 - Família reconstruída: família em que existe uma nova união conjugal, com existência (ou não) de descendentes de relações anteriores, de um ou dos dois membros do casal. Também designada de família **combinada**, **recombinada** ou **reconstituída** (Relvas, 2004; Alarcão, 2006i; Zamora, 2008; Nunes, 2011; Costa *et al*, 2011).

7 - Família homossexual: família em que existe uma união conjugal entre 2 pessoas do mesmo sexo, independente da restante estrutura, distinguindo-se da família nuclear por serem do mesmo sexo (Relvas, 2004; Alarcão, 2006i).

Adicionalmente, sendo possível a adopção de crianças por casais homossexuais em Portugal, surgirão novas abordagens nas relações familiares.

O desenvolvimento da identidade sexual das crianças e a falta de um modelo heterossexual do desenvolvimento das relações interpessoais tem sido considerado como problemático, embora múltiplos estudos não tenham encontrado evidência de confusão na identidade sexual dos filhos de casais homossexuais nem diferenças na popularidade e adaptação social dessas crianças (Alarcão, 2006i).

8 - Família monoparental: família constituída por um progenitor que co-habita com o (s) seu (s) descendente (s), não mantendo relação conjugal de co-habitação permanente, independentemente das razões para tal (viuvez, separação de facto, opção individual, etc.) (Relvas, 2004; Saavedra Oviedo, 2005; Alarcão, 2006i; Relvas & Alarcão, 2007; Nunes, 2011; Costa *et al*, 2011; Southern Kings Consolidated School, 2012).

A monoparentalidade, particularmente quando os filhos são pequenos, poderá ser tradutora de sobrecarga do cuidador e de impacto pela ausência da figura tutelar

materna ou paterna nos descendentes, privados da co-habitação com o outro progenitor (Correia, 2002).

A análise da evolução familiar é imprescindível. A família evoluiu do tipo nuclear? A perda foi por falecimento ou por separação? Trouxe uma maior estabilidade à família ou traduziu uma perda irreparável? Mantém-se o contacto com o outro progenitor? Essa relação é benéfica ou perpetua o conflito?

9 - Dança a dois: família constituída por 2 pessoas, implicando laços familiares (de sangue ou não) e a inexistência de relação conjugal ou parental, por exemplo, tio e sobrinho, avó e neto, irmãos, primos ou cunhados (Minuchin, 1980; Subtil, 2008).

A atribuição de papéis familiares, pode ser difícil e conflituosa, bem ilustrada pelo nome metafórico.

10 - Família unitária: família constituída por uma pessoa que vive sozinha, independentemente de existência de relação conjugal sem co-habitação ou da riqueza de outras relações familiares ou extra-familiares. Também designada de **família de indivíduo só** (Agostinho & Rebelo, 1988; Pitt, 1998; Costa *et al*, 2011).

Poderá traduzir instabilidade, pelo desejo não realizado de uma união e / ou descendência, ou poderá indicar desejo pessoal, sem conflito interior pela opção tomada.

É neste segundo grupo que se inclui o celibato em que, por definição, não haverá relação conjugal nem descendência de eventuais uniões anteriores.

Tal como os outros tipos de família, terá de ser avaliada em termos da sua origem, evolução e convicções ideológicas.

Resulta de individualização de casa dos pais, em relação com projecto de vida e com desejo de união futura? Ou resulta de perda de relação anterior, por morte ou separação?

11 - Família de co-habitação: Homem (s) e / ou mulher (es) que vivem na mesma habitação (Subtil, 2008).

Poderão existir muitos contextos: estudantes universitários, imigrantes que co-habitam, amigos que partilham casa. Implica a inexistência de laços familiares ou relações conjugais, existindo ou não um projecto comum.

Pode traduzir afastamento temporário do lar de origem e ter grande impacto na saúde mental (solidão) e física (comportamentos de risco). Estabelecem-se, por vezes, amizades duradouras, conflitos permanentes e relações de entreajuda ou concorrência.

12 - **Família comunitária**: família composta por um grupo de homens e / ou mulheres e seus (eventuais) descendentes, diluindo-se a unidade nuclear, e impondo-se como valores prioritários o bem-estar, as necessidades e os deveres comunitários (Alarcão, 2006i; Subtil, 2008).

Podem co-habitar ou morar em casas separadas, habitualmente próximas. Todos seguem as mesmas regras, idealmente no sentido do bem comum, tendo fronteiras bem definidas, com abertura ao exterior variável. As barreiras entre os vários agregados (ou elementos) familiares diluem-se, podendo ocorrer perda da identidade individual em função da identificação de grupo.

São exemplos, as comunidades religiosas, seitas, comunas, algumas etnias, meninos de rua, sem abrigo (Alarcão, 2006i; Subtil, 2008).

Birren considerou 5 tipos de experiências comunitárias: as comunidades religiosas, as comunidades utópicas, as comunidades planeadas, os *kibbutz* israelitas e as comunas (Birren *et al*, 1981).

13 - **Família hospedeira**: família em que ocorre a colocação temporária de um elemento exterior à família, habitualmente uma criança (Benoit, 2004a; Relvas & Alarcão, 2007; Zamora, 2008).

Como exemplo mais actual, indicamos as famílias de **acolhimento**, em caso de abandono ou perda de custódia da família biológica.

Apesar do carácter temporário e inexistência de laços familiares prévios, estes podem estabelecer-se e dificultar a hora da separação, ou pode haver clara inadaptação do todo esporádico à família pré-estabelecida.

Esta família inclui também casos de hospedagem temporária de um amigo ou colega, independentemente da razão para tal.

14 - **Família adoptiva** ou **de adopção**: são famílias que adoptaram uma (ou mais) criança (s) e adolescente (s) não consanguínea (s), mas que lhe estão ligados por laços afectivos e legais (Relvas, 2004; Alarcão, 2006i; Relvas & Alarcão, 2007b).

Nestas famílias, podem co-habitar filhos biológicos. A impossibilidade de descendência biológica pode ser a motivação para a adopção, ou esta ocorrer após um luto de um filho. Por outro lado, a adopção pode significar um desejo por si só, habitualmente por razões humanitárias em caso de catástrofe ou guerra, ou por sensibilidade social implícita.

15 - **Família consanguínea**: família em que existe uma relação conjugal consanguínea, independentemente da restante estrutura.

Poderá acarretar implicações médicas nos (eventuais) descendentes e sociais em todos os elementos da família (Caniço *et al*, 2011d).

16 - **Família com dependente**: família em que um dos elementos é particularmente dependente dos cuidados de outros, por motivo de doença, excluindo-se o caso de crianças saudáveis (Pitt, 1998).

São exemplos, famílias em que um dos membros apresenta limitações do desenvolvimento cognitivo psico-motor ou das actividades de vida diária, encontrando-se acamado ou apresentando deficiência mental e / ou motora, requerendo vigilância e orientação constante.

17 - **Família com fantasma**: família em que ocorre o desaparecimento de um dos elementos, de forma definitiva (falecimento) ou dificilmente reversível (divórcio, rapto, desaparecimento ou motivo desconhecido) (Minuchin, 1980; Subtil, 2008).

Tal implica que o elemento em falta continua presente na dinâmica familiar, dificultando a reorganização das relações familiares e impedindo o desenvolvimento individual dos restantes membros.

18 - **Família acordeão:** família em que um dos cônjuges se ausenta por períodos prolongados ou frequentes (Minuchin, 1980; Subtil, 2008).

São exemplos, os trabalhadores humanitários expatriados, os militares em missão, os trabalhadores colocados longe da residência ou emigrantes de longa duração.

Trata-se de uma família em que a relação conjugal e / ou as eventuais relações parentais poderão ser abaladas na sua coesão pela ausência constante ou prolongada do cônjuge / progenitor.

19 - **Família flutuante:** família em que os elementos mudam frequentemente de habitação, como no caso de progenitores com emprego de localização variável (funções públicas de rotação e mobilidade geográfica profissional, viajantes, etc.) (Minuchin, 1980; Subtil, 2008). Incluem-se também as famílias em que o progenitor muda frequentemente de parceiro.

São famílias tradutoras de grande instabilidade e dificuldade na criação de vínculos familiares ou extra-familiares, embora alguns elementos possam criar novas famílias em simultâneo.

20 - **Família descontrolada:** existe um membro com problemas crónicos de comportamento, podendo este ser relacionado com circunstâncias fortuitas da vida, doença ou comportamentos aditivos (esquizofrenia, toxicodependência, alcoolismo, etc.), o que vai condicionar a estrutura familiar, conduzindo a dificuldades na organização hierárquica e nas relações inter-familiares (Minuchin, 1980; Benoit, 2004a; Subtil, 2008).

Madalena Alarcão considera que deve designar-se família *com paciente identificado* alcoólico, esquizofrénico, toxicodependente ou delinquente e não família alcoólico, esquizofrénico, toxicodependente ou delinquente, porque a perspectiva sistémica não desenvolveu uma nosografia familiar e deveria banir-se a ideia de patologia ao falar-se de disfuncionamento familiar (Alarcão, 2006i).

21 - **Família múltipla:** Família em que o elemento identificado integra duas (ou mais) famílias, constituindo agregados diferentes, eventualmente com descendentes em ambos. Também se pode designar **família 2 em 1**.

O elemento comum intervém na dinâmica em ambas as famílias, criando expectativas e multiplicando objectivos, podendo ter distúrbio da personalidade ou perturbação do afecto (Caniço *et al*, 2011d).

4.3.2 - Tipos de Família - Relação Conjugal

A relação conjugal envolve a execução de duas *funções básicas*: a função conjugal (satisfação das necessidades dos cônjuges, provisão de apoio mútuo para o seu desenvolvimento pessoal - amizade, parceria nas responsabilidades e tarefas diárias – companheirismo, e relação afectiva e sexual – relação amorosa), e a função parental (equipa que cuida das necessidades da prole, adequadas ao estágio de desenvolvimento) (Falceto *et al*, 2004).

A relação conjugal pode apresentar-se como *vital* (trocas intensas, empatia e carinho), desvitalizada (falta de interesse e intimidade), e *conflituosa* (confronto e agressão como base da união) (Falceto *et al*, 2004).

Confirma-se o valor do *subsistema conjugal* na tabela de níveis de stress correspondentes às ocorrências da vida, onde os valores mais altos têm a ver com o casal, sendo um factor ansiógeno (Relvas, 2004a).

O casamento mantém um grau de prestígio que, pese embora toda a evolução social, implica uma imagem de competência pessoal e normalidade com a correspondente carga negativa para a situação oposta de celibato ou equivalente. A atracção na escolha do parceiro faz-se por outro com idênticas necessidades de independência ou dependência, de intimidade ou de afastamento, com níveis semelhantes de força ou de fraqueza, sendo que “à superfície” se diferenciam (Relvas, 2004a).

A *construção* da relação conjugal tem muito a ver com a definição e redefinição de sucessivos e progressivos equilíbrios entre os elementos do casal e as respectivas famílias. Na gestão do conflito conjugal, a solução será metacomunicar ou seja comunicarem sobre a sua própria comunicação (Relvas, 2004a).

A *metacomunicação* é um elemento necessário à construção e evolução do processo de casal, dado que possibilita aos cônjuges o esclarecimento, a negociação, a congruência

comunicacional, a ultrapassagem de conflitos e o realinhamento relacional (Alarcão, 2006m).

São componentes do *amor*, segundo Sternberg, o compromisso (cognitivo, relativo à estabilidade e à satisfação na relação), a intimidade (proximidade com o outro) e a paixão (motivação, conducente ao romance, atracção física e sexual) (Silva & Relvas, 2007a).

Os casais em união de facto diferenciam-se dos casados através de um maior “intimização” da relação que, no entanto, não os conduz a maior centralização nos aspectos afectivo-emocionais do par nem sequer a maior qualidade conjugal, qualquer que seja a dimensão considerada (Silva & Relvas, 2007a).

A *satisfação conjugal* representa os sentimentos pessoais e a avaliação subjectiva do indivíduo face ao casamento, enquanto a qualidade conjugal é mais abrangente, envolvendo e articulando as múltiplas dimensões da conjugalidade (a própria satisfação, a comunicação, a gestão comum das finanças, o tempo de lazer, as relações sexuais, os temas associados aos filhos, parentes e amigos, etc.) (Silva & Relvas, 2007b).

A *coesão* da família conjugal mede-se pelas práticas de coesão, procurando saber “quem faz o quê, com quem?” em três domínios do quotidiano (o trabalho doméstico, as actividades fora de casa e as conversas), pelas divisões conjugais do trabalho e dos lazeres (a igualdade de género na conjugalidade), e procurando colocar sob o controle do nós-casal alguns recursos essenciais (o dinheiro, os gostos, o tempo livre e os amigos), um procedimento de autonomia ou fusão (Aboim & Wall, 2002).

Os *indicadores de integração externa* são a diversidade de actividades e lazeres da família e a diversidade de sociabilidades com outras pessoas.

As diferentes combinações entre os vários indicadores (as práticas de coesão, as divisões de género, a regra de coesão e as formas de integração externa) permitiram-nos identificar seis tipos de dinâmicas de interacção: paralela, paralelo familiar, bastião, fusão aberta, confluyente, associativa (Aboim & Wall, 2002).

Nos *perfis de orientação conjugal*, como indicadores de casamento-instituição ou casamento-companheirismo, analisam-se a instituição forte, a instituição, a aliança, o companheirismo e o companheirismo forte (Aboim & Wall, 2002).

Sofia Aboim e Karin Wall concluíram, quanto às *formas de interagir na vida conjugal*, que existem seis tipos de interação familiar: o tipo “*paralelo*”, caracterizado por autonomia desejada e sexualmente diferenciada e encerramento ao exterior; o tipo “*paralelo familiar*”, que alia o predomínio de práticas separadas à ténue fusão familiar, divisões de género assinaláveis, intenções fusionais e abertura média ao exterior; o tipo “*bastião*”, fusional, fechado e marcado por papéis de género diferenciados; o tipo “*fusão aberta*”, onde a fusão é forte, a divisão de papéis é relativamente igualitária e a integração externa é permeável a diversas saídas e convívios; o tipo “*confluente*”, caracterizado por práticas polivalentes ligadas a uma regra fusional, por papéis de género pouco diferenciados e por abertura forte; finalmente, o tipo “*associativo*”, que conjuga práticas polivalentes expressivas, intenções explícitas de autonomia, papéis de género pouco diferenciados (sobretudo a nível do trabalho profissional) e abertura forte ao exterior (Aboim & Wall, 2002).

Falcão Tavares considera famílias rígidas (quando mantêm as regras sem alteração) e famílias caóticas (quando as regras praticamente não existem) (Tavares, 1995).

Canijo *et al* consideraram a família como um sistema dinâmico criado e condicionado pelas relações entre os membros que a compõem, pelo que englobaram uma abordagem das relações conjugais e parentais na caracterização que propuseram, não sendo os tipos de família estanques nem imutáveis.

Muito menos, quando se avaliam relações intra-familiares, ainda mais rapidamente evolutivas que a sua estrutura, atendendo a maior labilidade, oportunidade ou subjectividade individual e de interação, à existência de padrões flexíveis ou à não regulação inter-pessoal.

Essa análise não passou por pretender ser uma classificação rígida, mas sim uma *forma de trabalho clínico* que oferecesse informação muito valiosa em relação a dinâmicas e atitudes disfuncionais.

A relação conjugal é parte importantíssima no que respeita à origem da família, por constituir união e reforço de objectivos comuns em harmonia, utilidade e sociedade. Assim, é inevitável analisar a dinâmica entre os cônjuges e compreender qual é a repercussão que tem sobre os restantes membros da família.

Os dois primeiros tipos de família que consideram (famílias tradicional e moderna) e os quatro últimos (famílias fortaleza, companheirismo, paralela e associação) constituem dois subgrupos, no entanto, qualquer família poderá apresentar características pertencentes a um ou vários tipos (Caniço *et al*, 2011d).

Assim, Caniço *et al* (2011d), consideraram (Kellerhals *et al*, 1982; Kellerhals, 1987; Kellerhals & Roussel, 1987; Kellerhals & Troutot, 1987; Kellerhals *et al*, 2000; Aboim & Wall, 2002):

1 - **Família tradicional:** As famílias são estruturadas em função do género masculino / feminino, diferenciados (Michel, 1977; Aboim & Wall, 2002).

Cada membro tem um papel pré-estabelecido dentro da família e na sociedade, consoante o género e / ou a faixa etária, conservador no tempo e atitude.

Por vezes, isso condiciona sobrecarga de algum / alguns dos membros, e desvalorização de actividade produzida (Correia, 2002).

A submissão limitativa da individualidade, a hierarquia prepotente e a perda de identidade são riscos para a instabilização familiar.

2 - **Família moderna:** a igualdade de género é a base da união, qualquer que seja o seu tipo (Michel, 1977; Aboim & Wall, 2002).

Consequentemente, são famílias mais igualitárias, no que toca à divisão de trabalho e às escolhas individuais de cada membro.

Há conceitos de inter-ajuda e solidariedade, com equilíbrio estrutural e de poder entre o homem e a mulher.

À organização da vida familiar nem sempre corresponde a igualdade de oportunidades no trabalho, emprego e formação profissional.

Há, ainda assim, incremento da participação das mulheres na esfera pública e dos homens na esfera privada, eventualmente de forma assimétrica.

3 - **Família fortaleza ou bastião:** Os cônjuges partilham objectivos de vida e actividades, em coesão fusional ou de fusão (homeostase), mas a dinâmica interna tem regras pré-estabelecidas que são difíceis de modificar, em regulação normativa.

Em consequência, existe um encerramento ao exterior. Estas famílias podem ter dificuldade em assumir os problemas, adaptar-se a novas situações de crise e em pedir ajuda externa à família, perdendo racionalidade e recursos.

4 - **Família companheirismo:** Existe partilha e repartição de actividades, assim como objectivos comuns de vida, em coesão fusional.

Não existem regras pré-estabelecidas e inamovíveis, mas sim a capacidade de assumir os problemas no sentido da sua resolução, de forma compartilhada e dialogada, em regulação comunicacional.

Estas famílias evoluem com as experiências e contactos externos, em abertura ao exterior.

5 - **Família paralela:** os cônjuges não partilham actividades quotidianas nem objectivos de vida, em coesão por autonomia.

Esta situação pode ter origem no momento da união ou pode ser consequência da evolução da relação.

Embora cada indivíduo tenha funcionamento autónomo, não é livre, dado que existem uma série de regras pré-estabelecidas que dirigem o funcionamento interno, em regulação normativa.

Estas famílias apresentam atitude de encerramento ao exterior, pelo que pode ser difícil conseguir abertura para modificar hábitos de vida não saudável.

As regras internas acabam por transformar as situações e atitudes disfuncionais em “normais”.

6 - **Família associação:** existe uma união afectiva, embora não se partilhem actividades quotidianas, em coesão por autonomia.

Estas famílias têm como base a liberdade individual, podendo ser amostra de egoísmo em determinadas circunstâncias.

Não têm regras predefinidas e baseiam-se na regulação comunicacional.

Como os caminhos personalizados predominam sobre os objectivos conjuntos, existe uma grande abertura ao exterior.

Supõe o triunfo do individualismo sobre o contexto “nós”, de cariz conjugal.

4.3.3 - Tipos de Família - *Relação Parental*

Para a sociologia, a *função socializante* da família tem em conta a aprendizagem dos valores e dos papéis sociais, enquanto a psicologia defende a importância do contexto familiar no desenvolvimento da personalidade da criança e do jovem. A psicossociologia articula estes 2 aspectos, preconizando que a assumpção de papéis e dos valores, bem como o desenvolvimento psicológico da criança, do jovem e do ser humano em geral, se fazem através de um processo de interacção e comunicação (Relvas & Alarcão, 2007c).

Enquanto o parentesco é de tipo causal, porque liga estritamente a estrutura familiar e a função de cada elemento tal como o genograma a esquematiza, a parentalidade dá conta da *interdependência entre estrutura, função e evolução da família*, elas próprias em interacção constante com as suas finalidades e com o meio (Relvas, 2004b).

A presença (ou ausência) dos filhos implica todo um conjunto de *reajustes* no quotidiano e na estrutura familiares que vai muito para além da sua aceitação e enquadramento inicial no sistema (Relvas, 2004b).

A díade alarga-se a uma *triade*, e a “revolução” afectiva dos futuros pais é acompanhada de uma redistribuição de papéis, funções e imagens identificatórias no seio do próprio lar, nas relações entre os esposos e as famílias de origem e nas relações com os contextos envolventes (profissional, de amizades e rede de suporte social) (Relvas, 2004b).

A *parentalidade* é a designação para a relação pai / filho, enquanto a co-parentalidade é a relação entre os dois pais (pai e mãe), com o objectivo de partilhar os cuidados práticos, a educação e os carinhos a darem aos filhos, da forma que entenderem (Sullerot, 1993).

O tempo conjugal é muito vulnerável e pode ser anulado ou interrompido, temporária ou definitivamente, por decisão de um ou de ambos os cônjuges, enquanto a filiação é para toda a vida, desde o tempo activo da parentalidade. No caso das famílias reconstituídas, mantém-se a filiação, embora existam diferentes figuras de vinculação (Alarcão, 2006n).

São modos de relação familiar (*personalidade de la Flia*) a família rígida, a família superprotectora, a família centrada nos filhos, a família permissiva, a família instável e a família estável (Minuchin, 1980; Rios, 1994; Satir, 2005; Artola & Piezzi, 2000; Palacios, 2002; Saavedra Oviedo, 2005).

Gordon considera três *modelos relacionais entre os filhos*, o modelo autoritário (em que os pais ganham), o modelo permissivo (em que os filhos ganham) e o modelo negocial (sem vitórias nem derrotas) (Gordon, 1975).

No *sub-sistema parental*, os pais têm, juntamente com os filhos, de aprender e ensinar relações verticais, como líderes de uma relação de poder, e entre os pais e com outros sistemas familiares e sociais as relações serão horizontais, mais simétricas. Assim, a gestão das relações verticais é fundamental na relação pais-filhos. No subsistema fraternal, a *fratria*, existirá o espaço de aprendizagem e treino de relações horizontais, entre iguais (Alarcão, 2006n).

As *características da criança* provocam mais stress parental nos pais do que a maneira como estes percebem os seus próprios atributos enquanto pais, em relação ao desempenho e exigências da função parental (Relvas & Alarcão, 2007d).

Na família nuclear, em conceito tradicional, *ser mãe* é ter relação afectiva, com a capacidade de corresponder às necessidades do desenvolvimento do filho que vai formar as relações sociais posteriores e estabelecer requisitos e regras que conduzam à autonomia. *Ser pai* é dar apoio emocional e protecção, ser porta de entrada para o mundo exterior e fazer o acompanhamento do desempenho escolar (Saavedra Oviedo, 2005).

Os novos tipos de família obrigam à *adaptação* destes conceitos, como a monoparentalidade, a maior representatividade família-escola e a contestação e desadequação dos modelos rígidos de educação (Saavedra Oviedo, 2005).

Devido ao papel do *médico de família* na continuidade de cuidados, é imperativo o conhecimento dos processos evolutivos experimentados pelos seres humanos. Além disso, os pacientes acorrem ao médico com um motivo aparentemente relacionado com um problema médico, quando o verdadeiro problema subjacente se relaciona com um processo de adaptação do próprio desenvolvimento ou com a resposta da família ao

mesmo problema. A compreensão das distintas etapas da vida pode servir ao médico de família para antecipar e explicar as tensões habituais experimentadas pelos pacientes (Brummel-Smith & Mosqueda, 2007).

Como já referimos, a relação parental engloba e traduz afecto, autoridade, capacidade de controlo e flexibilidade.

Importa analisar as dinâmicas entre as diferentes gerações que compõem as famílias, a educação e a transmissão de valores por parte dos pais aos filhos, e a recepção desta informação por parte dos filhos.

Hernâni Caniço, em *Novos Tipos de Família, Plano de Cuidados*, considerou (Zamora, 2008; Caniço *et al*, 2011d):

1 - **Famílias estáveis / Família equilibrada**: a família mostra-se unida e os pais são concordantes e conscientes do seu papel como tal, certos do mundo que querem dar a mostrar aos seus filhos / as, cheio de metas e sonhos (Minuchin, 1980; Rios, 1994; Satir, 2005; Artola & Piezzi, 2000; Palacios, 2002; Saavedra Oviedo, 2005).

Os filhos assumem o estatuto e função, em respeito e labor, liberdade e responsabilidade. Nestas circunstâncias, os filhos crescem estáveis, seguros e confiantes, sendo hábito o facto de dar e receber afecto.

Quando adultos, são activos e autónomos, capazes de expressar as suas necessidades, pelo que se sentem felizes.

2 - **Famílias instáveis**

2. 1 - **Família rígida**: há dificuldade em compreender, assumir e acompanhar o desenvolvimento saudável dos filho / as.

As crianças podem ser submetidas a disciplina exagerada pelos pais, que não “admitem” o seu crescimento físico e psíquico e não os acompanham nos processos fisiológicos e de maturação próprios de cada fase (Minuchin, 1980; Rios, 1994; Satir, 2005; Palacios, 2002; Saavedra Oviedo, 2005).

Quando chegam à idade adulta jovem, estão impreparados, e têm uma liberdade de escolha diminuída, sobreposta pela vontade dos pais.

2.2 - **Família super-protectora:** há preocupação excessiva em proteger os filhos / as, sendo os pais super-controladores, não permitindo o desenvolvimento e autonomia dos filhos / as, criando-lhes uma redoma.

Os filhos não aprendem a “ganhar a vida”, são contagiados pelos medos dos pais e sentem necessidade de se defender de forma exagerada e apresentam desculpas para tudo (Minuchin, 1980; Rios, 1994; Satir, 1999; Artola & Piezzi, 2000; Palacios, 2002; Saavedra Oviedo, 2005).

Os pais atrasam o amadurecimento dos filhos / as, tornando-os extremamente dependentes das suas decisões não partilhadas.

2.3 - **Família permissiva:** os pais não são capazes de disciplinar os filhos. Procuram racionalizar os seus comportamentos, evitando o autoritarismo, acabando por permitir-lhes fazer o que querem, por demissão parental e / ou egocentrismo em relação ao núcleo familiar.

Nestas famílias, os pais não funcionam como pais, nem os filhos funcionam como tal e, com frequência, observamos crescente controlo dos filhos sobre os pais em atitude, atingindo a violência verbal ou física (Minuchin, 1980; Rios, 1994; Satir, 1999; Artola & Piezzi, 2000; Palacios, 2002; Saavedra Oviedo, 2005).

Em casos extremos, os pais perdem toda a autoridade, com medo das reacções dos filhos. Os filhos transportam o seu poder para o círculo de amigos e meio social, deslocando objectivos, podendo exercer liderança negativista ou tornar-se irascíveis.

2.4 - **Família centrada nos filhos:** os pais não sabem enfrentar os seus próprios conflitos conjugais que desvalorizam sem avaliação e ajustamento.

Desta forma, em vez de procurar resolver os problemas, centram a atenção em temas e gestos relacionados com os filhos, o que pode tornar-se o seu único assunto de conversa e interesse (Minuchin, 1980; Rios, 1994; Satir, 1999; Artola & Piezzi, 2000; Palacios, 2002; Saavedra Oviedo, 2005).

Estes pais procuram insistentemente a companhia dos filhos, alternativa essencial para a sua satisfação e motivo de vida, e podem definir-se como pais que vivem para e pelos seus filhos.

2.5 - Família centrada nos pais: as prioridades dos pais focalizam-se nos projectos pessoais individuais, sejam eles profissionais e / ou lúdicos.

Em consequência, o tempo partilhado com os filhos é escasso, assim como a transmissão de valores e afecto é subvalorizada.

Trata-se de uma relação baseada no acto material, refúgio para suplantar a carência afectiva por parte dos progenitores para com os seus filhos, seja este facto por indisponibilidade e / ou interesse.

2.6 - Família sem objectivos: A família como sistema e relação não alcança a união. Os pais estão confusos em relação ao mundo que querem mostrar aos seus filhos, por falta de objectivos e metas comuns.

As relações familiares são dificultadas por esta instabilidade, e os filhos crescem inseguros, desconfiados e temerosos, com grande dificuldade para dar e receber afectos. Podem tornar-se adultos passivos - dependentes, incapazes de expressar as suas necessidades e motivações, sentindo-se frustrados.

4.3.4 - **Classificação Adoptada (razões)**

Além das razões que assumimos quanto às origens deste trabalho, no que concerne à classificação dos tipos de família, consultada a bibliografia citada, tínhamos de adoptar uma classificação determinada, que possibilitasse a continuidade da investigação.

Essa investigação tornaria *útil*, em saúde e medicina baseada na evidência e nas necessidades das pessoas, a aplicação em plano de acção negociado e partilhado com o paciente e a sua família.

Assim, alguns tipos de família excluem-se mutuamente, ou podem sobrepor-se em determinadas famílias, o que constituirá mais uma base e meio para reforçar as hipóteses sólidas de actuação relacional e clínica.

Criámos ainda 5 novos tipos de família, também já apreciadas no texto, que nos pareceram dever identificar e justificar-se pelas suas características e especificidades do plano de cuidados superlativo.

Assim, quanto aos tipos de família descritos e adoptados, apesar de não termos encontrado literatura denominativa e titulação, criámos:

1 – A **família grávida**, quanto à estrutura e dinâmica familiar (embora se aplique a um estado transitório, quiçá de repetição), também pela turbulência de emoções que gera, interferência na estabilidade da relação pessoal e conjugal, impacto laboral e social, e quadro legislativo em sociedade democrática e moderna, correlacionada ainda com a protecção da natalidade.

2 – A **família consanguínea**, também quanto à estrutura e dinâmica familiar, tal como a definimos, também não se encontra na literatura. Entendemos justificar-se a sua criação, pela existência cada vez maior de casos tornados públicos, mediatizados e envolvendo aspectos criminais, que serão apenas a ponta do “iceberg” para quem lida com pacientes e famílias, violência doméstica e patologia psiquiátrica, em contexto de sofrimento das vítimas e sequelas permanentes, particularmente o distúrbio pós traumático do stress.

3 – A **família múltipla**, ainda quanto à estrutura e dinâmica familiar, propícia em função da pressão laboral implicando distanciamento familiar, volume de negócios com deslocações sucessivas e períodos longos de afastamento obrigatório do núcleo familiar e da globalização em serviços, geografia e circulação diversificada em exportações e desenvolvimento.

4 – A **família centrada nos pais**, quanto à relação parental, não por contraposição à família centrada nos filhos, mas porque as perturbações do afecto se encontram entre os 4 principais problemas em saúde mental, o egoísmo constituir uma prática de auto-defesa, a ausência de sentido humanitário e desrespeito por regras e fronteiras e ainda pela ideiação sem crítica e protagonismo serôdio.

5 – A **família sem objectivos**, quanto à relação parental, ainda que as suas características estejam descritas na literatura mas não tipificada, porque a ausência de perenidade mais recente nas famílias, os problemas sociais como o desemprego e as carências económicas e a distorção do papel e disfunção familiar sem expectativas, conduzem a atitudes paralelas, autónomas sem coesão em pólos-chave.

O próprio conceito de normalidade, já expresso por Carter e McGoldrick, já se encontra em causa, considerando-se cada vez mais a diversidade e a importância das competências familiares como potencialidades, que a investigação e a clínica devem acompanhar (Relvas & Alarcão, 2007a).

4.4 - Os Métodos de Avaliação Familiar

A família é uma *fonte de recursos* para lidar com o stress mas pode ser também uma fonte de stress para o doente (Cobb, 1976; Masuda & Holmes, 1978; Revenson *et al*, 1991).

A família tem 6 *efeitos* principais na saúde e na doença dos seus membros: influência genética, desenvolvimento da criança, algumas famílias são mais vulneráveis para a doença do que outras, as doenças infecciosas espalham-se na família, os factores familiares afectam a morbilidade e mortalidade em adultos e a família é importante na recuperação da doença (McWhinney & Freeman, 2009g).

O médico de família deve avaliar a família, quando se trata de um paciente que procura o médico pela primeira vez, quando o problema de saúde implica mudança de papéis na família, quando um acontecimento negativo afecta a família, ou quando a história clínica do paciente sugere disfunção familiar na etiologia do problema de saúde (Smilkstein, 1984).

Saultz apresenta como *indicações clínicas para a avaliação familiar*, a saúde materna no 1º trimestre, a saúde infantil, os problemas de desenvolvimento infantil, caso de desemprego em elemento da família, o diagnóstico recente de doença crónica ou existência de doença mental em elemento da família, a morte ou luto na família, o consumo de drogas ilícitas ou suspeita de violência na família, a depressão ou ansiedade crónica num elemento da família, o consumo de consultas desequilibrado em elementos da família, e a falta de adesão ao plano terapêutico (Saultz, 2000).

A American Academy Pediatrics considera a necessidade de selecção, avaliação e encaminhamento de pais com problemas físicos, emocionais, sociais e de risco para a sua própria saúde e que podem afectar a saúde e bem-estar dos seus filhos (Schor, 2003).

Bray aponta quatro *áreas de avaliação no funcionamento familiar*: a composição familiar que inclui tipo e estrutura da família, o processo familiar englobando padrões de comportamento e interacções que caracterizam a família, o afecto familiar incluindo as emoções, e a organização familiar que integre papéis, regras, rotinas, fronteiras, hierarquia e expectativas de comportamento entre os membros constituintes (Bray, 1995).

São *critérios para avaliação dos recursos familiares*, a comunicação clara entre os membros da família e interação social através de vias de comunicação definidas entre os elementos da família e grupos extra-familiares tais como amigos, grupos sociais e organizações comunitárias, a identidade cultural e obtenção da satisfação espiritual através dos valores religiosos e dos contactos que a religião promove, a estabilidade económica e estatuto financeiro suficientes para custear as despesas inerentes às exigências vitais comuns, o nível educacional dos membros da família que lhes permita resolver ou compreender a maioria dos problemas possível no quadro de referência da família e de acordo com o seu estilo de vida, as condições ambientais na habitação propícias à satisfação das necessidades de trabalho e lazer no domicílio, e a acessibilidade de recursos médicos através de canais estabelecidos e previamente provados como satisfatórios (Augusto, 1988).

O médico de família necessita de ter presente uma abordagem familiar e, através de aproximação sistémica, aplicar os meios de avaliação familiar (Agostinho & Rebelo, 1988).

A execução dos *métodos de avaliação familiar* permite ao médico não só objectivar o conhecimento de cada família, mas também identificar e analisar o tipo de relação que estabeleceu com cada um dos elementos da família e com a família como um todo (Barroso & Ramos, 1991).

Já em 1988, Luís Rebelo destacava a importância dos métodos de avaliação familiar clássicos (Genograma Familiar com Psicofigura de Mitchell adaptado por Zander LI, Ciclo de Vida Familiar de Duvall e Apgar Familiar de Smilkstein), e constata a investigação à procura de métodos de 2ª geração (Rakel, 1977; Carter & McGoldrick, 1980; Rebelo, 1998).

Segundo Daniel Sampaio, é particularmente importante a utilização dos métodos de avaliação familiar no início da intervenção terapêutica, por ocasião de acontecimento vital com repercussão negativa sobre a família, nas situações de mudança de fase do ciclo da vida familiar e quando clinicamente seja visível o envolvimento do sistema familiar no problema em causa (Sampaio & Dantas, 1990).

Sampaio e Dantas, em 1990, acrescentavam o Círculo Familiar de Thrower, Bruce e Walton e o Modelo de Olson aplicados na terapia sistémica, este através de 2 instrumentos: a Escala de Auto-Avaliação da Coesão e Adaptabilidade da Família

(FACES III) e a Escala Clínica (Clinical Rating Scale, CRS) (Sampaio & Dantas, 1990).

O Ecomapa identifica as relações e ligações da família como o meio onde habita e é um instrumento de trabalho útil na avaliação dos recursos familiares e no suporte às decisões de intervenção decididas pela equipa de saúde (Agostinho, 2007).

Ahumada e Álvarez (2008), acrescentam como métodos de avaliação familiar, o Questionário GHK de Goldberg (1972) para detectar problemas sociais na consulta do médico de família, a Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe (1976), o Questionário MOS (Medical Outcome Study) de Apoio Social de Sherbourne e Stewart (1991), e o Questionário de De la Revilla (2005) para o Estudo da Rede Social (Holmes & Rahe, 1967; Ahumada & Álvarez, 2008).

Simões e Rosendo (2011), apontam várias escalas de risco familiar: FAD – McMaster Family Assessment Device (1983), FAM – Family Assessment Measure (1983), NCFAS – North Carolina Family Assessment Scale (1996), FES – Family Environment Scale (1986), CBQ – Conflict Behaviour Questionnaire (1979), todas validadas, BCFQoL – Beach Centre Family Quality of Life Scale (2003), IFQoL – International Family Quality of Life (2006), Beavers Model of Family Assessment (1990), e FCS – Family Climate Scale (1985). O número de perguntas destas escalas é variável (25, 39, 50, 60, 90, 94 e 108 perguntas) e a duração de preenchimento de resposta variam, desde 10, 20, 90 e 120 minutos.

Quanto a escalas em português utilizadas em Portugal, apontam a Escala de Imperatori igual à Escala de Garcia Gonzalez e a Escala de Segovia Dreyer, não validadas, a Escala de Gijón de avaliação socio-económica familiar (2008), validada, o Questionário de Problemas Familiares (1991), validado, a ESSS – Escala de Satisfação com o Suporte Social (1999), validada, Escala de Impacto na Família (2011), em validação, e no Brasil, a Escala de Coelho e Savassi, não validada, a FACES III – Beavers-Timberlawn e a GARF – Global Assessment of Relational Functioning, validadas (Simões & Rosendo, 2011).

Ana Paula Relvas e Madalena Alarcão indicam-nos outros instrumentos de avaliação familiar: o Questionário Sócio-Demográfico, a FACES II – Family Adaptability and Cohesion Scale de Olson (1982), a Escala de Recursos Familiares – Family Strengths Scale de Olson (1982), a Escala de Comunicação Pais-Adolescentes – Parent –

Adolescent Communication Scale de Barnes e Olson (1982) e o Inventário de Vinculação na Adolescência – IPPA, Inventory of Parent and Peer Attachment de Greenberg (1987) (Relvas & Alarcão, 2007e).

Acrescentam ainda o Índice de Stress Parental – ISP de Richard Abidin (1983), adaptado para Portugal por Salomé Santos (1990), a Escala de Satisfação Familiar de Olson (1982), e Questionário próprio sobre stress parental em família adoptivas (1998) (Relvas & Alarcão, 2007f).

Silva e Relvas, consideram em estudo sobre a qualidade conjugal, casamento e união de facto, a ENRICH – Escala de Enriquecimento e Desenvolvimento Conjugal, Comunicação e Felicidade, de Olson (1982) e Questionário próprio sobre as características socio-demográficas e da relação familiar e conjugal (Silva & Relvas, 2007).

Vaz e Relvas, em estudo sobre representação social dinâmica familiar e stress parental na monoparentalidade, construíram uma Escala de Representações Sociais da Monoparentalidade – ERSM (Vaz & Relvas, 2007).

Em Guia de Estudo do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, acrescentam-se ainda como outros métodos de avaliação familiar a Linha de Vida de Medalie / Biopatografia, e a Escala de Classificação Social Internacional de Graffar adaptada (Minuchin, 1974; Smilkstein, 1978; Medalie, 1978; Fry *et al*, 1978; Stephens, 1982; Thrower *et al*, 1982; Segovia Dreyer, 1984; Imperatori, 1985; Thrower, 1988; Owens, 1990; Guia de Estudo em Medicina Geral e Familiar - 5º ano, 2011).

Outros instrumentos de avaliação familiar são o HOME ((Home Observation for Measurement of the Environment), de Caldwell e Bradley, para avaliar o ambiente domiciliário, e o RAF - Inventário de Recursos do Ambiente Familiar, de Marturano (Marturano, 1999; Caldwell & Bradley, 2001).

Criado pelas enfermeiras canadianas Wright e Leahey, existe ainda o Modelo de Calgary de Avaliação da Família e de Intervenção na Família, adoptado pela Ordem dos Enfermeiros do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar como Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar (Wright & Leahey, 2001).

A consulta familiar (consulta com dois ou mais elementos da família destinada a abordar um problema com repercussão na família) é um método de avaliação da família que permite observar as interações familiares e intervir nas mesmas (Laginha, 2011).

O progresso na dimensão da “família” em medicina familiar requer atenção especial quer aos conceitos da família quer aos seus métodos de avaliação, que devem ser económicos na necessidade de tempo mas ricos na sua rentabilidade (Thrower *et al*, 1982).

Não existem métodos de avaliação familiar objectivos que tenham uma forte implantação na prática clínica, ainda que se tenham comprovado que alguns deles são instrumentos de investigação realmente úteis (Smilkstein, 1985; Campbell, 1986, Saultz, 1988). Uma das dificuldades dos métodos é o seu fracasso ao ter em conta os efeitos multidimensionais do sistema familiar sobre a saúde ou o efeito da doença sobre aquele (Saultz, 1988).

Caniço *et al* (2011c) procuraram igualmente a base para a adaptação dos meios de avaliação familiar à realidade do dia-a-dia da Medicina e, porque não, à criação de novos métodos de avaliação, mais actuais e mais efectivos.

A prática da medicina familiar beneficiaria com a existência de *equipas* multidisciplinares incluindo psicólogos para avaliação familiar do doente, intervenção / monitorização, investigação e redução da *décalage* entre as duas áreas (Pereira, 2011).

Ana Maria Costa considera que pensar a família é como se o estetoscópio, para além dos tons puros ou sopros cardíacos, captasse os risos de alegria, os gemidos do sofrimento, a angústia da frustração e a força interior que cada um põe nas suas acções (Costa, 2011).

Hernâni Caniço analisou os métodos de avaliação familiar, em número e especificação, utilizados pelos alunos do 6º ano da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, na abordagem de família destinada a elaboração de monografia familiar, constante de avaliação da Área de Estágio em Medicina Geral e Familiar no ano lectivo 2011 / 2012.

Durante o ano lectivo 2011 / 2012, o número de monografias familiares analisadas pelo autor da tese, foi de 69, correspondendo a idêntico número de alunos do 6º ano.

O número de métodos de avaliação familiar utilizados foi de 587 métodos, correspondendo à média de 8,5 métodos por aluno e por monografia familiar, variando entre 13 e 5 métodos utilizados.

O número de alunos que utilizaram 13 métodos foi de 1 aluno (1,5%), 12 métodos 1 aluno (1,5%), 11 métodos 3 alunos (4,4%), 10 métodos 11 alunos (15,9%), 9 métodos 23 alunos (33,3%), 8 métodos 11 alunos (15,9%), 7 métodos 11 alunos (15,9%), 6 métodos 7 alunos (10,2%), 5 métodos 1 aluno (1,5%) (Figura I).

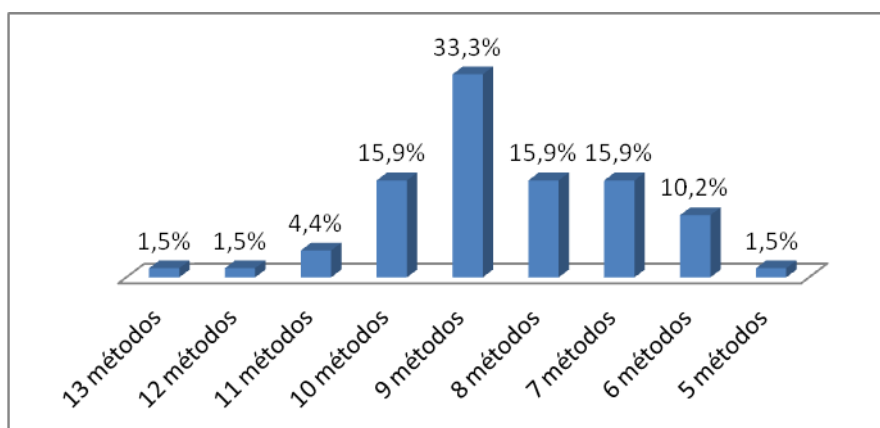


Figura I – Número de métodos de avaliação familiar utilizados por aluno (6º ano)

O tipo de métodos de avaliação familiar escolhidos pelos alunos, foram, por ordem decrescente, o Genograma Familiar, a Psicofigura de Mitchell e o Apgar Familiar, (69, 100% cada), o Círculo de Thrower (67, 97,1%), o Risco familiar / factores de risco / Escala de Segóvia Dreyer / Garcia Gonzalez (60, 86,9%), o Risco familiar / famílias vulneráveis / Escala de Emílio Imperatori (56, 81,1%), o Ciclo de Vida de Duvall (53, 76,8%), a Escala de Graffar (51, 73,9%), o Ecomapa (41, 59,4%), a Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe (33, 47,8%), o Modelo de Olson (8, 11,5%), a Linha de Vida de Medalie (6, 8,6%) e a Dinâmica Familiar de Minuchin (4, 5,7%) (Figura II).

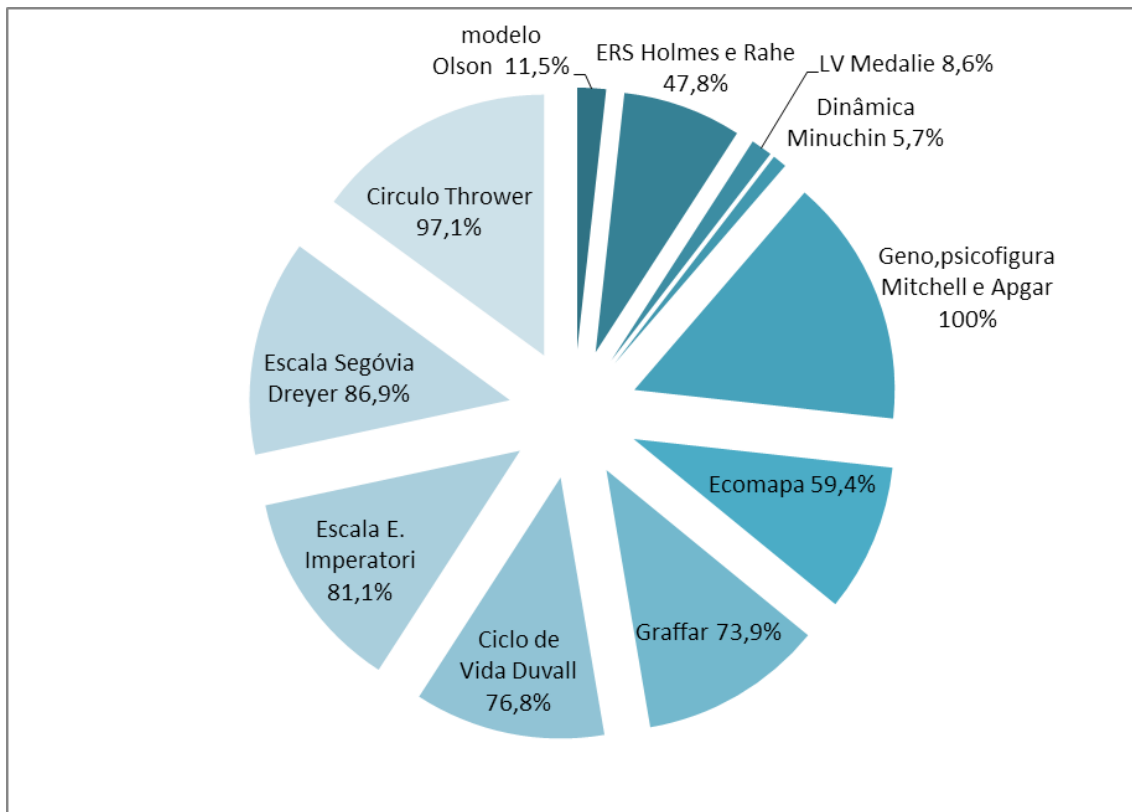


Figura II – Métodos de avaliação familiar utilizados pelos alunos (6º ano)

4.5 - O Plano de Cuidados à Família

A saúde no contexto da família é uma parte fundamental da definição da prática familiar (Saultz, 1988).

Os *cuidados à família* representam uma mudança tática e estratégica na prática do médico de família, que se centra em movimentar os cuidados do quadro individual para o conjunto de pessoas que constituem a família, ou seja, passar do problema individual para o da família, sem nos distanciarmos do contexto social e comunidade, onde se encontra integrado o grupo familiar (Ahumada & Cochoy, 2008).

A *orientação* para a família relaciona-se mais com aquilo que o médico pensa do paciente do que com o número de indivíduos presentes na consulta. Dado que os médicos de família se encontram mais frequentemente com um só paciente do que com os membros, ter uma estratégia orientada para a família, válida para todos os pacientes é um recurso importante.

Uma *chave* para a estratégia orientada à família é eleger as perguntas apropriadas para entender os problemas psicossociais e relacionados com a família, sem que o paciente

considere que o médico se está “imiscuindo” ou sugerindo-lhe que o problema “só está na cabeça do paciente” (Campbell *et al*, 2007).

A *interacção* entre o técnico e a família, transversal em toda a entrevista em consulta familiar, obedece a dois princípios fundamentais – a equidistância (possibilidade que tem cada elemento da família de se sentir a igual distância relacional com o técnico e vice-versa) e a neutralidade (capacidade de evitar alianças com algum dos membros da família ou de emitir juízo de valor) (Laginha, 2011).

Para cuidar da família, deverá ter-se presente o *contexto familiar* (inquirir o paciente quando apresenta uma queixa numa consulta), o *stress familiar* (alerta para factores de stress e / ou conflitos relacionáveis com os problemas de saúde apresentados), o *triângulo terapêutico* (estabelecer boas relações com todos os elementos de uma família e evitar coligações no seu interior), a *conferência familiar* (quando útil para o paciente, a família ou o médico), o *nível de envolvimento* com as famílias (tomar decisão sobre o nível de envolvimento que se quer manter com a família), e a *referenciação e colaboração* (como e quando referenciar famílias para a terapia familiar e estar capacitado a trabalhar em equipa com a saúde mental) (Campbell, 2000).

As *estratégias de intervenção* na família devem ter em conta o alívio “natural” do “stress”, o aconselhamento e a intervenção em problemas específicos (Smilkstein, 1990). O médico requer o conhecimento e perícia para intervir, de forma de alterar o modo de funcionamento da família. Se a mudança na família é contra os interesses de um membro individual, as necessidades da família podem ter prioridade sobre o individualismo (McWhinney & Freeman, 2009g).

O médico de família será, muitas vezes, objecto de diferentes sentimentos em diferentes membros de uma família. Pode ser visto, por exemplo, como um aliado da mulher, um inimigo do marido, ou um pai autoritário pelas crianças. Da mesma forma, é difícil para o médico de família evitar viés, a favor ou contra um ou outro membro da família (McWhinney & Freeman, 2009g).

O médico de família, mesmo promovendo a mudança na família, ainda tem de tratar as infecções urinárias na mulher, as infecções respiratórias nas crianças e a depressão do marido. A *responsabilidade* do médico de família, em relação aos membros individuais da família, é aberta (McWhinney & Freeman, 2009g).

O contexto em que o médico de família trabalha é muito distante do contexto do terapeuta de família. Isso não significa que os médicos de família não ajudem as famílias a mudar, mas fazem-no de modo próprio, adequado ao seu contexto próprio (McWhinney & Freeman, 2009g).

Considerámos (Caniço *et al*, 2011d), tendo por base a classificação dos tipos de família adoptada, os seguintes **planos de cuidados à família**:

1. Quanto à estrutura e dinâmica global

1. 1 - **Díade nuclear**: devemos estar atentos à forma como cada um dos elementos lida com a inexistência de descendentes: aceitação ou inconformismo (Rebelo, 2007).

É aplicável o Ciclo de Vida Familiar de Duvall, cujas tarefas deverão ser adaptadas à realidade socio - cultural.

1.2 - **Família grávida**: é uma família vulnerável, que requer vigilância médica no plano de cuidados, além dos cuidados físicos, particularmente na prevenção das agressões psicológicas, inclusive a depressão pós-parto, no homem e na mulher (Condon, 2007).

Também é importante a promoção da integração de outros descendentes (caso existam) neste novo projecto, avaliando as suas expectativas, ansiedade e receios.

1.3 - **Família nuclear**: estando atentos à dinâmica familiar e aos sinais / pistas que alertem para a disfuncionalidade, alargamos a entrevista clínica minuciosa.

Muitas vezes, os indícios de disfunção são intencionalmente camuflados por diferentes elementos da família, pelo que a audição separada dos intervenientes e o contraditório podem ser úteis, com discriminação de culpa e dolo pelos elementos, sem quebra de profissionalismo e proximidade.

O plano de cuidados evita julgamentos e sugere conciliação. Padrões de comportamentos e estilos de vida não saudáveis devem ser detectados e corrigidos e casos de violência doméstica devem ser denunciados.

1.4 - **Família alargada**: promover a organização, gerir a competição e estimular a coesão é chave no plano de cuidados.

1.5 - **Família com prole extensa:** família que exige apoio social e grande versatilidade dos cuidadores (pais, avós ou outros), quer devido ao número de crianças e jovens, que habitualmente é mais elevado, quer pelas diferentes exigências de cada grupo etário.

O plano de cuidados promove o apoio social e propõe a avaliação criteriosa do alargamento da prole pela família, com ponderação do risco em medicina física, estatuto socio - económico e respeito pela liberdade individual e direitos humanos.

1.6 - **Família reconstruída:** implica a necessidade de adaptação à chegada de um ou mais membros novos à família e muitas vezes à saída de outros membros, dependendo da situação que conduziu à recombinação: divórcio, falecimento ou família monoparental de longa data.

A nova família necessita de criar a sua própria identidade, com reajuste dos papéis familiares individuais e construção de novas relações entre os envolvidos na família, fazendo parte do agregado ou não.

São inúmeras as possibilidades de recombinação, mas há sempre um enfoque nas novas relações paternas e fraternais, que poderão ter maior ou menor dificuldade em se estabelecerem.

O plano de cuidados deve favorecer a nova identidade, a cordialidade e a amizade, com dissensão de conflitos múltiplos e multilaterais.

1.7 - **Família homossexual:** o plano de cuidados deve ter em atenção a maturidade dos elementos quanto à idade e convicção, as repercussões psicológicas da assumpção da orientação sexual nos elementos do agregado e da família restante, e a adaptação à crítica social (Dohrenwend, 2006).

1.8 - **Família monoparental:** além da análise da evolução familiar, da sobrecarga do cuidador e do impacto pela ausência da figura tutelar materna ou paterna nos descendentes, privados da co-habitação com o outro progenitor, o plano de cuidados deve envolver ainda o incentivo à rede de apoio familiar, em suporte logístico e social (Correia, 2002).

1.9 - **Dança a dois:** a progressão profissional e o reconhecimento social dos seus elementos poderão minimizar a dificuldade afectiva não hierarquizada.

O plano de cuidados deve envolver, assim, a promoção da auto-estima, auto-imagem e amizades familiares e extra-familiares.

1.10 - **Família unitária:** é fundamental a atenção à realização do luto normal e adaptação à perda de companheiro de longa data ou, por outro lado, à estabilização devido ao terminar de relação conflituosa (Pitt, 1998).

O plano de cuidados deve incluir ainda a análise de intervenção do elemento em movimentos associativos organizados (reivindicativos, humanitários, ecológicos, religiosos, etc.).

1.11 - **Família de co-habitação:** há que promover a definição da regência da área habitacional de utilização comum (responsabilidade colectiva) e a articulação dos papéis individuais dos elementos e atitude cívica (responsabilidade individual). Assim, consideramos a elaboração de plano de cuidados, personalizado, e plano conjunto.

1.12 - **Família comunitária:** deve identificar-se a função social, o público-alvo ou destinatários da acção, e o equilíbrio emocional e satisfação pessoal dos elementos, no plano de cuidados.

Os elementos dependentes (crianças, idosos, doentes) deverão exigir particular acompanhamento e vigilância, no que diz respeito ao respeito da liberdade individual, direitos humanos e cidadania.

1.13 - **Família hospedeira:** o plano de cuidados deve alertar para a inevitabilidade da temporalidade e satisfação pessoal e da família pré-estabelecida, sem ganho secundário, prevenindo disfunção psíquica posterior.

1.14 - **Família adoptiva:** o seguimento da criança adoptada e dos seus novos familiares pode auxiliar na integração e na criação dos novos laços familiares.

O plano de cuidados deve incluir a informação progressiva adequada e oportuna da família à criança adoptada, e a preparação da relação fraternal, ponderada a competição e a rivalidade, se houver filho (s) biológico (s).

1.15 - **Família consanguínea:** o plano de cuidados ressaltará previamente a necessidade do termo imediato da situação em caso de consanguinidade directa, a detecção de eventual violação, e o acompanhamento médico-legal e psicológico - psiquiátrico.

Caso a relação conjugal esteja estabelecida entre parentes colaterais, o plano de cuidados abordará o aconselhamento pré-concepcional e a detecção precoce de situações de crise.

1.16 - **Família com dependente:** trata-se de famílias com necessidade de ajustamento de papéis para responder à sobrecarga física, emocional e em tempo, o que pode ser melhor ou pior conseguido.

O plano de cuidados engloba ainda promoção de actividades lúdicas, aproveitamento de capacidades inatas e funcionais do elemento em causa, apoio social à família e emprego protegido, se conveniente (Pitt, 1998).

1.17 - **Família com fantasma:** o plano de cuidados integra apoio psicológico à investigação, prevenção do luto patológico, e reajuste familiar com novos quadros de motivação.

Há que ter atenção ao impacto individual do mediatismo e exposição pública que, por vezes, ocorre.

1.18 - **Família acordeão:** o plano de cuidados terá em conta o diálogo familiar e mútuo compromisso solidário quanto à oportunidade e à situação, bem como a frenagem de atitudes, impulsos e sentimentos que indiquem ou evidenciem disfunção familiar.

1.19 - **Família flutuante:** o plano de cuidados estimula a prevenção dos riscos em saúde e promove a apologia da união de facto consolidada e responsável.

1.20 - **Família descontrolada:** impõe-se a necessidade de reorganização a nível funcional e estrutural (Subtil, 2008).

O plano de cuidados promove ainda o acompanhamento clínico e terapêutico individualizado, preparação psico-pedagógica da família para a situação em causa e articulação com entidades de saúde e acção social.

1.21 - **Família múltipla:** o plano de cuidados engloba necessidade de avaliação conjuntural e estrutural quanto à (s) família (s) pelo paciente, princípios, oportunidade e sequelas, além de apoio psicológico – psiquiátrico imperioso e terapia comportamental.

2 - Quanto às relações, o plano de cuidados à família poderá ser estruturado, a par do plano de cuidado individual, completado com aspectos dirigidos à reorganização relacional e promoção de relações saudáveis.

2.1 - **Relação conjugal**

2.1.1 - **Família tradicional:** o médico de família elenca os problemas e consequências individuais em saúde global, e solicita participação / decisão de cada elemento da família para a sua resolução.

2.1.2 - **Família moderna:** as competências para a vida implicam ajustamentos, e regula-se a conciliação da actividade profissional e da vida familiar de ambos.

O médico de família promove o diálogo sobre igualdade e equidade, ajuda e partilha, os seus reflexos na união e potencialidades da relação.

2.1.3 - **Família fortaleza:** o médico de família aborda as regras e fronteiras existentes, personaliza os problemas, antecipa as fases / etapas teóricas de crise, sugere fontes de apoio superlativo.

2.1.4 - **Família companheirismo:** é um tipo de família interessante para grupos de ajuda e realizar educação pelos pares.

O médico de família promove a comunicação familiar e sugere maior amplitude da comunicação em rede, selectiva, por objectivos comuns.

2.1.5 - **Família paralela:** o médico de família interage com a família, desenvolvendo raciocínio clínico, desmascarando estilos e comportamentos deletérios, e intervindo na redefinição da relação.

2.1.6 - **Família associação:** o médico de família centra a sua acção sobre a evidência do todo familiar como maior que a soma das partes, a independência versus quebra de interesse na relação comum, agravamento do risco nos outros elementos da família (filhos).

2.2 - **Relação parental**

2.2.1 - **Família equilibrada:** o médico de família acompanha a relação afectiva entre os elementos da família, o exercício da autoridade sem autoritarismo, a capacidade de diálogo aberta com limites de acção definidos.

Estimula autonomia e apoia a criatividade de pais e filhos, e tem particular atenção à relação fraternal, em afecto, competição e rivalidade.

2.2.2 - **Família rígida:** o médico de família induz a compreensão das várias fases do desenvolvimento normal e a avaliação parental da autocracia.

Explicita os reflexos da orientação ditatorial em sobrecarga de tomada de consciência, rebelião secundária, e actos e comportamentos desestruturados.

2.2.3 - **Família super-protectora:** o médico de família aponta os riscos do controleirismo em situações adversas e incapacidade de reacção, a evidência de resultados contraditórios aos objectivos traçados, e propõe a regulação do afecto.

2.2.4 - **Família permissiva:** o médico de família utiliza a aliança terapêutica com os pais, baliza regras e fronteiras da função parental e atitude filial, discrimina o risco em saúde.

2.2.5 - **Família centrada nos filhos:** o médico de família diferencia a relação conjugal e a parental, centra e dinamiza os recursos próprios dos cônjuges (inexplorados?), centra a responsabilidade filial.

2.2.6 - **Família centrada nos pais:** o médico de família analisa comportamentos de egoísmo versus solidariedade, promove a responsabilidade parental, e centraliza o afecto como essencial para (re) equilíbrio.

2.2.7 - **Família sem objectivos:** o médico de família avalia as perturbações do afecto, ajuda a traçar metas e execução, combate desânimo e comportamentos secundários de risco, estimula interesses legítimos mobilizadores.

4.6 - A Terapia Familiar

Segundo Sampaio e Gameiro, a terapia familiar é um *método psicoterapêutico* que utiliza como meio de intervenção as sessões conjuntas com os elementos de uma família, no sentido lato. Não é uma terapia *da* família, mas *com* a família, ou seja diz respeito a um modelo de trabalho familiar, não sendo seu objectivo adaptar famílias a uma definição pré-estabelecida (Sampaio & Gameiro, 1985). Segundo Benoit, a terapia familiar *integra* uma epistemologia, um corpo teórico e uma abordagem terapêutica (Benoit *et al*, 1988).

Cada família vai-se transformando ao longo do seu tempo de vida em três *aspectos fundamentais*: estrutural, interaccional e funcional, sendo a mudança um conceito

também fundamental para se perceber a família numa perspectiva sistémica (Relvas, 2003).

Se o conhecimento do modelo conceptual e dos instrumentos terapêuticos das várias escolas ou movimentos de terapia familiar é importante na formação e desenvolvimento de um terapeuta familiar, o treino de um pensamento sistémico, sistematicamente aberto à diversidade de ligações que constituem a trama na qual desenvolvemos as nossas relações ou bloqueamos as nossas capacidades de crescimento e evolução, é a “pedra de toque” desta *arte* de conversar com as famílias (Relvas & Alarcão, 2007g).

O *objectivo do terapeuta* é mudar a forma das funções de família, e normalmente não tem o compromisso de continuar a manter a saúde dos membros individuais da família. Os terapeutas que começam a trabalhar com uma família, são como observadores neutros e distantes, e não são sobrecarregados com as relações anteriores entre os seus membros (McWhinney & Freeman, 2009g).

O terapeuta da família não tem compromisso para os membros da família, senão o de realizar a terapia familiar e, no final da terapia, em geral não tem mais responsabilidade sobre a família (McWhinney & Freeman, 2009g).

Em co-terapia, o entendimento e a harmonização efectiva dos terapeutas é o primeiro factor de eficácia (Relvas, 2003).

É mais fácil conduzir a psicoterapia simultânea de várias pessoas em conflito do que a de cada uma delas, separadamente (Benoit, 2004d).

Brennan (1974) fez a distinção entre “*a pessoa na família*” e “*a família na pessoa*”. A pessoa na família representa as relações interpessoais no grupo familiar. A família na pessoa representa a experiência que o indivíduo integrou, de si ou da sua família de origem, que afecta o auto-conceito e as relações com os outros. A pessoa é educada e mantida na família apenas nos primeiros anos de vida, mas a família permanece “dentro” da pessoa até à sua morte (McWhinney, & Freeman, 2009g).

Na terapia de família, o médico pode realizar um curso planeado de terapia para uma família disfuncional. Os poucos médicos de família que trabalham a este nível, são terapeutas de família capacitados, que combinam as funções de médico de família e terapeuta de família, alguns deles recebendo referências de outros médicos de família (McWhinney & Freeman, 2009g).

As *falhas* existem nos psiquiatras e cientistas do comportamento decepcionados que tentaram ensinar terapia familiar aos médicos de família, e nos médicos de família que confundem a sua missão. É mais um exemplo que os métodos clínicos não podem ser transferidos sem modificação, de um contexto para outro (McWhinney & Freeman, 2009g).

O *aconselhamento familiar* é a ajuda que o profissional com formação em determinado tema (médico de família, por exemplo) presta a uma família ou a um seu membro, dessa ajuda necessitado. Pode ter dois níveis, o aconselhamento antecipado (se se destina a orientar a família sobre as trocas que vai ter de defrontar e os ajustamentos que deverá realizar ao mudar de etapa do ciclo de vida familiar, ou o aconselhamento quando a família é incapaz de enfrentar uma nova situação, relacionada com o seu desenvolvimento ou outros factores stressantes alheios ao ciclo de vida familiar (Ahumada & Álvarez, 2008).

Com o aconselhamento familiar, pretende-se que o indivíduo e / ou a família, depois de um processo de abordagem dos problemas e do conhecimento das suas causas, sejam capazes de tomar as suas próprias decisões (Ahumada & Álvarez, 2008).

O *conselho* é também uma forma de aproximação e tratamento dos problemas psicossociais, sendo uma forma de comunicar com o paciente, através da qual a tarefa do profissional é ajudá-lo a desenvolver os seus próprios recursos para viver melhor, de forma mais saudável (Ahumada & Álvarez, 2008).

Quando os pacientes se apresentam ao *médico de família* com sintomas e problemas que em boa parte se relacionam com o stress surgido no contexto familiar, identificando-o ou não como origem dos sintomas, o médico de família deve valorizar o papel do stress de forma adequada, decidir as intervenções mais apropriadas e eficazes, utilizar o enfoque bio-psico-social dando atenção à família, avaliar a dinâmica familiar e decidir se está preparado para a orientação do problema ou se é necessário referenciar a família a um terapeuta familiar. Pode até organizar uma reunião ou conferência familiar (Campbell *et al*, 2007).

Segundo McDaniel *et al*, são problemas *observados* com frequência durante o aconselhamento em cuidados primários e que há que tratar: modificação do diagnóstico de uma nova doença, outras modificações ou distúrbios circunstanciais, crises de

gravidade e duração limitadas, problemas de comportamento, reacções depressivas ou de ansiedade leves, ou reacções de luto não complicadas (McDaniel *et al*, 1990a).

São problemas que habitualmente devem ser *referenciados* a um especialista em saúde mental: ideação, intenção ou comportamento suicida ou homicida, comportamento psicótico, maus tratos físicos ou sexuais, consumo de drogas, somatizações, problemas conjugais e sexuais moderados ou graves, situações familiares em que existem múltiplos problemas, e problemas que não melhoram depois do aconselhamento em cuidados primários (McDaniel *et al*, 1990a).

5 – Áreas de análise em Saúde da Pessoa e critérios específicos

5.1 - Quanto à **realização pessoal**

A *saúde* é vida, e uma vida não se pode desperdiçar. Por outro lado, a saúde é um bem, e a saúde de um povo interessa a todos os povos, conforme Declaração de Princípios que determinou a constituição da Associação de Profissionais de Cuidados de Saúde Primários dos Países de Língua Portuguesa (posteriormente eliminada a expressão “primários”, passando a cuidados de saúde globais).

Há reconhecimento da saúde como um direito humano fundamental, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como pela legislação que consubstancia o Serviço Nacional de Saúde em Portugal e a saúde como direito constitucional.

A saúde é uma parcela do desenvolvimento integrado, a par da educação, água, saneamento e outras componentes, segundo Nuno Grande.

A OMS define a Saúde como o estado de bem-estar físico, psíquico e social, e traça as macroperspectivas da saúde: cenário "tradicional" - ponto de vista terapêutico e, em certa medida preventivo, mas sem verdadeiro esforço de promoção da saúde; cenário "tecnológico" - processo rápido e uso intensivo da tecnologia médica para resolver os problemas da saúde; cenário "ecológico" - responsabilidade pessoal e social e concepção positiva da saúde (OPAS / OMS, 2010).

A *saúde física* consiste no bom funcionamento do organismo e das suas funções vitais pelo que, enquanto ausência de perturbações dos órgãos e sistemas, é reconhecida pelas

peessoas como essencial para o seu equilíbrio, e pelos estados na organização do sistema de saúde.

O Relatório Anual de Saúde 2011 da OMS preocupa-se também com o acesso aos cuidados de saúde, estuda mais de 100 indicadores, e assinala os progressos para atingir os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio em 2015.

Grande parte da prevenção em saúde envolve os pacientes como apoio em fazer mudanças para estilo de vida saudável, e a medicina de família como base sólida de medicina comportamental (Guirguis-Blake *et al*, 2011).

Em 2001, o Relatório Mundial da Saúde da OMS designou-se “Saúde mental: nova concepção, nova esperança”.

Aceita que factores genéticos, biológicos, sociais e ambientais se juntam para causar doenças da mente e do cérebro, que são realmente inseparáveis a saúde mental e a física, que é complexa e profunda a influência de uma sobre a outra, e que a saúde mental é essencial para o bem-estar geral das pessoas, das sociedades e dos países, segundo a então Directora-geral Dra. Gro Harlem Brundtland.

Não há saúde sem *saúde mental*. Uma pessoa saudável deve poder pensar de modo claro, deve ser capaz de lidar com os problemas do dia-a-dia, deve poder apreciar a qualidade das boas relações com os amigos, com colegas e familiares. Deve igualmente sentir-se bem do ponto de vista espiritual e contribuir, de algum modo, para o bem-estar dos seus concidadãos (Quartilho, 2010).

A existência de organicidade não deverá excluir ou menosprezar a investigação dos factores psico-sociais cronologicamente concomitantes ou antecedentes, pois o facto de poderem não ter relação aparente com a etiologia da situação orgânica não impede que contribuam para o agravamento das queixas referidas ou até do processo orgânico referido (Carvalho e Gameiro, 1986).

Em *saúde afectiva*, os afectos são a qualidade e o tónus emocional que acompanham uma ideia ou representação mental (Paim, 2010).

O autor considerou que o afecto “antagoniza com o egoísmo, conceito de supremacia e ostentação que renega a solidariedade” (Caniço, 2002).

As perturbações do afecto são um dos quatro grandes grupos de perturbações de saúde mental, em cuidados de saúde primários, a par da depressão, ansiedade e somatização.

A perturbação da afectividade pode ser devida a episódio depressivo major (sintomas graves eventualmente com ideação suicida), a distímia (sintomas crónicos leves, com traços de ansiedade e labilidade emocional) ou a perturbação ciclotímica (com mania ou hipomania) (Carrió & Bargalló, 2008).

A Organização Mundial da Saúde (1974) definiu a *saúde sexual* como a integração dos aspectos somáticos, afectivos, intelectuais e sociais do ser sexuado, de forma a conseguir um enriquecimento e desenvolvimento da personalidade humana, da comunicação e do amor (Abraham & Pasini, 1975).

A sexualidade é um aspecto fundamental do auto-conceito humano e um processo biopsicossocial complexo. Os aspectos fisiológicos da sexualidade são interpretados dentro do contexto cultural e social do paciente. Os médicos de família e os prestadores de cuidados de saúde primários estão bem situados para oferecer aos pacientes informações básicas sobre questões de saúde sexual e para avaliar e tratar problemas sexuais mais frequentes; contudo, raramente perguntam aos pacientes sobre o funcionamento sexual (Biggs, 2011).

A Comissão para as Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde recomenda que os governos, doadores, organizações internacionais e sociedade civil aumentem o seu empenho no investimento em serviços e programas de saúde sexual e reprodutiva, visando a sua cobertura universal (Recomendações 9.1 e 11.3) (Relatório Final da Comissão para as Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde, 2010).

A resposta sexual humana é uma sequência de fenómenos psicológicos em que os órgãos genitais apresentam modificações na forma e função, que têm a finalidade de conduzir à adaptação ao coito (Gameiro & Carvalho, 1986).

A interferência com a sua resposta sexual afecta a maioria das pessoas em algum momento das suas relações sexuais. Pesquisas em pacientes indicam que as pessoas

estão dispostas a conversar com os seus médicos sobre a sua sexualidade, mas hesitam em levantar o assunto eles próprios (Halvorsen, 2009).

A satisfação sexual e a felicidade, estão associados com a maior frequência das relações sexuais, na meia-idade e em casais mais velhos em 5 países (Costa & Brody, 2012).

Em *saúde familiar*, segundo o estudo da Philips Index 2011, a chave do bem-estar dos portugueses está na relação com a sua família e amigos e a sua saúde mental para 98,5% dos respondentes, apenas 58% afirma ter um nível “bom” ou “muito bom” de bem-estar e saúde em geral, o elemento mais importante para o bem-estar é a família para 82%, o índice laboral para 61% e o índice da comunidade em que vive para 51% (TNS, 2011).

A família e os amigos influenciam de muitas maneiras uma boa saúde, seja pelo afecto, pelas conversas que nos permitem encontrar sentido para a vida ou pela responsabilidade que sentimos uns pelos outros (Holt-Lunstad *et al*, 2010).

A American Association of Family Physicians estima que um terço dos pacientes atendidos por médicos de família, são afectados pela violência familiar. The Family Violence Prevention Fund define violência por parceiro íntimo como “um padrão de comportamentos ameaçadores e coercivos que pode incluir dano físico infligido, abuso psicológico, abuso sexual, isolamento social progressivo, perseguição, privação, intimidação e ameaças. Esses comportamentos são cometidos por alguém que é, foi ou deseja ser envolvido num relacionamento íntimo ou namoro com um adulto ou adolescente, e destinam-se a estabelecer o controlo por um parceiro sobre o outro (Feinstein & Snavely, 2011).

Quanto ao *bem-estar*, a OIT considera o acesso à formação profissional, ao emprego e às diferentes profissões, bem como as condições de emprego, em matéria de *emprego e profissão*, devendo as políticas nacionais promover a igualdade de oportunidades e tratamento sem discriminação (Das & Morse, 1958).

Segundo a Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde da OMS, o emprego e as condições de trabalho têm efeitos poderosos sobre a saúde e a igualdade na saúde. Quando a sua qualidade é aceitável, conferem segurança financeira, estatuto social, desenvolvimento pessoal, relações sociais e auto-estima e protecção contra perigos

físicos e psicossociais – sem excepção, factores importantes para a saúde (Marmot & Wilkinson, 2006).

Segundo a Declaração de Filadélfia, todos os seres humanos seja qual for a raça, credo ou sexo, têm direito ao progresso material e desenvolvimento espiritual em liberdade e dignidade, em segurança económica e com oportunidades iguais (Declaração de Filadélfia, 1944).

A *pobreza* frustra as expectativas das pessoas e os seus sonhos de construção de um mundo melhor, segundo a Declaração de Sundsvall. A dimensão económica dos ambientes favoráveis à saúde requer uma redistribuição de recursos no sentido de se obterem as metas da Saúde para Todos e o desenvolvimento sustentável (Declaração de Sundswall, 1991).

Em Portugal, segundo o OPSS, existe baixo nível de riqueza, dificuldades de crescimento económico e acentuadas desigualdades na distribuição dos rendimentos, embora não sejam causas / determinantes da crise, que terá a sua origem na natureza sistémica, falta de regulação dos mercados financeiros, limitações da arquitectura e gestão do euro e na nova economia global induzida pelas potências emergentes (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2012).

Ter *objectivos de vida* faz parte da dimensão social na criação dos ambientes favoráveis à saúde, para além da dimensão política, da dimensão económica e da igualdade de género, segundo a Declaração de Sundsvall, relativa à promoção da saúde e ambientes favoráveis à saúde, da Organização Mundial de Saúde (Declaração de Sundswall, 1991).

As populações não podem realizar totalmente o seu potencial de saúde sem que sejam capazes de controlar os factores que a determinam. A saúde resulta dos cuidados que cada pessoa dispensa a si própria e aos outros; de ser capaz de tomar decisões e de assumir o controlo sobre as circunstâncias da própria vida; de assegurar que a sociedade em que vive cria condições para que todos os seus membros possam gozar de boa saúde (Carta de Ottawa, 1986).

Segundo Holt-Lunstad *et al*, os *relacionamentos* diminuem em 50% o risco de morte, uma baixa interacção social coloca a vida em risco tanto quanto fumar mais de 15 cigarros por dia ou ser alcoólico, e não ter suporte social coloca a saúde num risco

superior ao de não praticar exercício físico e é duas vezes mais prejudicial que a obesidade (Holt-Lunstad *et al*, 2010).

Quanto ao *lazer*, em estudo realizado em Nord-Trondelag County (Noruega), aplicado a 50.797 adultos, verificou-se que os homens e mulheres que tocam instrumentos musicais ou pintam, assistem a peças de teatro ou vão a museus têm saúde melhor, e são menos propensos a sofrer de ansiedade ou depressão.

O efeito foi mais pronunciado, em homens, nos que estavam mais interessados em ver produtos culturais do que aqueles que realizavam activamente, actividades criativas ou culturais. Quanto mais actividades culturais frequentavam maiores eram os benefícios para a saúde e bem-estar. Os homens cultos são mais felizes e saudáveis. Os resultados do estudo indicam que o uso das actividades culturais na promoção da saúde pode ser, agora, justificado (Cuypers *et al*, 2011).

O lazer beneficia a saúde, ao intercalar com estados de tensão emocional da pessoa, permitindo-lhe expressão de alegria, satisfação e bem-estar, além da recepção de conhecimento e repouso energético.

Segundo Ricardo Teixeira, do Instituto do Cérebro de Brasília, os benefícios do lazer na saúde da pessoa incluem dimensões psico-sociais e biológicas. As actividades de lazer podem aumentar a rede de relacionamentos e conexões sociais.

Há redução dos riscos de doença isquémica do coração e aumento dos níveis de ocitocina e serotonina, ambos associados ao bem-estar psíquico. Uma simples aula de canto é capaz de aumentar os níveis de ocitocina.

O lazer também promove a estimulação de nossos centros cerebrais de recompensa associados ao prazer. A ativação desses centros leva à libertação de neurotransmissores como a dopamina, serotonina e endorfina, e que estão associados à sensação de prazer.

Um meio rico em estímulos promove ainda maior saúde de regiões cerebrais tais como o hipocampo, que está relacionado com maior atividade cognitiva e menor risco de depressão.

Há uma linha de pesquisas indicando que os idosos que mantêm activas as suas actividades de lazer têm menos risco de desenvolver Doença de Alzheimer. Diferentes modalidades de lazer também têm sido demonstradas como ferramentas preciosas para o tratamento de pessoas doentes: música, literatura, teatro e pintura.

A música, por exemplo, aumenta a velocidade de recuperação de pacientes na fase aguda de um derrame cerebral, reduz a agitação de adultos em unidades de terapia intensiva e melhora o comportamento de crianças internadas com transtornos psiquiátricos (Teixeira, 2002).

Paula Brito atribuiu ao *desporto*, uma “função de equilíbrio da personalidade e um ajustamento na integração social de todas as faixas etárias, mas em especial das crianças e dos idosos” (Brito, 1996).

A *cultura* pode descrever-se como os conhecimentos, as aptidões e as atitudes aprendidos e transmitidos de uma geração à seguinte. A identidade cultural é um processo dinâmico que tem lugar durante toda a vida, e é moldado e aperfeiçoado constantemente pela experiência pessoal (Fernandéz & Matheny, 2007).

A *competição* respeita a rivalidade entre concorrentes individuais ou colectivos, tendo em vista a obtenção de um ganho, segundo regras ou normas que lhes são comuns e que determinam os comportamentos autorizados. Há diferentes formas de competição, entre indivíduos ou grupos a diversos níveis. Há competição social, política, profissional, cultural, económica (Mauss, 1923).

Desde os tempos mais primitivos, o homem traz consigo a necessidade de competir. O próprio instinto de sobrevivência fez com que ele se habituasse a enfrentar desafios. Sem isso a espécie humana poderia até ter desaparecido. O problema não é a competição em si, mas a maneira como se lida com ela. A disputa doentia estimulada pela nossa sociedade, em que vencer está acima de tudo, tem um efeito destruidor. Geralmente, há uma supervalorização dos vencedores em detrimento dos vencidos e, como consequência, surgem o não estímulo e a discriminação (Brun, 1999).

Segundo a Direcção-Geral do Emprego e Formação Profissional, *formação* é um conjunto de actividades que visam a aquisição de conhecimentos, capacidades, atitudes e formas de comportamento exigidos para o exercício das funções próprias duma profissão ou grupo de profissões em qualquer ramo de actividade económica (Comissão Interministerial para o Emprego, 2001).

A formação contínua, engloba todos os processos formativos organizados e institucionalizados subsequentes à formação profissional inicial com vista a permitir

uma adaptação às transformações tecnológicas e técnicas, favorecer a promoção social dos indivíduos, bem como permitir a sua contribuição para o desenvolvimento cultural, económico e social (idem, 2001).

Útil é prestar um bom serviço a alguém, é ter capacidades ou actividades que podem trazer benefícios para outrem, segundo o Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea (Dicionário da Língua Portuguesa, 2001).

O bem comum está ligado ao problema da natureza da sociedade humana agrupada em estados que podem, ou devem, proporcionar aos seus membros um bem ou série de bens para propender à sua subsistência, bem-estar e felicidade (Mora, 1989).

Como se refere em Saúde em Português, a ideia que a solidariedade é possível e útil, e a felicidade não é fútil; a acção, com todas as forças, de promover direitos humanos, em saúde, igualdade de oportunidades e inclusão social, ter dedicação e carinho por quem precisa, ser alegria para todos (Caniço, 2010a).

A *personalidade* pode definir-se como o que nos diz que uma pessoa vai fazer numa determinada situação, segundo Cattell (1972).

Nos traços de personalidade de Cattell, encontramos o relaxado ou tranquilo, por contraditório com o tenso (Carrió & Bargalló, 2008).

Às normas, constitucionais e legais, que tutelam a preservação do direito de personalidade deverá ser conferido o necessário relevo (prevalência) e efectividade na vida em sociedade, ou seja “o direito a gozar de um mínimo de *tranquilidade, sossego e qualidade de vida* no seu próprio domicílio; (...) na sua casa de habitação, cada um tem o direito de viver em tranquilidade, quer no desenvolvimento dos afazeres de cada dia, quer nos momentos de lazer; (...) o repouso e o sossego que cada pessoa necessita de desfrutar no seu lar para se retemperar do desgaste físico e anímico que a vida no seu dia-a-dia provoca no ser humano é algo de essencial a uma vida saudável, equilibrada e física e mentalmente sadia” (Supremo Tribunal de Justiça, 2012).

Quanto às *características do perfil*, a personalidade diz respeito à organização única de padrões de reacção e características relativamente permanentes do indivíduo, que influem no modo como os outros respondem por ele; tem uma referência social fundamental; é um estímulo e resposta, e enfatiza a sua dinâmica interacção. O carácter

diz respeito às tendências de comportamento socialmente pertinentes, com implicações morais e éticas especiais (Lima, 2011).

Assim, a personalidade é uma organização dinâmica global, e não um mero somatório estrutural de reflexos, sensações, impulsos, etc. (Veríssimo, 2001).

Nos factores de personalidade de Cattell, poderemos considerar estas características como “muito preocupado com os deveres” em contraposição a “pouco preocupado com os deveres”, “vontade forte, disciplinado” ou “vontade fraca”, “forte carácter” ou “variável de carácter” (Carrió & Bargalló, 2008).

O *dever* expressa aquilo que é forçoso; o que deve ser é o que não pode ser de outra maneira. Quase sempre sob o aspecto do dever moral e de acordo com a origem do mandato, segundo Kant. Nas éticas do tipo material, o dever é a expressão do mandato, exercido sobre a consciência moral por certo número de valores, embora se admita que também a intuição dos valores supremos produza, em certos casos, a consciência do dever, da realização e cumprimento do valioso (Mora, 1989a).

Além das referências já efectuadas nos factores de personalidade de Cattell a “relaxado” ou “tenso” por contraditório, encontramos “pouco espontâneo” ou “espontâneo”, “seguro” ou “em busca do risco” (Carrió & Bargalló, 2008).

A ataraxia é a ausência de inquietação, tranquilidade da alma, imperturbabilidade, necessária para obter a felicidade, a par da ausência de pena, ausência de temor e à apatia ou ausência de paixões, segundo Epicuro. Funda-se na divisão entre o que está em nosso poder e aquilo que é exterior a nós (paixões), na eliminação das perturbações e na ideia que a tranquilidade é melhor que a experiência (Mora, 1989b).

Ser “conformista” ou “rebelde”, de Cattell, pode estar em causa (Carrió & Bargalló, 2008).

Segundo Cloninger (1987) uma das características básicas do estímulo-resposta, a procura da *novidade*, depende dos neurotransmissores dopaminérgicos, em que há a activação ou iniciação comportamental própria da actividade exploratória, da aproximação apetitiva, e do escape e evitamento activo, desencadeados respectivamente por estímulos novos, por potencial reforço positivo, ou por potencial alívio da

monotonia e da punição. Assim, a atracção pela novidade caracteriza o comportamento exploratório, a decisão impulsiva, a exuberância face à aproximação de indícios de recompensa, a rápida perda da moderação, e o evitamento activo da frustração (Veríssimo, 2001).

As *emoções* são reacções afectivas agudas, momentâneas, desencadeadas por estímulos significativos. A emoção é um estado afectivo intenso, de curta duração, originado geralmente como uma reacção do sujeito a certas excitações internas ou externas. Assim como o humor, são acompanhadas de reacções somáticas – neuro-vegetativas, motoras, hormonais, viscerais e vaso-motoras. O humor e as emoções são experiências psíquicas e somáticas ao mesmo tempo, e revelam a unidade psicossomática básica do ser humano (Paim, 2010).

Paixão é qualquer afecto intenso e permanente, qualquer invasão da vida psíquica por um afecto que domina quer a razão quer a vontade (Mora, 1989c).

O *amor-paixão* não irrompeu sozinho na boca de cena. De braço dado, surgiram outros actores, longe de poderem ser considerados secundários: o direito à felicidade em abstracto e à individual em particular; a importância da esfera sexual; a demasiado lenta libertação das mulheres; o prolongamento da esperança de vida; a baixa tolerância à frustração e a fé colocada em soluções mágicas, típicas de uma sociedade tecnológica de consumo (Vaz, 2009).

As *relações amorosas* fundam-se na tolerância e no investimento afectivo, no genuíno respeito pelo outro e pelas suas idiosincrasias, na solidariedade e na confiança mútua e vão-se estruturando à medida que caminhamos, tantas vezes por trilhos minados, o que exige avanço tateante e cuidadoso (Pereira, 2009).

São 3 as paixões fundamentais: o desejo, a alegria e a tristeza (Mora, 1989c).

Os *sentimentos* são estados e configurações afectivas estáveis; são menos intensos que as emoções e menos reativos a estímulos passageiros. Os sentimentos podem ser classificados em vários grupos: de tristeza, de alegria, de agressividade, de atracção pelo outro, de perigo e de tipo narcísico. O humor ou estado de ânimo é o tónus afectivo do paciente, o estado emocional basal e difuso no qual ele se encontra em determinado momento. É a disposição afectiva de fundo que penetra toda a experiência psíquica. No

estado de ânimo, há a confluência de uma vertente somática e de uma vertente psíquica (Paim, 2010).

A *alegria* é um estado de grande satisfação, de vivo prazer ou contentamento, que tem geralmente manifestações exteriores (Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea, 2001a).

A *comunicação* é um processo que liga os comunicantes e que significa “pôr algo em comum”, e que pode assumir 2 formas, analógica relacional (não verbal, englobando a linguagem gestual, a expressão facial e corporal) e digital de conteúdo (escrita ou verbal) (Alarcão, 2006o).

O médico de família, na avaliação psico-patológica, inclui o estado de ânimo, na entrevista base para abordar a área psico-social (Carrió & Bargalló, 2008).

5.2 – Quanto à **FAMÍLIA**:

5.2.1 – **Tipo de família**

Independentemente dos membros que residem na mesma habitação, as pessoas que vivem fora do agregado, mantendo laços ou sendo ignoradas e desprezadas podem exercer ou ter exercido forte *influência* na dinâmica familiar, escala de valores e capacidades críticas e criativas que condicionam a actualidade (Gimeno, 2001).

As informações prestadas pelos respondentes ao questionário, na sua auto-definição de estrutura, dinâmica e relação familiar, contribuem para a caracterização do tipo de família que o médico de família conhece através dos seus pacientes e seus problemas, aperfeiçoando o seu conhecimento, de forma a melhor selecionar atitudes na elaboração do plano de cuidados e intervenção na família (Costa *et al*, 2011).

A unidade de cuidados do médico de família é a pessoa no contexto da sua família, pelo que o conhecimento desta é fundamental, para planeamento e avaliação da sua prática clínica, tomada assertiva de decisões, abordagem adequada dos métodos de avaliação familiar, integração eficaz num sistema de cuidados de saúde e construção de projectos de investigação (Costa *et al*, 2011).

Os factores familiares não afectam somente a ocorrência da doença, mas também a utilização de *serviços médicos*, aumentando em momentos de stress familiar. Um conjunto de visitas médicas pode ser importante para os problemas familiares (McWhinney & Freeman, 2009g).

Como regras gerais para o estabelecimento de um plano de cuidados à família, o médico de família deve dar apoio extra às famílias vulneráveis, dar boas informações em momentos de doença grave, "estar lá" em tempos de crise (doença grave, doença terminal e luto), tomar a iniciativa nos momentos em que pode ser necessário, ficar atento aos "pacientes ocultos", olhar para os pacientes que são bodes expiatórios da família ou com sintomas de um problema familiar, evitar tomar partido em conflitos familiares, e disponibilizar uma conferência de família em momentos críticos (idem, 2009g).

5.2.2 – O grau de satisfação familiar, a funcionalidade, a transformação

A *satisfação* é um sentimento de bem-estar, contentamento que se manifesta nas pessoas e que resulta da realização do que se espera ou deseja ou do bom êxito de qualquer actividade, sentimento de agrado, aprazimento ou alegria, segundo o Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea (Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea, 2001b).

Mas é também uma sensação / percepção, considerando a percepção como um complexo de sensações ou como a coincidência da sensação, embora a sensação possa ser entendida como uma percepção das qualidades sensíveis (Mora, 1989d).

A questão sobre a satisfação com o tipo de família pretende que o respondente analise o seu enquadramento organizativo de relação, como reflexão de conceitos de estabilidade / instabilidade, bem-estar / mal-estar, vantagens / inconvenientes, e que pode conduzir a pedido de ajuda técnica e elaboração de plano de acção em cuidados de saúde (Ahumada & Álvarez, 2008).

A avaliação da função familiar em cuidados de saúde primários tem o propósito fundamental de compreender melhor o contexto em que se produzem os problemas de cada paciente que recorre à consulta com problemas individuais, e permite reorientar a

sua manipulação para soluções distintas das que se oferecem tradicionalmente, trazendo elementos à visão biopsicossocial que caracteriza este tipo de cuidados (Ahumada & Álvarez, 2008).

A *funcionalidade* da norma depende de ela facilitar o alcance das metas gerais da família e próprias de cada etapa, mas as normas podem ser um obstáculo para o desenvolvimento pessoal, podem ser repudiadas por alguns membros e podem contribuir para a existência de insatisfação familiar. A satisfação familiar depende da funcionalidade, compreensão e consenso das suas normas, bem como da possibilidade de que estas se adaptem às exigências de cada etapa evolutiva (Gimeno, 2001).

O apgar familiar de Smilkstein dá-nos a percepção que o indivíduo tem da sua família, quer como um importante recurso psico-social, quer como um apoio fraco ou mesmo como um problema, sendo que aqueles que sentem as suas famílias como um recurso têm mais hipóteses de se manterem saudáveis do que aqueles que não conseguem usá-las como suporte social e psicológico (Costa, 2011a).

No entanto, o apgar familiar não avalia realmente a função familiar, mas o grau de satisfação que o respondente tem em relação ao funcionamento da família. O apgar familiar serve para pôr o médico na pista de uma possível disfunção familiar, mas não para a diagnosticar (Ahumada & Álvarez, 2008).

Assim, como método de rastreio é muito discutível, apesar de ser um bom indicador da disfunção familiar (Mengel, 1987; Urbeg, 1987; Gardner *et al*, 2001).

McWhinney chama “pensar família” quando o médico de família é sensível a tensões familiares não mencionadas, embora não sendo recrutado para um dos lados do conflito familiar nem divulgando informações confidenciais aos outros membros da família (McWhinney & Freeman, 2009g).

Ajudar uma família não significa mais encontrar a solução adequada mas criar, no contexto do novo sistema formado, isto é, do sistema terapêutico, as condições necessárias à ocorrência das perturbações que potenciarão a mudança, possível pela realização de múltiplos e contínuos reenquadramentos que não se sucede mais numa lógica de auto-regulação mas que são feitos por sistemas auto-organizados (Alarcão, 2006p).

5.3 - Quanto ao **TRABALHO**:

A *satisfação pessoal* é uma qualidade ou estado de estar satisfeito, como experiência pessoal de satisfação em relação a uma necessidade ou desejo.

O *apagar laboral*, seja na população activa, seja no período formativo para acesso à profissão ou após a aposentação de funções com quadro de direitos e regalias associados, é analisado em opinião, quanto aos critérios apontados.

O *trabalho* é entendido como actividade humana que tem em vista a prestação de serviços ou a produção de bens destinados a fazer face às necessidades do homem (Rolo, 2000).

Segundo o Observatório Europeu dos Riscos, todos os fenómenos de natureza demográfica, social e económica têm o seu impacto na força de trabalho. Da perspectiva da segurança e saúde no trabalho, importa identificar e acompanhar o ritmo das mudanças em curso, o que implica adoptar uma abordagem global a longo prazo. As alterações das relações contratuais no seio dos trabalhadores também suscitam mudanças ao nível dos processos e da organização do trabalho. Nas empresas, as relações de trabalho estão a tornar-se mais diversas e individualizadas, processo esse indutor de um crescente sentimento de insegurança no trabalho, entre os trabalhadores (Observatório Europeu dos Riscos, 2009).

A *saúde* de quem trabalha não é uma mercadoria para vender, mas sim um bem a defender mediante a prevenção, que se efectua com a contribuição dos conhecimentos técnicos e científicos, os resultados dos estudos ambientais e a avaliação subjectiva dos trabalhadores. Distinguem-se as doenças profissionais e as doenças relacionadas com o trabalho que, não sendo exclusivas de agentes ou factores laborais, se distribuem com predilecção especial entre os trabalhadores (Cardoso, 2012).

O *stress* tem como fonte principal o trabalho, tendo como determinantes para o seu aparecimento a agressão intensa e prolongada, a falta de apoio social nas empresas e a ausência de capacidade de decisão. Não faz sentido que o trabalho seja fonte de doença mas, na prática, o número de doenças ligadas ao trabalho ou agravadas por este aumentam assustadoramente, contribuindo para um encurtamento da nossa existência ou fazendo com que passemos tempo a mais no estado de doentes (Cardoso, 2012a).

Para avaliar a importância do trabalho sobre a saúde dos pacientes, é preciso compreender em que condições se dá tal trabalho, observar a separação entre a concepção e a execução e analisar as funções intelectuais do trabalhador, devendo o médico avaliar a suspeita do risco ocupacional (Merlo *et al*, 2004).

Smilkstein desenhou versões para valorizar a disfunção nas relações com o trabalho e os amigos (Work Apgar e Friends Apgar) (Smilkstein *et al*, 1982).

No *Apgar laboral*, Smilkstein considera quanto aos colegas de trabalho, o recurso a eles quando está perturbado, a satisfação com a partilha dos seus problemas, o apoio às suas ideias, a satisfação pela reacção às suas emoções, a satisfação pelo tempo juntos, a satisfação pelo convívio com o chefe, e a satisfação com o trabalho que faz (Smilkstein, 1982).

Há uma correlação significativa e positiva entre a *satisfação* geral no trabalho e a *realização* pessoal, enquanto as correlações significativas, encontradas entre a mesma variável, a exaustão emocional e a despersonalização são negativas, o que confirma que uma maior satisfação no trabalho está relacionada com níveis mais baixos de burnout (Queirós, 2000).

5.4 – Quanto aos **AMIGOS**:

O(a) amigo(a) é a pessoa a quem se está ligado por laços de amizade, com quem se estabelece uma relação de afecto e estima. A amizade é o sentimento de afeição entre pessoas, considerado independentemente da atracção sexual ou dos laços de parentesco (Dicionário da Língua Portuguesa, 2001c).

Os elementos que compõem a *rede social pessoal* são organizados em quatro quadrantes principais: família, escola / profissão, amizade e comunidade, podendo qualquer um deles desempenhar um importante papel de suporte (Alarcão, 2006q).

O *médico de família* pode ser o melhor amigo do doente, competindo-lhe intervir como conselheiro e terapeuta na área bio-psico-social, exercendo a profissão com dignidade adequada aos padrões técnico-científicos, resultando daí um entendimento e resolução dos problemas do doente integrado na sua comunidade (Caniço, 1989).

A avaliação sistémica da família não pode considerar-se completa sem uma avaliação global dos recursos do sistema familiar e da rede social em que está inserido (Sampaio, 1988).

O *apgar dos amigos* de Smilkstein foi aplicado na adolescência como período crítico, sendo mais baixo que o apgar familiar satisfatório, recomendando-se a sua aplicação em educação médica (Wolnitzki Sch. *et al*, 1989).

A *influência* e apoio social dos amigos na saúde da pessoa, está comprovada em múltiplos estudos, como no caso da diabetes, que sugere que os amigos podem ser uma fonte única de apoio, que complementa e melhora o envolvimento dos pais dos adolescentes na gestão da diabetes (Wysocki & Greco, 2006).

Segundo Thompson *et al* (1993), existe relação entre o apoio social da família e dos amigos e os cuidadores em saúde, principalmente na melhoria do *stress do cuidador* (Upton & Reed, 2006).

Entre os médicos, os indicadores mais baixos de satisfação relacionados com sobrecarga de trabalho, foram o tempo, a menor disponibilidade para a família, amigos e lazer, stress relacionado com o trabalho, tarefas administrativas (Bovier & Perneger, 2003).

A família e os amigos devem ser reconhecidos como importantes *fontes de informação* para pacientes com cancro, sendo um factor fundamental para lidar com o diagnóstico (Mills & Davidson, 2002).

Crê-se que os 6 médicos amigos de Einstein influenciaram os seus pensamentos de forma significativa, como mentores, confidentes, intelectuais e colaboradores de pesquisa (Kantha, 1996).

As *características* de rede de amigos (número, frequência de contacto e heterogeneidade) influenciam o bem-estar subjetivo, através dos seus benefícios (a maior frequência de contactos, maior número de amigos e menor heterogeneidade da rede de amizade estão relacionados com confiança social, menos stress e melhor saúde). Demonstrou-se que a frequência de contacto, o número de amigos e a maior heterogeneidade da rede de amizade aumentam a oportunidade de receber ajuda de amigos (van der Horst & Coffé, 2012).

O envolvimento no trabalho de prevenção e de intervenção de redes de amigos e seus pares em *crianças e adolescentes* pode ser crucial para a promoção e manutenção de trajetórias positivas de saúde comportamental. No entanto, mais trabalho teórico e empírico é necessário para compreender melhor os mecanismos específicos subjacentes aos efeitos dos colegas sobre a alimentação da juventude e a actividade física (Salvy *et al*, 2012).

As mensagens / conselhos de familiares e amigos são factores que parecem influenciar o início da actividade sexual dos jovens, incentivando-os a ter relações ou a promover a abstinência, pelo que os programas de saúde sexual devem ter estes elementos em conta (Ruiz-Canela *et al*, 2012).

5.5 – Quanto à **SOCIEDADE**:

Segundo a *Declaração Universal dos Direitos do Homem*, toda a pessoa tem direito à liberdade de reunião e de associação pacíficas (art. 20º) tem o direito de tomar parte livremente na vida cultural da comunidade (art. 27º) e deveres para com a comunidade, fora da qual não é possível o livre e pleno exercício da sua personalidade (art. 29º) (Portugal, Procuradoria-Geral da República, Gabinete de Documentação e Direito Comparado, 2008).

Segundo a *Convenção Europeia dos Direitos do Homem*, o exercício destes direitos não pode ser objecto de outras restrições, senão das que, previstas pela lei, constituírem disposições necessárias, numa sociedade democrática, à segurança nacional, à segurança pública, à defesa da ordem e à prevenção do crime, à protecção da saúde ou da moral ou protecção dos direitos e liberdade de outrem (Mendes & Ferreira, 2004a).

Segundo a *Constituição da República Portuguesa*, os cidadãos têm o direito de, livremente e sem dependência de qualquer autorização, constituir associações, desde que estas não se destinem a promover a violência e os respectivos fins não sejam contrários à lei penal (Mendes & Ferreira, 2004b).

Pelo Decreto-Lei 597/74 de 7 de Novembro, o direito à livre associação constitui uma garantia básica de realização pessoal dos indivíduos na vida em sociedade (Mendes & Ferreira, 2004c).

Segundo o *Relatório do Desenvolvimento Humano 2011*, o desenvolvimento humano sustentável constitui o alargamento das liberdades substantivas das pessoas do mundo actual, ao mesmo tempo que se envidam esforços razoáveis par evitar o risco de comprometer seriamente as das gerações futuras (*Relatório do Desenvolvimento Humano, 2011*).

O desenvolvimento humano está inexoravelmente ligado à capacidade de fazer progredir a ciência e, dessa forma, estimular a aquisição do conhecimento. É por isso fundamental considerar como ponto focal crítico, para o desenvolvimento do sistema de saúde, a valorização do factor humano (Fernandes, 2011).

As *Organizações da Sociedade Civil*, são uma mais-valia no desenvolvimento humano (Canas, 2008).

As Organizações da Sociedade Civil são um elemento vital na vida democrática dos países, colaborando com uma grande diversidade de pessoas e promovendo os seus direitos. Como actores do Desenvolvimento, caracterizam-se por serem voluntárias, diversificadas, não partidárias, autónomas, não-violentas, trabalhando para gerar mudança (Proença, 2012).

Em Portugal, a Sociedade Civil trabalha, de forma organizada, para construir uma verdadeira solidariedade entre os povos, contribuindo para a construção de um mundo mais justo e equitativo (Guia das ONGD, 2012).

As ONG poderão também contribuir para uma inflexão das prioridades da Ajuda Pública ao Desenvolvimento para o Desenvolvimento Humano e para os países efectivamente mais pobres (Alves, 1996).

As ONGD são a afirmação de cidadania da sociedade civil, e são reconhecidas na União Europeia como indispensáveis para a promoção do bem-estar colectivo, o apoio aos sectores mais fragilizados, a regulação das funções do Estado (Caniço, 2010).

É uma designação que desperta comoção e alegria, principalmente nos destinatários da sua acção, mas também ciúme em organismos anquilosados, avidez em quem não percebe os seus objectivos e irritação em quem quereria obter os seus resultados (em trabalho) (Caniço, 2006).

As *mudanças* no mundo influenciam cada vez mais o nosso quotidiano de pessoas e organizações empenhadas em processo de desenvolvimento, baseado em princípios éticos de solidariedade e de igualdade de direitos (Pedra, 2005).

A *socialização* é um processo através do qual o indivíduo interioriza as normas do seu meio sociocultural, se integra e adapta à sociedade convertendo-se num membro da mesma e sendo capaz de desempenhar funções que satisfaçam as suas expectativas. São agentes de socialização a família, a escola, os amigos, grupos formais e informais e os meios de comunicação (Gimeno, 2001b).

A *acção social* é o conjunto de actividades que se produzem na sociedade e que contribuem para melhorar a saúde através da participação e da *intervenção comunitária* (Ahumada *et al*, 2008).

As sociedades multiculturais, com diferentes grupos sociais convivendo muito proximamente e intergindo entre si, têm exigido dos médicos de qualquer especialidade, particularmente dos profissionais que actuam em cuidados primários de saúde, um entendimento profundo sobre o *contexto sociocultural dos indivíduos* com os quais trabalham, pois esse contexto exerce uma influência decisiva na forma de expressão das doenças e na busca de tratamento (Knauth & Oliveira, 2004).

O isolamento social, o analfabetismo e a ocupação indiferenciada são prevalentes na população mais velha portuguesa. A identificação dos determinantes adicionais de isolamento, o ajuste de procedimentos a serem incluídos nas redes sociais e o desenvolvimento de acções de educação são áreas importantes para intervenção que influenciam a *qualidade de vida* dos idosos (Mota-Pinto *et al*, 2011).

Além da rede formal de serviços à comunidade, também existe em todas as comunidades um sistema mais informal de *serviços voluntários*. O conhecimento desses recursos é muito útil para o médico de família (McWhinney & Freeman, 2009h).

Ser voluntário, entre milhentas definições, é ser humano. O ganho secundário, o protagonismo serôdio ou bacoco, a extorsão em ilicitude, estão ou serão erradicados do voluntariado. Porque é preciso, e há quem beneficie, na sua legitimidade, em direitos humanos (Caniço, 2012).

A *solidariedade* em prol de uma boa causa faz sempre sentido e é um dever cívico (Pires, 2006).

Ser solidário são histórias de não solidão, em que as pessoas que as relatam se assumem como protagonistas da dedicação a causas, vontade de criar e fazer, mais-valia da sua capacidade de executar e também de amar. Nestas histórias, contadas pelos próprios, o próximo ou outrem, o infeliz e o sofredor, o ser triste vencido pela dor ou desgraça estão presentes. Mas também estão, sem comiseração, as marcas da dignidade humana, a labuta, luta e sacrifício, o pundonor, a vida é bela. São descrições que não vieram da televisão chocante, não foram recriação da fantasia dos amigos, não circularam na comunicação media global (Caniço, 2007).

A nossa *esperança* no futuro, o ideário solidário solidamente assumido, acreditar em causas e momentos de glória não se coadunam com oportunismos não conjunturais, sagacidade para a esperteza salaio ou de salão, sociedade sem quartel, momentos de desilusão (Caniço, 2008).

Estamos em época de *crise*. Para a qual nem todos contribuímos por igual, e nem todos pagamos por igual. Se bem pensado, há sempre uma crise que espera por nós: económica com justos e pecadores, financeira com mercado e especulação, de valores com perda de referências e até insidiosa corrupção, ou de voluntariado com o egoísmo como epidemia (Caniço, 2009).

Segundo Massano Cardoso, as *desigualdades socio-económicas* são fonte de vários tipos de patologia. Em Portugal a situação é verdadeiramente desconfortável a nível dos países da U.E. Também é do conhecimento geral que o fosso ricos-pobres se alarga de ano para ano.

As comunidades mais ricas são mais saudáveis, ao contrário das mais pobres, devido a diferentes comportamentos e estilos de vida.

Os mais favorecidos conseguem controlar melhor os factores de risco e promover os factores de protecção, enquanto nos pobres é precisamente o contrário.

Em termos sociais, o investimento público do qual resulte bem-estar para todos, mas sobretudo para os mais desfavorecidos, permite que estes obtenham mais rendimentos e aquisição de comportamentos mais saudáveis (Cardoso, 2012b).

Adoecer e morrer prematuramente têm a ver com as condições socio-económicas, as quais estão associadas à pobreza, às más condições alimentares, às deficientes condições das habitações, às atitudes e comportamentos face aos diferentes tipos de factores de risco.

O século XIX ficou conhecido como o *Século da Liberdade* e muitos esperavam que o século XX acabasse por ser conhecido pelo Século da Justiça Social, mas, infelizmente, não foi! A seguinte frase, da autoria de Virchow, encerra em si muito do potencial para a resolução dos problemas de saúde: “A medicina é uma ciência social e a política não é mais do que a medicina em grande escala”. Haja vontade para a praticar como deve ser... (Cardoso, 2012b).

A dois anos de 2015, Portugal está muito longe da meta acordada na União Europeia, em que cada Estado-Membro deveria destinar 0,7% do Rendimento Nacional Bruto à *Ajuda Pública ao Desenvolvimento* (Relatório Aid Watch 2012).

Uma ONGD (*Saúde em Português*) obteve um financiamento da Agência de Coordenação da Ajuda Humanitária (OCHA), no âmbito do Fundo de Resposta de Emergência para implementar um projecto de criação de uma *unidade de saúde familiar* no Haiti, segundo o modelo que tem orientado a reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal e que foi considerado inovador e interessante para o contexto em causa, representando também a primeira experiência em campos internacionais (Freitas, 2012).

5.6 – Quanto ao **ESTILO DE VIDA:**

Entre as enormes mudanças que sofreu, nos últimos anos, a prática quotidiana no âmbito dos cuidados de saúde primários, conta-se a abordagem dos estilos de vida relacionados com a saúde, que passaram a ser considerados como factores de risco e a ser alvo de um processo de avaliação semelhante ao do diagnóstico clínico e de uma intervenção ou aconselhamento educativo mais ou menos standardizados.

Não se trata de “medicalizar” a vida quotidiana, mas de facilitar e estimular as mudanças voluntárias em direcção a opções mais saudáveis (Adell, 2001).

Os *cuidadores* devem identificar metas específicas que permitam aos doentes participar plenamente na prevenção e tratamento da sua doença e / ou manutenção do seu bem-

estar. Conseguir melhores resultados de saúde é dependente da interação entre um profissional qualificado e informado e um paciente informado e activado. Os *pacientes* nem sempre se mostram informados, activos e com elevada auto-eficácia para se envolver em comportamentos de saúde. Há técnicas e orientações destinadas a fornecer um "kit de ferramentas" que aumenta a capacidade de aconselhar os pacientes com sucesso numa variedade de comportamentos de saúde (Pole *et al*, 2009).

Um *estilo de vida saudável* consiste em cinco elementos essenciais: não fumar, cinco porções de frutas e vegetais por dia, 10 minutos de silêncio, relaxamento ou meditação diária para a redução do stress, IMC menor que 30kg/m², e 150 minutos de exercício ao longo de cada semana.

O principal *obstáculo* para as mudanças comportamentais necessárias para viver um estilo de vida saudável é a falta de treino médico e capacitação em entrevista motivacional. Este é o grande desafio para a formação do médico para o século XXI (Kopes-Kerr, 2011).

O papel desempenhado pelos *profissionais de saúde* na mudança do estilo de vida dos pacientes, no sentido da alteração dos hábitos de risco (tabagismo, sedentarismo, consumo excessivo de álcool, alimentação não equilibrada) pode traduzir-se numa série de actividades: diagnóstico / avaliação, tratamento / intervenção, estratégia de mudança e vigilância / controlo da evolução (Guias de Educação e Promoção da Saúde, 2001).

A *promoção da saúde* e dos estilos de vida saudável é reconhecida actualmente pelo The Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care, US Preventive Task Force (US Preventive Task Force, 1996) e Task Force on Community Preventive Services, os programas europeus para a doença crónica Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention, entre outros (Zurro, 2008).

O estilo de vida é fundamental na prevenção, no tratamento e na recuperação das *doenças cardiovasculares* (Carrageta, 2010a).

Hernâni Caniço (Caniço, 2009), coordenou por Saúde em Português e participou como voluntário no projecto “*Antes que te queimes*”, com o apoio do Governo Civil de Coimbra, tendo desempenhado funções de: aconselhamento em saúde em tenda solidária, com distribuição de preservativos e educação para a saúde relativa ao álcool,

drogas, DST e igualdade de género; medição da alcoolemia e da glicémia capilar; avaliação de hábitos tabágicos e alcoólicos, com aplicação dos questionários Audit, Fagerstrom e Richmond; distribuição de fruta como forma de promoção de estilo de vida saudável.

O trabalho de investigação “*Estilos de Vida Estudantil em Coimbra na Queima das Fitas*” foi aplicado a 1.108 estudantes nas Noites do Parque, havendo uma taxa de alcoolemia de 7% superior a 2gr/l, 49,3 % entre 0,5 gr/l e 1,99 gr/l, e 43,7% abaixo de 0,5gr/l. Iam conduzir 24% dos rastreados. Já tinham sido assistidos em serviço de saúde por consumo de álcool 9%. Segundo o Audit, tinham dependência alcoólica 7%, consumo nocivo / abuso 44% e baixa dependência 49%.

Eram fumadores 40% dos inquiridos, e segundo Fagerstrom, tinham dependência tabágica elevada 2,9%, moderada 29,3%, e baixa 67,8%. Segundo Richmond, a motivação era baixa em 77%, moderada em 19%, e elevada em 4%.

Nessa sequência, como coordenador, apresentador e co-autor do trabalho de investigação “*Estilos de Vida Estudantil em Coimbra na Queima das Fitas*”, concluiu apontando medidas a tomar.

Quanto ao *tabagismo*, no domínio da ajuda ao fumador, apontou a criação de consulta de cessação na Universidade de Coimbra / Faculdades; como actos de informação, a prioridade da educação para a saúde sobre tabagismo no ensino básico e secundário, a acção tecnico-científica dos profissionais de saúde nas escolas, a educação pelos pares nas Faculdades / Universidades, a sensibilização dos pais (Associações); como papel do Estado, a gratuitidade das consultas, o investimento na promoção da saúde, os Centros de Atendimento de Jovens com consultas de cessação tabágica.

Quanto ao *abuso do álcool*, apontou o combate ao abuso, pelo cumprimento da lei (não vender bebidas alcoólicas a menores ou notoriamente embriagados, etc.), e mais informação, com o que falta saber (“estratégia de choque”); no combate à dependência, a detecção e encaminhamento, dirigidos pelas organizações estudantis, novamente os Centros de Atendimento de Jovens (investir, investir), o Instituto Português da Juventude, etc.

Quanto a *Saúde em Português*, assumiu o compromisso de projectos nas áreas de risco, o estabelecimento de parcerias para formação e prestação de cuidados com organizações estudantis e escolas, e apontou a necessidade de reconhecimento pelo Estado da importância da ONGD Saúde em Português e outras como fundamental no incremento dos objectivos em saúde e do Plano Nacional de Saúde (Caniço, 2009).

Adoptando e mantendo estilos de vida saudável, pode obter-se uma *diminuição do risco* de algumas doenças crónicas. O hábito de fumar, a pouca ou nula actividade física, o excesso de peso corporal e outros estados relacionados com dietas ricas em gorduras e em calorias contribuem para desenvolver ou agravar muitas formas de cancro, coronariopatia, diabetes, artrose, litíase biliar, síndrome da apneia do sono e hipertensão. Nos Estados Unidos, estimou-se que em 1990, houve 700.000 mortes (33% do total) que se deveram ao consumo do tabaco, factores dietéticos e padrões de actividade. As práticas de promoção da saúde realizadas por médicos de cuidados primários como forma de avaliação, ajudam a alterar o estilo de vida e apoio geral e custam pouco se comparadas com os benefícios que causam aos pacientes (Zimmermann & Nowalk, 2006).

A *promoção da saúde* é a adopção de hábitos de vida saudável. As condições responsáveis por morbimortalidade em adultos são determinadas por hábitos e estilos de vida. A alteração de alguns desses hábitos pode gerar significativa modificação na qualidade e expectativa de vida (Stein *et al*, 2004).

A *educação para a saúde* implica a comunicação da informação, a interpretação de conhecimentos técnicos, o reforço de estilos de vida positivos e desfazer mitos. É o primeiro passo para a promoção da saúde (Richards & Blum, 1991).

O objetivo dos esforços de educação do paciente muitas vezes é informar e mudar comportamentos. Uma das maneiras mais úteis para compreender o processo de mudança de comportamento é o *modelo trans-teórico*, muitas vezes chamado de "etapas de mudança", chamadas de pre-contemplação, contemplação, preparação, acção e manutenção (Kelly, 2011).

O objectivo da *medicina prospectiva* é a prática da prevenção primária através da identificação e a modificação das condutas de risco (Brunton & Sutherland, 1988).

O instrumento essencial da medicina prospectiva é a *estimativa de risco* para a saúde (Robbins & Hall, 1970).

Ter saúde e sentir-se jovem e com energia depende mais do estilo de vida do que dos cuidados médicos, por melhores e mais especializados que estes sejam. Neste contexto, a alimentação é considerada o factor mais importante. (...) Preferir alimentos saudáveis,

controlar as quantidades e comer devagar irá fazer a diferença, proporcionando-lhe mais saúde e mais energia (Carrageta, 2010b).

Nós somos o que comemos. Esta frase representa, com toda a certeza, a importância que a *alimentação* possui na nossa existência, na manutenção da nossa saúde e na preservação da nossa qualidade de vida (Carmo, 2011).

Optar por hábitos alimentares mais saudáveis não significa fazer uma alimentação enfadonha, sem sabor, ou mesmo ter que abdicar daqueles alimentos menos saudáveis de que tanto gosta. O importante é que o consumo de alimentos mais calóricos constitua a excepção e não a regra do seu dia-a-dia (Teixeira & Silva, 2009).

Mais de 65% dos adultos nos Estados Unidos apresentam excesso de peso ou *obesidade*, existindo mais de 60 milhões de norte-americanos que se inserem na definição de obesidade mórbida do National Institutes of Health, e tendo aumentado 50% o número de indivíduos obesos na última década (Robinson & Thomas, 2007).

Naturalmente, a primeira fase do tratamento das dislipidemias reside nos conselhos e educação do doente para um estilo de vida saudável. Alguns discutem o pouco impacto que o aconselhamento tem sobre o perfil lipídico, mas é necessário ter a consciência que esse impacto está fundamentalmente dependente do grau de adesão do doente às medidas propostas. Independentemente disso, o mais importante de tudo é que a adesão convicta a um estilo de vida saudável está associada a um reduzidíssimo risco cardiovascular (Silva, 2005).

O *exercício físico* é uma forma de actividade física para a qual nós dispomos de tempo especialmente dedicado a fazer esforço e que tem como base um programa de treino. Todos nós sabemos que a actividade física faz bem à saúde e transmite a sensação de bem-estar. Nenhuma doença impede que se faça actividade física. Mesmo os doentes com insuficiência cardíaca, que até há pouco eram aconselhados a fazer repouso, participam hoje em programas de reabilitação cardíaca, com programas de exercício específicos e progressivos que lhes conferem grandes benefícios (Carrageta, 2010c).

O exercício regular, juntamente com outras medidas que reduzem o risco, ajudam à protecção contra um episódio cardíaco inicial (prevenção primária), facilitam a recuperação do paciente depois do enfarte de miocárdio, cirurgia de revascularização coronária ou angioplastia (reabilitação cardíaca) e diminuem o risco de episódios cardíacos recorrentes (prevenção secundária) (Haskell, 1996).

O exercício regular de resistência melhora a performance cardiovascular e tende a diminuir a pressão arterial, a gordura corporal, o peso e os triglicéridos séricos, elevando as lipoproteínas de alta densidade. A boa forma física pode também ajudar na resposta psicológica ao stress. As mulheres que começam a realizar exercício enquanto jovens adultas, apresentam uma redução de quase 50% no risco de desenvolvimento, ao longo da sua vida, de cancro da mama ou do aparelho reprodutor. Os homens fisicamente activos apresentam um risco significativamente menor de cancro do cólon. O exercício aumenta a densidade óssea, ajudando a prevenir a osteoporose. Os doentes com DPOC e doença vascular periférica apresentam melhorias sintomáticas e funcionais (Simon, 1997).

A *cultura* – padrões herdados de significados compartilhados e de entendimento comuns – influencia o modo como as pessoas regem as suas vidas e oferece uma lente por meio da qual podem interpretar sua sociedade. As culturas afectam a forma como as pessoas pensam e agem, mas não produzem uniformidade de pensamento ou de comportamento (Obaid & Fundo de População das Nações Unidas, 2008a).

A *poesia* será o bálsamo harmonioso da alma, mas será também um rosto de cidadania activa e consciência crítica de idiosincrasias, solta da tarlatana que mascara virtudes e esconde ideário sublime (Caniço, 2008b).

Fernando Pessoa, citado por Francisco Ferreira, dizia, nos seus versos: Só quem da vida bebeu todo o vinho / Dum trago ou não, mas sendo até ao fundo / Sabe (mas sem remédio) o bom caminho / Conhece o tédio extremo da desgraça / Que olha estupidamente o nauseabundo / Cristal inútil da vazia taça (Ferreira, 1995).

O alto nível de consumo de *álcool* em França coloca-a (a doença, a formação), juntamente com Portugal, no topo dos países em que a morbidade alcoólica é mais elevada (Kiritzé-Topor & Bénard, 2007).

O alcoolismo pode ser incriminado como agente etiológico em perto de 85% dos cirróticos no nosso meio, em 1968; actualmente, em mais de 90% (Porto, 2000).

No nosso país, atendendo ao elevado consumo de álcool e à grande prevalência da doença hepática alcoólica e baseados na nossa experiência, em que se verifica que a maioria dos casos graves de hepatite C se associa ao consumo excessivo de álcool,

defendemos que a abstinência alcoólica poderá ser a medida terapêutica mais eficaz a longo prazo, no tratamento da hepatite C (Carvalho, 2000).

O *tabagismo* como malefício deve ser continuamente combatido, incluindo a população de risco como é o caso da população prisional (detidos e guardas), como foi reconhecido e merecedor do desígnio das funções estruturais e mais-valia para os objectivos do Estado social e seus beneficiários, apresentando taxa de sucesso de abstenção tabágica da população prisional semelhante à da população em geral (Caniço, 2010b).

Estilos de vida e expectativas estão mudando rapidamente. Na medida em que a mobilidade geográfica e social aumenta, as relações e a extensão da experiência comum entre os integrantes das famílias e das comunidades também se modificam. Mudanças nas oportunidades sociais e económicas estão alterando as expectativas e desejos que as pessoas têm em relação às suas famílias. O impacto acumulado da mudança social está criando as condições por meio das quais as transformações culturais acontecem (Obaid e Fundo de População das Nações Unidas, 2008b).

A boa governação define-se como processos que defendem os direitos dos cidadãos e lhes permitem efectivamente escolher as políticas públicas que desejam para o seu país de forma informada, transparente e livre (Jalali, 2012).

Qualquer estado mórbido em que as raízes biológicas e fisiológicas do self se encontram atingidas, coarctando o desenvolvimento ou o funcionamento da personalidade, podem ser factores de ordem evolutiva ou involutiva. (...) Permitir às Pessoas construir um sentido de identidade, auto-estima e respeito por si próprias, isso sim, é missão de médico, deslocando o negativo da Doença para o positivo da Saúde (Gomes *et al*, 1986c).

Na constituição de uma *Nova Ordem Internacional*, destacam-se o desenvolvimento, as ambiguidades das políticas sociais, a pobreza, o materialismo, a responsabilidade colectiva e a justaposição de estratégias nacionais pelos Estados.

Se o homem é feito para a *felicidade*, ela não é um dado mas a expressão última da dialéctica entre o seu condicionamento e a sua liberdade. O homem encontra, constrói, descobre a felicidade à sua própria custa, assumindo o seu destino, recapitulando os

acontecimentos na adesão do coração, sendo livre. Mas para ser livre, é preciso que possua as condições mínimas para ter uma vida humana (Pintasilgo, 1978).

As “*necessidades básicas*” aparecem assim como claramente parcelares, fragmentadas, de certo modo prévias ao destino espiritual do homem. A cultura é encarada como o motor do desenvolvimento e a identidade cultural articula-se, no seu desenrolar, com as outras dimensões do desenvolvimento global.

Negar a perspectiva das “*necessidades básicas*” para salvaguardar a identidade cultural é um logro de graves consequências (Pintasilgo, 1978).

A *promiscuidade* é uma qualidade ou estado de promíscuo, de mistura confusa e desordenada, de intromissão (Durvan SA, 2004).

A saúde na esquina (intervenção em saúde nas mulheres trabalhadoras do sexo) é a saúde na rua, é o serviço público e o voluntariado, é o cuidar em toda a dimensão, é ter afecto e razão, é ser profissional. De saúde. Pelas pessoas, e pelo mundo, o mundo global, mas solidário (Caniço, 2012a).

5.7 – Quanto às **MORBILIDADES**:

A *prevenção* é central para a medicina de família. A missão fundamental da medicina de família é a preservação da saúde e maximizar a função de pacientes ao longo das suas vidas. As causas mais frequentes de morbilidade e mortalidade são as doenças crónicas evitáveis (Guirguis-Blake *et al*, 2011).

Segundo os conteúdos de leccionação da Unidade Curricular de MGF da FMUC, existe *doença crónica* quando há uma agressão permanente (real ou vivida como tal), tendo o médico geral e familiar como objectivos ajudar o doente a conseguir um novo equilíbrio (o mais alto nível de qualidade de vida possível), uma vez que a cura, por definição, não foi possível, e compreender a doença crónica como uma das mais graves crises de uma pessoa.

São aspectos da *avaliação do doente crónico*, a polipatologia (associação de várias patologias no mesmo doente), a iatrogenia (efeitos secundários do tratamento), a personalidade do indivíduo, as suas reacções psíquicas à doença, sofrimento e tratamento, as interacções com a família, o meio social e o próprio médico, as

características do meio físico e cultural e os antecedentes (Guia de Estudo em MGF – 5º ano, 2011).

São *critérios de adaptabilidade do doente crónico*, lidar com a dor e a incapacidade, lidar com os tratamentos, desenvolver a relação médico / doente (e com a equipa de saúde), preservar o equilíbrio emocional, assegurar a auto-imagem e a auto-estima, manter as relações familiares e amizades e preparar-se para o futuro incerto (Guia de Estudo em MGF – 5º ano, 2011).

O *envelhecimento* da população representa um dos fenómenos demográficos mais preocupantes das sociedades modernas do século XXI. Este fenómeno tem marcadamente reflexos de âmbito socio-económico com impacto no desenho das políticas sociais e de sustentabilidade, bem como alterações de índole individual através da adopção de novos estilos de vida (Censos 2011).

Em *Portugal*, a proporção da população com 65 ou mais anos é, em 2011, de 19%. Este valor contrasta com os 8% verificados, em 1960, e com os 16% da década anterior.

O índice de envelhecimento da população reflete também esta tendência. Em 2011, o índice de envelhecimento acentuou o predomínio da população idosa sobre a população jovem. Os resultados dos Censos 2011 indicam que o índice de envelhecimento do país é de 129, o que significa que Portugal tem hoje mais população idosa do que jovem. Em 2001, havia 85 municípios com o índice de envelhecimento menor ou igual a 100. Em 2011, este valor é de 45 (Censos 2011).

Hernâni Caniço (Caniço 2008a) considerou que a política é um acto de cultura, pelo que a *política para o envelhecimento* deve ser orientada para a cultura de Saúde (saúde orgânica e saúde mental, com ênfase na promoção da saúde e apoio a prestadores de cuidados), e qualidade de vida social, com utilização de instrumentos de medida, personalização da sua funcionalidade e sua percepção (promover os novos-velhos, proteger os dependentes), o incentivo à associação, a estimulação do voluntariado.

No *diagnóstico de situação*, considerou a revolução demográfica: o futuro são os idosos, pela primeira vez na História da Humanidade, o número de idosos (> 65 anos) será superior ao de crianças (< 15 anos - em Portugal, no último ano houve mais mortes que nascimentos); Portugal é o 7º País com maior taxa de envelhecimento do mundo; o sistema de segurança social tem uma base cada vez menor de contribuintes activos;

existem novos-velhos (maior esperança de vida sem incapacidade) e velhos com saúde precária, dependência e perda de autonomia; há ainda bolsas de exclusão social e falta de igualdade de oportunidades (apesar do PNAI e da ex-CIDM); há promoção da saúde, mas não há estímulo e subvenção para os serviços cognitivos; existem cuidados continuados, cuidados paliativos e cuidados domiciliários. Necessários sim, mas suficientes? (idem)

Como *estratégia / medidas de política*, apontou a criação de Secretaria de Estado para a Terceira Idade, como acto de cultura; a criação de Departamentos de Gerontologia nas Faculdades de Medicina (só há 3 Países da União Europeia – inclui Portugal que não têm essa Disciplina independente) e da Especialidade ou Competência em Geriatria no exercício médico profissional; mais investigação em compressão da morbidade (impacto presente e futuro – estudos animadores: os filhos adultos de pais com idade igual ou superior a 85 anos apresentam um benefício relacionado com o risco cardiovascular, um dieta com mais fruta e menos carne pode reduzir o risco de cancro colo-rectal); reconhecimento e apoio às ONGs e ao voluntariado sénior, englobando acção social, humanitária e pelo desenvolvimento; maior promoção da inclusão social e da igualdade de oportunidades (não só de género), com apoio à sociedade civil organizada e representativa dos idosos; prevenção e aplicação de moldura penal relativa à violência doméstica e institucional sobre o idoso; criação de benefícios fiscais para a família do idoso, enquanto prestadores de cuidados (ibidem).

A maior *conquista* da humanidade foi, precisamente, vulgarizar e democratizar a velhice em condições que, por vezes, fazem inveja aos mais novos (Cardoso, 2008).

O *crescimento epidémico* das doenças crónicas relaciona-se em grande parte com hábitos de vida adquiridos na nossa época. Entre eles, destacam-se duas mudanças fundamentais: o aumento do consumo de alimentos de alta densidade calórica, normalmente ricos em gordura e carbo-hidratos simples e pobres em carbo-hidratos não refinados; e o declínio do gasto energético associado ao transporte motorizado, à mecanização do trabalho e a outros aspectos do desenvolvimento tecnológico (Duncan *et al*, 2004).

Em 2005, as *doenças crónicas* originaram 20 milhões de mortes em todo o mundo em pessoas acima dos 70 anos. As principais doenças crónicas foram as doenças cardiovasculares, o cancro, a doença respiratória crónica e a diabetes mellitus. Essas

doenças, impulsionadas em grande parte pelo uso do tabaco e obesidade, não se concentram no mundo desenvolvido, e são um grande e crescente problema no desenvolvimento em países de baixo rendimento, que não dispõem de recursos para prevenir e gerir as doenças crónicas e as suas consequências (Caruso & Silliman, 2008).

Tendo o paciente geriátrico doença crónica múltipla, o *estado funcional* é o melhor indicador do prognóstico e da longevidade. O estado funcional é definido como quanto uma pessoa é capaz de fornecer para a sua ou suas próprias necessidades diárias. As alterações na função podem ser sinal de uma doença médica, com comprometimento cognitivo, alterações no suporte social, depressão, abuso de substâncias ou uma combinação destas situações. Essas mudanças não devem ser aceites como "apenas uma parte de envelhecer". A documentação do estado de um paciente de base funcional é essencial para que as mudanças podem ser identificados e os seus destinatários (Caruso & Silliman, 2008).

O *sistema de saúde* tem vindo a adaptar-se ao aumento da doença crónica crítica, aumentando as camas de curto e longo prazo nos hospitais de cuidados agudos, mas a monitorização contínua de recursos será necessária, uma vez que a prevalência da doença crónica crítica deverá aumentar ainda mais (Carson, 2012).

A *autonomia* é aquela condição da pessoa que lhe permite desenvolver as diversas funções da vida sem depender de nada. A valorização do grau de incapacidade é uma forma de operacionalizar a medição em pessoas dos conceitos gerais de saúde e de qualidade de vida.

O nível mais alto de autonomia refere-se à capacidade do indivíduo para se auto-manter na vida social, ser independente para as actividades avançadas da vida diária (trabalho, relações sociais, mudança de estilos de vida, etc.). O segundo nível de autonomia apresenta a independência para a realização de tarefas quotidianas da vida diária (actividades instrumentais). No nível mais baixo temos a autonomia para a realização das actividades básicas do auto-cuidado pessoal.

Os pacientes com dificuldades para a mobilização devem ser incluídos, segundo o grau de imobilidade, em programa de cuidados domiciliários.

Os cuidados paliativos são uma modalidade de exercício eticamente obrigatória em pacientes moribundos, e a sua eficácia no controlo do sofrimento está amplamente reconhecida (Rosario, 2008).

Os médicos tendem a equiparar o *sofrimento* com dor e doença. O sofrimento causado pelo desintegrar da percepção da identidade depende do modo como uma pessoa define a percepção da sua identidade. Um dos erros mais comuns que nós fazemos como médicos é tratar da dor mas ignorar outras dimensões do sofrimento (McWhinney, 1994).

A *cura* ao mais alto nível não é essencialmente uma questão técnica. As técnicas são certamente úteis, mas não são suficientes por si mesmas. A essência da cura a este nível é a relação entre aquele que cura e aquele que sofre, uma relação que leva a um crescimento e auto-conhecimento naquele que sofre (McWhinney, 1994).

Os *adultos mais velhos* são clinicamente heterogéneos e, portanto, têm diferentes necessidades de prevenção com base na sua saúde e estado funcional. A expectativa de vida restante e a expectativa de vida activa devem ser consideradas na tomada de decisão sobre as actividades preventivas, tendo em conta o benefício de saúde.

Em adultos saudáveis, a prevenção da doença primária e secundária deve ser prioritária; em doentes crónicos adultos mais velhos, a prevenção terciária de sequelas deve ser a prioritária (Pacala, 2012).

Os adultos mais velhos e mais frágeis muitas vezes desenvolvem *síndromes geriátricas* (quedas, incontinência, imobilidade, confusão), concentrando-se as actividades preventivas nesses síndromes, e manifestações de doença crónica que leve à deficiência e doença iatrogénica. Em doentes terminais adultos mais velhos, a prevenção deve concentrar-se em minimizar a doença iatrogénica, além dos cuidados terminais (Pacala, 2012).

A diabetes (exemplo de doença crónica) é uma doença silenciosa, com as suas complicações escondidas, mas prontas a reduzir a qualidade de vida da pessoa, provocar-lhe sequelas graves e, por vezes, retirar-lhe a vida. O seu relevo está implícito na criação do Dia Mundial da Diabetes pela ONU, em 2007, onde se representa a união como símbolo universal da vida e saúde, e a unidade necessária à comunidade global da diabetes para responder à ameaça da pandemia (Caniço, 2012b).

6 - Antecedentes do Estudo

6.1 - Critérios de Famílias a Estudar Prioritariamente / Plano de Cuidados à Família / Indicadores da Família

Segundo Janet Christie-Seely, são critérios de escolha das famílias a estudar prioritariamente, quando haja sintomas indefinidos em doentes com grande frequência de consultas, sobre-utilização dos serviços de saúde por diferentes elementos, dificuldades de apoio aos doentes crónicos da família, com efeito mimético ("imitação" de sintomas ou doença "em cadeia" na família após doença grave de um dos membros), problemas emocionais e / ou de comportamento graves, problemas conjugais e / ou sexuais, incluindo infertilidade e dependência, triangulação (transferência de problema familiar não resolvido por 3º elemento, geralmente mais indefeso - criança), doenças relacionadas com estilos de vida e ambiente, ansiedade relacionada com mudança de fase do ciclo de vida familiar, morte na família, acidente grave com desfiguração, amputação, divórcio, etc, ou empre que o modelo biomédico se apresente inadequado ou insuficiente (Christie-Seely, 1984).

Ana Maria Costa, em "Critérios para avaliação familiar" de "A Família em Medicina Geral e Familiar, conceitos e práticas", aponta ainda as recomendações para avaliação familiar de McWhinney (doença crónica, problemas emocionais e de comportamento graves, problemas conjugais e sexuais, negligência com crianças, divórcio, desemprego, pobreza grave, necessidade de migrar), de Saultz (consumismo de consultas, diagnóstico recente de doença crónica, violência doméstica, problemas envolvendo crianças, consumo de drogas ilícitas, saúde materna / saúde infantil, morte na família ou acidente grave com desfiguração ou amputação, divórcio, má adesão terapêutica) e da American Academic of Pediatrics (doença crónica, problemas emocionais e de comportamento graves, problemas conjugais e sexuais, negligência com crianças, alcoolismo e outros problemas relacionados com estilos de vida e ambiente, divórcio, pobreza grave, dedicação excessiva laboral) (Costa, 2011).

A *classificação* do(s) tipo(s) de família encontrado(s) neste estudo constitui assim, também um elemento adicional útil que faz enquadramento com estes múltiplos critérios e leva a promover / providenciar o estudo da respectiva família, porque permite antecipar um conjunto de problemas de saúde eventuais, face à conjuntura, ordenação e / ou recombinação da família, ou pela reacção / padrão da sociedade de inserção.

Este estudo deve ser alargado a vários *métodos de avaliação familiar*, com vista ao estabelecimento de um *Plano de Cuidados à Família*.

A importância de Plano de Cuidados à Família é evidenciada pela influência na dinâmica familiar dos problemas individuais e sua consequência transversal, pelo todo familiar que é afectado em lista de problemas de saúde, pela prevenção de situações de disfunção não negligenciáveis, pela perspectiva terapêutica eventualmente curativa.

Ana Maria Costa, na mesma publicação citada, aponta em consequência os cinco *níveis de intervenção* na família de Doherty e Baird (intervenção familiar esporádica, informação e aconselhamento da família, apoio familiar e social, ajuda na resolução de problemas com avaliação sistémica e planeada e terapia familiar), e Teresa Laginha acrescenta a consulta familiar (consulta com dois ou mais elementos da família destinada a abordar um problema com repercussão na família), ainda na mesma publicação (Costa, 2011a).

O Plano de Cuidados à Família sai reforçado na sua utilidade, a partir da classificação do tipo de família, podendo constituir um complemento modelo anexo dessa classificação, no processo clínico familiar, onde conste a caracterização daquela família e sugestões de intervenção a concretizar e avaliar.

Os estudos existentes conhecidos referem-se apenas aos tipos de família *principais*, estando os restantes organizados e quantificados como “*outros tipos de família*”.

Em 2002, a *lista de utentes* do autor tinha 430 famílias, das quais 425 estavam caracterizadas, integrando 1.084 elementos, tendo cada família, em média, 2,55 elementos.

Quanto à *estrutura*, existiam 64,7% de famílias nucleares, 28,2% famílias unitárias, 5,6% famílias alargadas e 1,4% famílias recombinadas. No concelho de Coimbra, a taxa de nupcialidade era de 7,3 e a taxa de divórcio de 2,4.

Quanto à *profissão / grupos socio-económicos*, eram trabalhadores activos 48,46%, estudantes 35,34% e reformados e incapacitados 16,19%. Os grupos predominantes eram os operários qualificados e semi-qualificados (11,2%), os quadros intelectuais e científicos (10,99%) e os operários não qualificados (5,08%).

Os níveis de *escolaridade* predominantes eram os licenciados (17,2%), seguidos da habilitação com o ensino primário (8,4%) e com o ensino obrigatório (4,5%), havendo ainda 2,34% utentes sem escolaridade.

A *taxa* de envelhecimento (338), a taxa de natalidade (11), a taxa de fecundidade (38) e a taxa de absentismo (5,22), eram todas baixas.

Segundo Costa AM *et al* (2011), em lista de utentes constituída por 1921 utentes correspondendo a 646 famílias, quanto à estrutura familiar, havia 62,1% de famílias nucleares (incluindo nuclear incorporada), 5,3% de famílias alargadas, 8,8% de famílias monoparentais (69,1% por ausência ou dissolução do vínculo conjugal, 23,6% por morte de um dos elementos, e 7,3% de mães solteiras), 8,7% de famílias reconstruídas, 10,2 % de famílias unitárias (apenas 33,8% de homens, e 44,6% de idosos) e 7,9% de “outras” (Costa, 2011b).

Neste estudo, não foi apresentada distribuição das famílias, segundo a relação conjugal e segundo a relação parental.

Comparando a lista de utentes do autor com a lista de Costa AM, a primeira era menos numerosa quanto ao número de utentes (1.026 / 1921) e famílias (420 / 646), sendo a distribuição por género idêntica (52,6 / 52,4% quanto ao predomínio do sexo feminino e relação de masculinidade 90 / 90,8%).

Quanto à *idade* (lista do autor / lista de Costa AM), os utentes com idade ≤ 14 anos tem distribuição idêntica (15,7 / 16,8 %), com idade compreendida entre os 15 e os 64 anos o número de utentes é maior na lista de Costa AM (66,1 / 73,1%) e com 65 ou mais anos o número de utentes é maior na lista do autor (18,0 / 11%).

Quanto à *classe / nível sócio-económico* (lista do autor / lista de Costa AM), a maioria das famílias encontra-se no nível médio (65,7 / 42,4%), havendo discrepância nas classes média alta (19,78 / 6,0%), média baixa (12,91% / 24,1%), e nova aproximação nas classes baixa (0,82 / 2,2%) e alta (0,82 / 1,1%).

Quanto à *dimensão média das famílias* (lista do autor / lista de Costa AM), houve discrepância no número de elementos predominante (2 / 3, com 28,1 e 25,6 / 34,5 e 25,5%), e aproximação nos restantes (4 elementos – 21 / 18,7%; 1 elemento – 18 / 12,1%; 5 elementos – 4,4 / 5,7%; 6 ou mais elementos – 3 / 3,5%).

Segundo o INE 2001, a população residente na freguesia de S. Martinho do Bispo (Coimbra), local de trabalho do autor, é de 14.246, com um índice de masculinidade de 90%. Tem 5.007 agregados familiares, tendo 1 elemento 14,5%, 2 elementos 28,5%, 3 elementos 28,8%, 4 elementos 21,1% e 5 ou mais elementos 7,1% com 5, tendo havido um aumento das famílias unitárias e uma diminuição das famílias com 5 ou mais elementos, entre 1991 e 2001, acompanhando a média nacional.

Em Portugal, as famílias com 2 pessoas são as mais representativas. As menos representativas eram, em 1991, as unipessoais (13,8% do total de famílias), e, em 2001, as compostas por 5 ou mais pessoas (9,5% do total das famílias), reflexo da variação negativa (-28,6 %) deste tipo de famílias, entre 1991 e 2001 (Figura 3).

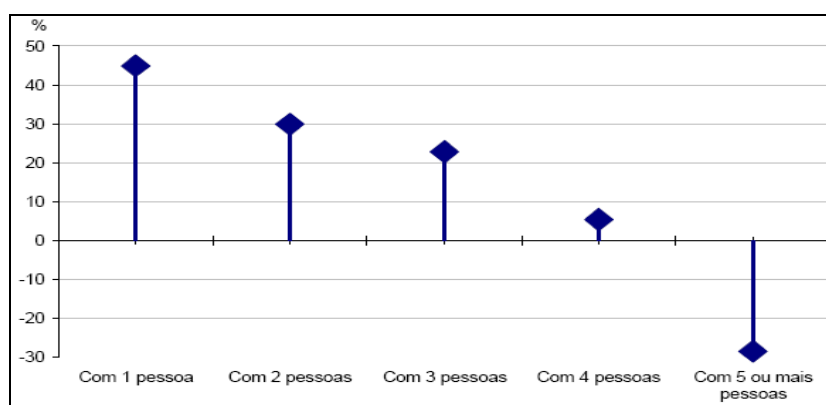


Figura 3 – Taxa de variação das famílias clássicas segundo a composição, em Portugal, entre 1991 e 2001 (Census 2001)

Segundo o INE, a dimensão média das famílias passou de 3,8 elementos em 1960, para 2,8 em 200, 2,7 em 2010 e 2,6 no Censos 2011; o número de pessoas sós passou de 11,5 em 1960, para 15,5 em 2001 e 17,7 em 2010; os casais sem filhos passaram de 14,8 em 1960, para 22,0 em 2001 e 23,0 em 2010; os casais com filhos passaram de 47,5 em 1960, para 41,1 em 2001 e 39,6 em 2010; as famílias monoparentais passaram de 5,9 em 1960, para 7,0 (6,1 femininas) em 2001 e 8,8 (8,69 femininas) em 2011; as famílias complexas passaram de 15,4 em 1960, para 10,4 em 2001 e 10,9 em 2010.

Em 2009, a *idade média* no primeiro casamento foi 30,2 anos nas mulheres e 28,6 anos nos homens, a idade média no nascimento do primeiro filho foi de 28,6 anos, e os nascimentos fora do casamento 38,1%.

Entre 2001 e 2011 (Censos) o número de *famílias clássicas* em Portugal aumentou 10,8%.

Consideram-se famílias clássicas, o conjunto de pessoas que residem no mesmo alojamento e que têm relações de parentesco (de direito ou de facto) entre si, podendo ocupar a totalidade ou parte do alojamento. Considera-se também como família clássica qualquer pessoa independente que ocupe uma parte ou a totalidade de uma unidade de alojamento.

Consideram-se *famílias institucionais*, o conjunto de pessoas residentes num alojamento colectivo que, independentemente da relação de parentesco entre si, observam uma disciplina comum, são beneficiárias dos objectivos de uma instituição e são governadas por uma entidade interior ou exterior ao grupo.

As *famílias de maior dimensão* têm vindo a perder expressão ao longo das últimas décadas. Em 2011 (Censos), as famílias com 5 ou mais pessoas representavam 6,5%, enquanto em 2001 esse valor era de 9,5% e em 1991 de 15,4%. Em sentido oposto, aumentou a importância das famílias de menor dimensão, com 1 pessoa e 2 pessoas, cuja representação é em 2011 de respectivamente, 21,4% e 31,6%.

Quanto aos *indicadores demográficos*, salientam-se menores taxas de natalidade, mortalidade, fecundidade e índice de envelhecimento da freguesia de S. Martinho do Bispo em relação à média nacional (INE 2010) (Quadro I).

A *taxa de analfabetismo* da freguesia sobrepunha-se à taxa nacional, ambas muito superiores à do concelho de Coimbra (INE 2001).

Quadro I - Indicadores demográficos (SMB, Coimbra, Portugal)

Indicador	Freguesia SMB (2001)	Concelho de Coimbra	Portugal
Taxa de Natalidade (‰)	9,2	9 (2010)	9,5(2010)
Taxa de Mortalidade (‰)	9,0	9,8 (2010)	9,96 (2010)
Taxa de Mortalidade Infantil (‰)	---	4 (2003)	2,53 (2010)
Taxa de Nupcialidade (‰)	---	4,8 (2010)	3,8 (2010)
Taxa de Divórcio (‰)	---	3 (2010)	2,6(2010)
Taxa de fecundidade (‰)	34,5	37,2 (2010)	39,8 (2010)
Índice de Envelhecimento	104,6	144 (2010)	120,1 (2010)
Taxa de Desemprego	---	6,1 (2010)	11,1 (2010)
Taxa de Analfabetismo	9,0	6,4 (2001)	9 (2001)

Na última década, o *índice de dependência total* aumentou de 48 em 2001 para 52 em 2011. O agravamento do índice de dependência total é resultado do aumento do índice de dependência de idosos que aumentou cerca de 21% na última década. O índice de dependência de jovens teve, no mesmo período, um comportamento contrário, assinalando uma diminuição de cerca de 6% (Censos 2011).

Na *Costa Rica*, segundo o Estado de la Nación, em 1997, havia 59,6% de famílias nucleares (52% com filhos não casados), 23,6% famílias alargadas (20,4% com um núcleo conjugal, 3,2% com pelo menos 2 núcleos conjugais), 10,3% famílias monoparentais, 6,3% famílias unitárias (Fernández, 2003).

Em 2000, o *Brasil* apresentava aproximadamente 45 milhões de domicílios particulares, dos quais quase 2,9 milhões (6,4%) eram domicílios em que residia mais de uma família. Nas Grandes Regiões brasileiras, observou-se uma maior incidência de domicílios com famílias conviventes nas áreas menos desenvolvidas do país. No Norte, em 10,3% dos domicílios particulares residia mais de uma família e, no Nordeste, essa proporção era de 8,4%. Em contrapartida, as outras regiões apresentaram percentagens em torno de 5% (Saboia & Cobo, 2005).

Quanto às *características familiares e descendentes de crescimento* em vários países (Bulgária, Japão, Coreia, México e Polónia), analisadas as famílias consideradas abaixo (1) e acima da média (2), segundo a cultura / rendimento / genética / habitação familiar,

os tipos de família mais encontrados (frequência 8,7 – 8,0 %) foram em 1122, 2221 e 2211 e os menos encontrados em 1221 e 2111 (4,2 – 4,3%).

Houve semelhanças, quanto aos *tipos de família*, entre as populações, a partir de regiões da Polónia com a indústria pesada e as regiões costeiras; de cidades polacas sob a industrialização e do México, a partir da cidade polaca de tamanho médio de Lublin e cidades búlgaras, a partir de aldeias polacas; de zonas de montanha polacas e cidades do nordeste, provenientes da Coreia e do Japão; de cidades polacas entre si (Wolanski *et al*, 1994).

Na *Alemanha* então Ocidental, já em 1990, as mudanças nos tipos de família iam em direcção a menos famílias multi-geracionais, pessoas mais idosas que vivem sós, menos famílias com crianças, mais famílias monoparentais e as famílias menores (Voit, 1992).

Em *Portugal* (2001 – 2003), predomina a existência de famílias clássicas com um único *núcleo*, seguida das famílias sem núcleos e com dois núcleos, pertencendo o valor mais baixo às famílias com três ou mais núcleos.

Em 1991 e 2001, os núcleos familiares conjugais *com filhos* representam mais de 60% do total de núcleos familiares de casais (67,8% em 1991 e 64,8% em 2001).

Em 2001, do total de núcleos familiares conjugais com filhos, 2,7% são núcleos familiares *reconstituídos*. Os casais de direito reconstituídos têm, em média, mais filhos do que os de facto: 2,1 filhos em média, contra 2,0, no caso dos casais de facto.

As famílias *unipessoais* representam, em Portugal, 17,3% do total de famílias (13,8% em 1991). Face a 1991, este tipo de família é o que regista o maior acréscimo (cerca de 45%).

A maioria das famílias clássicas não tem *pessoas idosas* (67,7% em 2001 e 69,2% em 1991). Por outro lado, 14,9% daquelas famílias são constituídas por idosos e outros e 17,4% só por idosos (15,8% e 14,9%, respectivamente, em 1991).

Em cerca de 14% das famílias clássicas portuguesas existe pelo menos uma pessoa *com deficiência*. A percentagem sobe para 66,8% se considerarmos as famílias institucionais,

ou seja, em cerca de 67% das famílias institucionais existe pelo menos um membro com deficiência.

Uma elevada percentagem de famílias clássicas não tem nenhuma *pessoa a cargo* (47,3%), 28,3% têm uma pessoa a cargo, 16,9% têm duas pessoas a cargo, 5,5% têm três pessoas, e 1,9% têm quatro ou mais pessoas a cargo.

Os núcleos monoparentais de *mãe com filho(s)* continuam a apresentar uma proporção superior aos de pai com filho(s) (10,0% contra 1,6%, respectivamente, do total dos núcleos).

Os núcleos familiares de *avós com netos* têm uma expressão pouco significativa no total dos núcleos: 0,5% dos núcleos são do tipo avós (ambos) com netos, 0,4% de avós (mulheres) com netos e a proporção de avós com netos é quase nula (Leite, 2003).

Quanto às *consequências* do tipo de família sobre as *crianças*, segundo estudo baseado em três síndromes do Child Behavior Checklist, as mudanças de parceiro da mãe e o conflito diádico parecem levar a problemas de comportamento infantil, com o último factor a ter impacto maior. As mães que não apresentaram alteração de parceiros e sem conflito conjugal pareciam ter filhos com menor número de problemas de comportamento (Najman *et al*, 1997).

Quanto às *consequências* do tipo de família sobre os *jovens*, no "Estudo de Utrecht de Desenvolvimento do Adolescente" Estudo (USAD), comparando com os jovens de famílias nucleares com bom funcionamento, os jovens de famílias nucleares disfuncionais mostram pior saúde física e mental, a sua fixação parental não é tão forte, tendem a beber mais álcool, fumam mais cigarros e usam mais drogas leves.

As crianças de famílias *divorciadas* têm relações em idade precoce, são mais sexualmente activos e relatam mais problemas relacionais, principalmente as meninas, sendo os efeitos pouco diferentes quando os filhos saem de casa (Spruijt *et al*, 2001).

Quanto aos *tipos de famílias* (classificadas como equilibradas, tradicionais, desconexas / disfuncionais e emocionalmente tensas) e as relações com a *saúde do adulto*, ambos os maridos e as esposas de famílias equilibradas e tradicional relataram scores mais elevados de saúde do que os cônjuges de famílias desconexas / disfuncionais e

emocionalmente tensas, mas não houve um único perfil dos score de saúde para um tipo de família em particular (Fisher & Ransom, 1995).

Quanto à **lista de utentes** do autor, existe um ligeiro predomínio do sexo feminino (52,6%), equivalente ao encontrado na população inscrita no Centro de Saúde S. Martinho do Bispo.

A relação de masculinidade da lista de utentes é 90,0%, inferior à do CSSMB (91,9%) e à nacional (91,5%) (Census 2011). Em 2001, a relação de masculinidade era de 93,4 mulheres por 100 homens.

No Centro de Saúde S. Martinho do Bispo a percentagem de não portugueses é idêntica (1,4%), e engloba 44 nacionalidades diferentes.

A totalidade da população portuguesa apresenta cerca de metade de divorciados/as (2,8%), maior percentagem de viúvos (6,5%) e idêntica percentagem de solteiros (36,8%) (segundo INE 2003).

O 1º ciclo continua a ser o grau de escolaridade predominante (29,5%), à semelhança dos dados nacionais, embora em percentagem menor (37,8% segundo Census 2001).

A percentagem de utentes do ficheiro com ensino superior (25,2%), é significativamente superior à nacional (15,4% segundo INE 2010). Entre as razões para este facto encontram-se a forte tradição académica e universitária da cidade de Coimbra, e a proximidade de 1 hospital central e 2 escolas superiores de saúde, além do Centro de Saúde.

A percentagem de utentes com ensino secundário (12,9%) é inferior à nacional (34,4% segundo INE 2010).

A taxa de analfabetismo (relação entre a população com ≥ 10 anos que não sabe ler e escrever e a população total com ≥ 10 anos) é de 2,1%, substancialmente inferior à nacional (9,0% segundo Census 2001).

A taxa de desemprego na lista de utentes (4,1%) é inferior ao valor nacional (11,1%) (segundo INE no quarto trimestre 2011) e ao valor concelhio em 2001 (6,1%) (segundo Census).

A maioria das famílias tem 2 ou 3 elementos (53,7% no seu conjunto), tal como nas freguesias servidas pelo Centro de Saúde S. Martinho do Bispo (58%).

Nestas freguesias, no período entre 1991 e 2001, houve um aumento das famílias unitárias e uma diminuição das famílias com 5 ou mais elementos, acompanhando a média nacional (Census 2001).

O número médio de elementos por família é de 2,44, inferior ao das freguesias servidas pelo Centro de Saúde S. Martinho do Bispo (2,8 no Census 2001, 2,6 no Censos 2011), ao município de Coimbra (3), e ao número nacional (2,7 pessoas por família, segundo INE, Inquérito ao Emprego, 2010).

As famílias monoparentais estão a aumentar em Portugal, tendo aumentado 39,3% entre 1991 e 2001, mas a percentagem no ficheiro era inferior ao valor nacional nos Censos 2001 (11,5%).

Hernâni Caniço analisou os tipos de família, em número e especificação, designados pelos alunos do 6º ano da FMUC, na abordagem de família destinada a apresentação de trabalho sobre “A Família”, constante de avaliação da Área de Estágio em MGF no ano lectivo 2011 / 2012, constante de 270 trabalhos.

Segundo o tipo de família, foram classificadas 266 famílias (98,5%), correspondendo a 276 tipos de família identificados, quanto à estrutura e dinâmica familiar; 152 famílias, quanto à relação conjugal (56,2%); e 146 famílias, quanto à relação parental (54%). Tal indica uma aplicação generalizada, aceite e adaptada, quanto à estrutura e dinâmica familiar, sendo a classificação quanto à relação conjugal e à relação parental menos acentuada por não existência desse enquadramento nalgumas famílias estudadas (famílias monoparentais e famílias unitárias).

Quanto à **estrutura e dinâmica familiar**, foram encontradas, por ordem decrescente, 155 famílias nucleares (56,2%), 26 famílias alargadas (9,4%), 23 famílias unitárias (8,3%), 22 famílias monoparentais e 22 famílias reconstruídas (8,2% cada), 6 famílias descontroladas (2,2%), 5 famílias com dependente e 5 famílias grávidas (1,8% cada), 3 díade nuclear, 3 famílias com fantasma e 3 famílias flutuantes (1,1% cada), 1 família com prole extensa, 1 família comunitária e 1 família adoptiva (0,3% cada) (Quadro II).

Quadro II – Tipo de Família, quanto à estrutura / dinâmica global, segundo alunos do 6º ano

Tipos de Família – Estrutura	N	%
Nuclear	155	56,2
Alargada	26	9,4
Unitária	23	8,3
Monoparental	22	8,0
Reconstruída	22	8,0
Descontrolada	6	2,2
Com dependente	5	1,8
Grávida	5	1,8
Díade nuclear	3	1,1
Com fantasma	3	1,1
Flutuante	3	1,1
Prole extensa	1	0,3
Comunitária	1	0,3
Adoptiva	1	0,3

Assim, foram encontrados 14 tipos de família, segundo a estrutura e dinâmica familiar, não sendo registados casos de 7 tipos de família: família homossexual, família dança a dois, família de co-habitação, família hospedeira, família consanguínea, família acordeão e família múltipla.

A família predominante foi a família nuclear e a menos numerosa a família adoptiva.

O facto de se ter encontrado maior número de tipos de família (276) do que o número de famílias estudadas (266), deve-se ao facto de haver alunos que assinalaram mais de uma hipótese, o que está correcto, visto que qualquer família poderá apresentar características pertencentes a um ou vários tipos de família.

Havendo uma classificação precedente aplicada apenas com 5 tipos de família, a detecção de 14 tipos de família devidamente documentados constituiu um avanço qualitativo na leccionação e seus componentes no estudo dos tipos de família, inclusive do tipo de família designado “família grávida”, criado pelo autor *et al.*

Não foram seleccionadas famílias pelos Tutores da FMUC correspondentes a 7 tipos de família, segundo a estrutura e dinâmica familiar, por não existentes na amostra tratada, ou porque não foram todas as famílias classificadas adequadamente pelos alunos.

As famílias selecionadas pelos Tutores eram prioritariamente disfuncionais, segundo a orientação docente adoptada, embora não fosse impeditivo o estudo de uma família que à partida seria funcional, mas se poderia demonstrar, através dos métodos de avaliação familiar aplicados, a sua não funcionalidade.

Tais observações implicam a necessidade de mais formação a alunos e Tutores, em educação médica futura.

Quanto à **relação conjugal**, foram encontradas, por ordem decrescente, 91 famílias tradicionais (59,8%), 35 famílias modernas (23,0%), 25 famílias companheirismo (16%), 3 famílias paralelas (2,0%) e 2 famílias fortaleza (1,3%) (Figura 4).

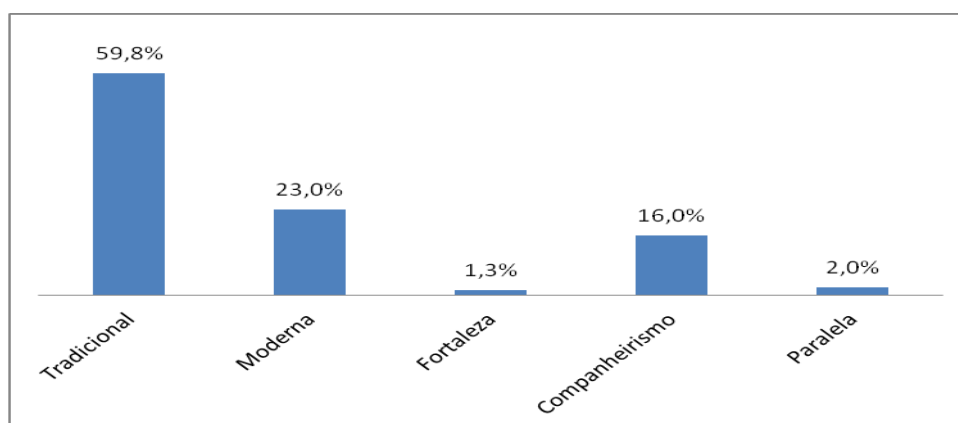


Figura 4 - Tipo de Família, quanto à relação conjugal, segundo alunos do 6º ano

Assim, a família predominante foi a família tradicional e a menos numerosa a família fortaleza.

Foram encontrados 5 tipos de família, segundo a relação conjugal, não sendo registados apenas casos de família associação, o que pode dever-se aos mesmos motivos citados para a classificação dos tipos de família, segundo a estrutura e dinâmica familiar.

O facto de se ter encontrado maior número de tipos de família (156) do que o número de famílias estudadas (152), deve-se ao facto de haver alunos que assinalaram mais de uma hipótese, o que está correcto, visto que qualquer família poderá apresentar características pertencentes a um ou vários tipos de família.

Quanto à **relação parental**, foram encontradas, por ordem decrescente, 112 famílias equilibradas (76,7%), 9 famílias permissivas (6,1%), 7 famílias sem objectivos (4,8%),

5 famílias superprotectoras e 5 famílias centradas nos filhos (3,4% cada), 4 famílias rígidas e 4 famílias centradas nos pais (2,7% cada) (Figura 5).

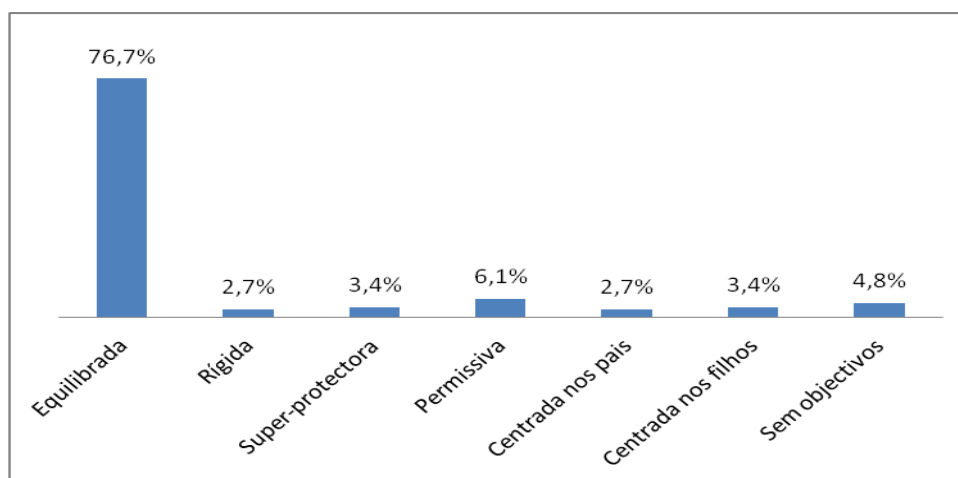


Figura 5 - Tipo de Família, quanto à relação parental, segundo alunos do 6º ano

Assim, foram encontrados, segundo a relação parental, todos os 7 tipos de família caracterizados, com a devida justificação etiológica e conjuntural pelos alunos finalistas e comprovação do avaliador, inclusive do tipo de família designado “família centrada nos pais”, criado pelo autor *et al.*

Encontrou-se o mesmo número de tipos de família e o número de famílias estudadas (146), tendo os alunos identificado um tipo de família por cada família, não havendo famílias que apresentassem características pertencentes a vários tipos de família.

Comprovou-se a aplicabilidade da classificação dos tipos de família pelos estudantes, de forma massiva, o que constituiu uma mais-valia para o conhecimento e interpretação das famílias estudadas (com erros mínimos detectados na avaliação académica efectuada), e para a elaboração dos planos de cuidados à família.

Hernâni Caniço analisou então, também os planos de cuidados à família, elaborados pelos alunos do 6º ano da FMUC, e respectiva cotação por si atribuída na docência.

Assim, a média de pontuação atribuída na elaboração do plano de cuidados à família adequado foi de 0,63 (12,6 valores numa escala de 0 a 20 valores), e nos comentários ao plano elaborado a média foi de 0,53 (10,6 valores numa escala de 0 a 20 valores).

Constatamos e temos de reconhecer a insuficiente preparação dos alunos para a adequação dos planos de cuidados à família à boa caracterização das famílias que efectuaram no trabalho académico, conforme o demonstra a classificação / avaliação atribuída, apenas suficiente e não de excelência.

Tal facto justifica estudos complementares (como este estudo que julgamos poderá contribuir), recomposição da bibliografia disponível, elaboração de novos materiais didácticos, reforço formativo e formador, e experiência continuada de Assistentes, Tutores e Alunos.

6.2 - Métodos de avaliação familiar

Aplicámos vários métodos de avaliação familiar *tradicionais* na lista de utentes / ficheiro clínico do autor, destacando o ciclo de vida de Duvall e o apgar familiar, tendo utilizado ainda em casos seleccionados, o genograma familiar com psicofigura de Mitchell, o círculo de Thrower, as escalas de Graffard, Segóvia Dreyer, Emílio Imperatori e Holmes e Rahe, o modelo de Olson, a linha de vida de Medalie, o ecomapa, a dinâmica familiar de Minuchin.

Não existe um método de avaliação familiar *ideal*, que nos permita caracterizar a família, envolvendo todas as vertentes de acção e articulação, e permita estabelecer um plano de cuidados que a ajude.

Cada um dos métodos de avaliação familiar tem as suas *indicações* clínicas, vantagens e limitações, aplicáveis no contexto clínico específico, com prioridade sobre outros métodos, mas também com inconvenientes que restringem o âmbito dos seus resultados.

Os métodos têm múltiplas *áreas*, que ainda assim se complementam com áreas de outros métodos, com os inconvenientes da multiplicidade e da sua aplicabilidade, em tempo e interpretação.

Por vezes, encontram-se *resultados* contraditórios em (dis) funcionalidade da família, o que leva a factores de confundimento, rigor da interpretação duvidosa e dificuldade de estabelecimento ou de adequação de plano de cuidados à família.

A generalidade dos métodos de avaliação familiar em uso corrente na clínica tem um carácter de *antiguidade*, que leva a que, embora os pressupostos não se encontrem desactualizados, o circunstancialismo temporal, as inovações na organização familiar, a modernidade da sociedade contemporânea, a velocidade da comunicação e seus agentes, as exigências de vida mundana, a sociedade do presente e futuro, não permitam conclusões correntes e dinâmicas na actualidade.

Por isso, há necessidade de ter em conta todos estes factores, sem desprimor para a mais-valia e o rigor académico dos métodos, para o mérito de todos os criadores e intervenientes no processo de aplicação dos métodos, e para o sucesso devidamente documentado da sua aplicação, particularmente em *cuidados à família*, incluindo os níveis de intervenção familiar e a terapia familiar.

Os *determinantes* na Saúde da Pessoa citados nos objectivos deste estudo “Os novos tipos de família e novo método de avaliação em saúde da pessoa – Apgar Saudável” (a realização pessoa, a família, o trabalho, os amigos, a sociedade, os estilos de vida, as morbilidades) fundamentam a criação de um novo método de avaliação familiar “Apgar Saudável” e a sua aplicação, cujos resultados se apresentarão e comentarão, de forma a encontrar um método oportuno e validado.

Exemplificando, quanto ao *ciclo de vida de Duvall*, conceptualiza as fases ou etapas do ciclo de vida familiar, definindo para cada uma os problemas e tarefas específicas a realizar, tem como vantagens ser rápido e de simples execução e importante em medicina preventiva, mas tem como limitações o facto de as 8 fases se aplicarem apenas à família nuclear, ter tarefas descritas para as famílias americanas dos anos 70, haver mudanças no tipo de família e alterações dos papéis familiares, haver necessidade de identificar novas tarefas para cultura e estrutura familiar portuguesa (Duvall, 1977; Barnhill & Longo, 1978; Hoffman, 1980; Carter & McGoldrick, 1980; Williams, 1983; Christie-Seely *et al*, 1984; Agostinho & Rebelo, 1988).

Verificámos que a maioria das famílias (23,2%) se encontra na fase VI (famílias com filhos adultos jovens), seguidas das fases VIII e IV (Figura 6). As famílias com filhos pequenos (II) e com filhos em idade pré-escolar são as menos frequentes, concordante com uma população de envelhecimento. As famílias idosas ocupam o 2º lugar (17,2%). As famílias sem filhos representam 11,1% das famílias do ficheiro, valor inferior à

população portuguesa (30,9% nos Censos 2001). Registe-se ainda que a maioria das famílias da lista não é nuclear (52,9%), não sendo aplicável o método.

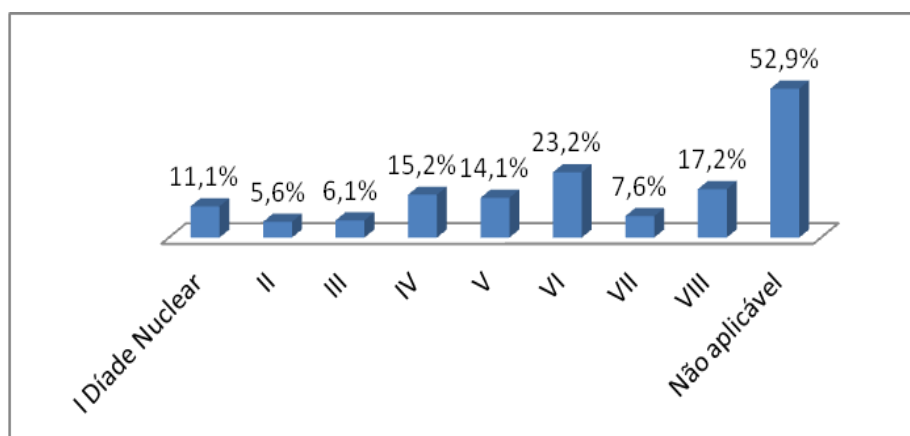


Figura 6 - Distribuição das Famílias por fase do Ciclo de Vida de Duvall

Segundo Costa AM, a maioria das famílias encontra-se na fase V, seguidas das fases VI e VIII, relativamente às fases do ciclo: I – 5,1%; II – 3,9%; III – 4,8%; IV – 7,0%; V – 15,5%; - VI – 10,1%; VII – 4,6%; VIII – 8,2%; não aplicável – 40,9% (Costa, 2011b).

Outro exemplo, quanto ao *apgar familiar de Smilkstein*, tem como indicações clínicas sempre que ocorra doença grave, crónica ou incapacitante em qualquer elemento da família, e somatização por consumismo, muitas queixas por consulta, grande lista de problemas, dor crónica.

Tem como vantagens, a validade e credibilidade já testadas, a fácil execução, ser excelente indicador da (dis)função familiar, mas tem como limitações a difícil compreensão por doentes de baixo nível cultural, só avalia grau de satisfação familiar que o doente admite ou verbaliza, tem baixa especificidade, e é um valor limitado temporalmente (Smilkstein, 1978; Smilkstein, 1979; McWhinney, 1981a; Agostinho & Rebelo, 1988).

Foram analisadas 31 famílias mediante a sua aplicação. As famílias estudadas foram escolhidas por apresentar alguma das indicações clínicas deste método. Verificou-se 1 caso de disfunção severa e 5 casos de disfunção moderada, sendo as restantes famílias altamente funcionais (Quadro III).

Quadro III – Resultados do Apgar Familiar na lista de utentes

APGAR Familiar de Smilkstein	N	%
Altamente Funcional	25	80,7
Disfunção Moderada	5	16,1
Disfunção Severa	1	3,2

Costa, A.M., classificou as famílias segundo o *risco familiar* (escala de Segovia Dreyer), encontrando 88,9% de famílias com baixo risco, 9,4% com médio risco e 1,7% com alto risco, sendo as famílias monoparental e alargada as de maior risco, e os factos contributivos para o risco os problemas ligados ao álcool, os filhos com carências afectivas graves e consumo de drogas ilícitas por membros da família (Costa, 2011).

Em estudo aplicado na Polónia, a partir da utilização do *apgar familiar de Smilkstein*, demonstrou-se que a satisfação das mulheres a partir da (boa) função familiar, provou ser um factor que contribui significativamente para o nível mais baixo de stress global e constitui uma barreira contra a ocorrência de perturbações mentais (Sprusinska, 1994).

A prática médica de *genogramas familiares* melhora a qualidade da comunicação e atendimento ao paciente (Rodie *et al*, 1999).

Um genograma é uma excelente ferramenta a ser usada para classificar as famílias de acordo com as etapas do ciclo vital da família (De La Revilla, 1998).

O genograma familiar aplicado em estudo de prevenção de maus tratos infantis, forneceu mais informações a vários níveis, que refletem as habilidades práticas para aplicar a mudança, avaliam a cultura de mudança, descrevem a dinâmica de organização e são ferramenta útil antes de iniciar novos programas (Abatemarco *et al*, 2012).

O genograma é uma forma abrangente de avaliação sistemática, que tem aplicação nos cuidados paliativos domiciliários, e pode ser utilizado para auxiliar o paciente e a família através do processo de morte e período de luto (Herth, 1996).

O genograma familiar foi útil, quanto às famílias exiladas da Croácia e seu retorno, no sentido clínico de ajudar as famílias de forma psicoterapêutica, mas foi também uma metodologia orientada para evocar a história familiar e proporcionar conhecimento válido sobre a família diferente e suas circunstâncias de vida (Spoljar-Vrzina, 2000).

Genogramas e *ecomapas* são ferramentas visuais para avaliação e planeamento da assistência a crianças e adolescentes (Praeger, 1994).

A utilização de genograma e ecomapa na pesquisa qualitativa das interações de suporte e não suporte vivenciadas por cuidadores familiares do sexo masculino, facilitou maior compreensão das redes sociais como um contexto para cuidar, promoveu um processo de relação entre o investigador e o participante, permitiu achados a descoberto, tal como potencial não realizado em rede social do participante que não pode ser revelada com a utilização do genograma ou o ecomapa sozinhos, ou a utilização não comparativa de ambos (Rempel *et al*, 2007).

O *círculo familiar de Thrower* ilustra os padrões de proximidade e distância, de poder e de tomada de decisão, de alianças e fronteiras na família. É uma fonte de informação sobre dinâmica familiar e é útil para estabelecer metas para as mudanças no sistema familiar (Thrower *et al*, 1982).

A *escala de Holmes e Rahe* pode ser usada para identificar tentativas de suicídio. Os eventos de vida que melhor caracterizam potenciais tentativas de suicídio são a mudança frequente de argumentos, a separação conjugal e os ferimentos (Blasco-Fontecilla *et al*, 2012).

Em grávidas, ao avaliar a sensibilidade dos factores de risco na identificação do antigénio de superfície da hepatite B (HbsAg), um número maior de HBsAg positiva foi encontrada entre as mulheres incluídas na classe 5 da escala de Graffar (Costa *et al*, 1992).

Uma maneira simples para ilustrar o que acontece numa família, através do seu desenvolvimento, é a *linha de vida familiar de Medalie*, no qual uma tira vertical numa página em branco e dos lados são colocados datas e eventos transcendentais que orientam o pesquisador (Owens, 1990).

Como já referimos, Smilkstein, após a elaboração do apgar familiar, desenhou versões para valorizar a disfunção nas relações com o trabalho e os amigos (*Work Apgar* e *Friends Apgar*), o que comprova a coerência e oportunidade de inclusão das vertentes trabalho e amigos no “Apgar Saudável”.

A inclusão dos itens “família”, “amigos” e “trabalho” no “Apgar Saudável”, além dos restantes itens / capítulos do “Apgar saudável” (realização pessoal, sociedade, estilos de vida, morbidades) está já justificada no articulado.

O autor, Hernâni Caniço, analisou os métodos de avaliação familiar, em número e especificação, utilizados pelos alunos do 6º ano da FMUC, na abordagem de família destinada a elaboração de monografia familiar, constante de avaliação da Área de Estágio em MGF no ano lectivo 2011 / 2012.

A amostra que analisou (69 alunos / 69 trabalhos) foi significativa, tal como o número de métodos de avaliação familiar descritos e aplicados pelos alunos (8,5 métodos por aluno, variando entre 13 e 5 métodos utilizados).

O elevado número de métodos estudados demonstra o propósito de fazer boa caracterização familiar, de forma a aplicar adequado plano de cuidados à família, o que, como também já verificámos, não teve a mais competente qualificação.

Mas indicia também a ausência de um (ou mais) métodos, que melhor definam essa caracterização familiar no seu todo, não permitindo uma visão global da saúde da pessoa, para além da família.

É necessário recorrer a múltiplos métodos (e diversificados, com várias grelhas, escalas e itens, não articulados entre si) para a detecção de problemas em saúde e problemas familiares, com sucesso relativo, em função da avaliação parcelar, da contradição e do impacto reduzido no plano de cuidados à família.

A maioria dos alunos utilizou 8 a 10 métodos de avaliação familiar, mas não ultrapassou as limitações dos métodos, não deduzindo todas as vertentes extraídas da avaliação nem as complementando com os níveis de intervenção na família.

O *genograma familiar*, a *psicofigura de Mitchell* e o *apgar familiar* foram utilizados por todos os alunos, e o círculo de Thrower por quase todos (97,1%), além de outros 9 métodos terem sido utilizados, em profusão (factores de risco, risco familiar, ciclo de Duvall, escala de Graffard e ecomapa) ou menos frequentemente (escala de Holmes e Rahe, modelo de Olson, linha de vida de Medalie e dinâmica familiar de Minuchin), mas o seu enquadramento não inverteu o nível de impacto necessário.

Segundo o Dicionário de Filosofia, tem-se um método quando se segue um certo caminho, para alcançar um certo fim, proposto de antemão como tal, sendo que o tipo de realidade que se pretende conhecer determina a estrutura do método a seguir, e sendo um erro instituir e aplicar um método inadequado. O método procura encontrar a proposição verdadeira, e a demonstração consiste em encontrar a razão pela qual uma proposição é verdadeira (Mora, 1989e).

Foi o que nos propusemos com a aplicação do questionário “Apgar Saudável” e a criação de novo método de avaliação em saúde da pessoa – Apgar Saudável, com base em todo o exposto nesta Tese.

6.3 - Questionário “Apgar Saudável”

Segundo o Censos 2011, o maior grupo da população (47%) era *casado*. O grupo dos indivíduos solteiros é o segundo mais representativo com 40%. As restantes categorias do estado civil, divorciado e viúvo, aparecem com uma expressão muito menor, respectivamente 6% e 7%.

A composição do *estado civil* por sexo segue genericamente o mesmo padrão. O estado civil de casado predomina tanto no grupo dos homens como no das mulheres e o grupo dos solteiros é o segundo mais importante estado civil em ambos os sexos. No grupo dos solteiros predominam os homens com 51,6% contra 48,4% de mulheres.

Outra das diferenças entre homens e mulheres diz respeito ao estado civil de divorciado e de viúvo. As mulheres são maioritárias, com 58,6% do total da população divorciada e 81% da população viúva.

Citando Fausto A., dos casamentos realizados em 2003, 10,8% dos homens e 8,9% das mulheres eram divorciados / as, 1,4% dos homens eram viúvos e 0,9% das mulheres eram viúvas (Fausto, 2004).

Ser saudável, além das múltiplas definições já adoptadas, significa estar bem, ser feliz.

Mas a noção de *felicidade* varia de acordo com as doutrinas éticas.

Os eudemonistas, defensores da ética material, colocam a felicidade como bem supremo e como finalidade (bem-estar, contemplação, prazer, etc.). Os cirenaicos ressaltam o prazer dos sentidos ou prazer material como fundamento do prazer espiritual. Para os

cínicos, desprezam todo o saber que não conduz à felicidade, entendida como vida tranquila, sendo o prazer o produtor da infelicidade (Mora, 1989f).

Aristóteles identifica a felicidade com vários bens, desde a virtude, a sabedoria prática, a sabedoria filosófica, ou todas elas acompanhadas ou não de prazer ou de prosperidade. Para Santo Agostinho, a felicidade é a posse do verdadeiro absoluto, Deus. São Tomás considerou a felicidade como beatitude, um bem perfeito de natureza intelectual. Kant, como os autores modernos, consideram que a felicidade nunca é um bem em si mesmo, dado que para saber o que é a felicidade é necessário conhecer o bem ou bens que a produzem.

Assim, a felicidade é um conceito que pertence ao entendimento, não é o fim de nenhum impulso, mas sim o que acompanha toda a satisfação (Mora, 1989f).

Investigadores da University of South Florida (2012) descobriram um gene, a forma menos activa da monoaminoxidase A (MAOA), que aparentemente torna as pessoas felizes, mas que só parece ter impacto sobre as mulheres.

Essa forma estimula os níveis de monoamina, permitindo que a serotonina e a dopamina permaneçam mais tempo no cérebro e influenciem positivamente o humor, enquanto a versão mais activa do gene elimina mais rapidamente os neurotransmissores responsáveis do bem-estar.

Neste estudo, além do factor genético, foram considerados a idade, a educação, os rendimentos e outros elementos sociais.

Suspeita-se que a testosterona poderá anular o efeito positivo do gene, estudo a aprofundar (Chen *et al*, 2012).

Já citados os estudos publicados no Journal of Epidemiology and Community Health (24.06.11), demonstrativo que os homens cultos são mais felizes e saudáveis; no PloS Medicine (30.07.10), demonstrativo que ter rede social e familiar é indicativo de vida saudável; e no Philips Index: saúde e bem-estar em Portugal 2011, que avaliou o grau de importância e de satisfação da população relativamente a 5 áreas relacionadas com a saúde e o bem-estar (a família e amigos, o bem-estar, o estado físico, a comunidade em que vivemos e onde trabalhamos), concluindo que a relação com a família e os amigos é a chave para o bem-estar de mais de 98,5% dos inquiridos.

Também citámos profusamente o apgar familiar, o apgar dos amigos e o apgar laboral de Gabriel Smilkstein, como métodos de avaliação familiar, tal como o apgar de apoio social, de Willsey PJ (Pascal Metrics Inc.), aplicado em vigilância integrada perinatal (Norwood, 1996).

À saúde e à felicidade, junta-se a *harmonia familiar* como elemento central do funcionamento da família (Lam *et al*, 2012).

A intervenção que aumente o capital social e de participação, em qualquer idade, pode aumentar a felicidade de forma geral, a saúde e a reabilitação (Cooper *et al*, 2011).

A *felicidade* pode ser um indicador do progresso nacional, em vez de confiar no produto interno bruto (PIB), estando o primeiro índice de felicidade do povo britânico (GWB – bem-estar geral) previsto para ser publicado em 2012 (Ghent, 2011).

A felicidade, como objectivo final em todos os indivíduos, no reino do Butão, levou à criação do indicador *Felicidade Interna Bruta*, com os seus domínios e modelo dedutivo, e a componente de 20 fontes de felicidade (segurança financeira, acesso rodoviário, educação, boa saúde, relações familiares, produtividade agrícola, acesso à electricidade, necessidades básicas, propriedade do terreno, propriedade da casa, boa governação, infra-estruturas de saúde e instalações, fé e espiritualidade, relacionamento com a comunidade, satisfação laboral, segurança nacional, disponibilidade de instalações em comunicação, ambiente, prática desportiva, viagens ao estrangeiro), em esforço para o crescimento económico sem comprometer o bem-estar da população, como paradigma moderno do desenvolvimento (Tobgay *et al*, 2011).

A função de *cuidador* combinada com *emprego* remunerado ou voluntariado proporciona maior felicidade, confirmando a suposição do bem-estar subjectivo (cuidadores mais felizes se «6 horas por semana, menos felizes se »11 horas por semana) (Van Campen *et al*, 2012).

Quanto aos pacientes *institucionalizados* em cuidados de longa duração, o aumento das visitas à família, a acessibilidade e a interacção com as famílias, aumentam a felicidade desses moradores (Lin *et al*, 2012).

O *voluntariado* está relacionado com aumento da felicidade, independentemente da etnia, sendo a relação entre voluntariado e felicidade moderada por recursos económicos (Dulin *et al*, 2012).

O *trabalho* foi associado a menor stress, maior felicidade e menor desejo de drogas em pacientes dependentes de drogas em tratamento ambulatorio (Epstein & Preston, 2012).

A quantidade de *estudo* e tendência para a *leitura* estão entre os mais importantes índices de crescimento humano em termos de capacidades potenciais para alcançar uma vida humana perfeita e para prevenir o pensamento unidimensional. Encontrar a forma de incentivar os alunos a estudar é considerado essencial para alcançar uma sociedade saudável e desenvolvida (Baharami *et al*, 2011).

A saúde mental e o bem-estar físico são factores-chave que determinam a percepção positiva do *envelhecimento*, sendo também aspectos relevantes os aspectos psicológicos como a auto-estima e a resiliência (Tumminelo *et al*, 2011).

A combinação de actividades de esforço com actividades repousantes leva a maior felicidade dos idosos, desempenhado ainda um papel decisivo para a felicidade os traços da personalidade e a extroversão (Oerlemans *et al*, 2011).

OBJECTIVOS

São objectivos principais de estudo:

- 1 - Caracterizar o TIPO DE FAMÍLIAS da lista de utentes do médico de família, segundo a estrutura / dinâmica global, a relação conjugal e a relação parental, durante o período de estudo.
- 2 - Criar um novo método de avaliação em Saúde da Pessoa, designado “APGAR SAUDÁVEL”.

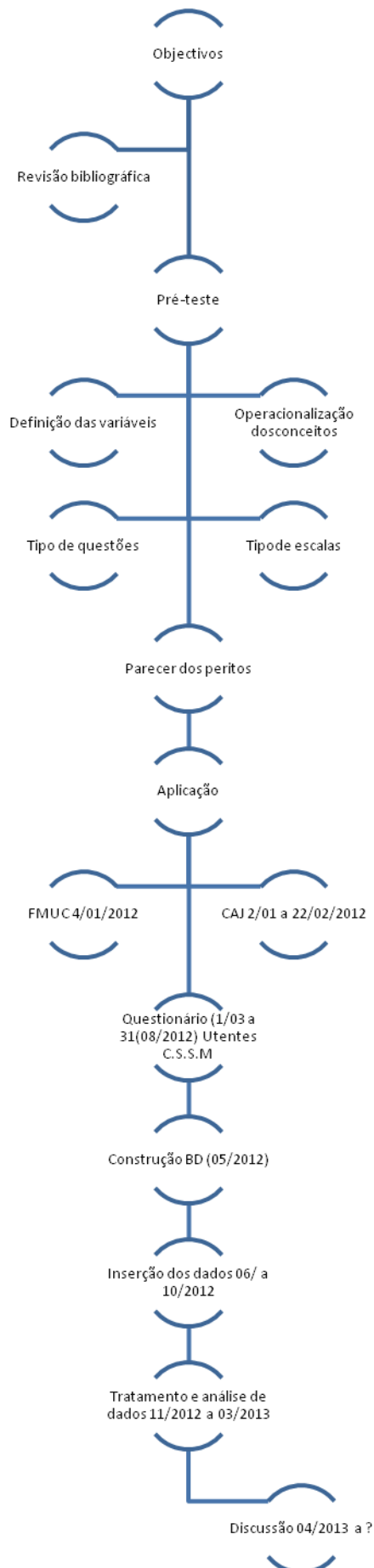
MATERIAL E MÉTODOS

1 - Tipo de Estudo

Propomos um estudo de carácter quantitativo através da aplicação de inquéritos que pretende caracterizar o tipo de famílias e um novo método de avaliação em saúde da pessoa (APGAR SAUDAVEL). As técnicas de investigação assumem um carácter qualitativo e apresentam-se sob a forma de entrevista estruturada semi-directiva, pois é encaminhada por perguntas relativamente abertas, que não obedecem necessariamente à ordem que está anotada no guião. A metodologia da observação será não-estruturada. É assim usada como técnica exploratória porque o método é especialmente adequado à análise do não-verbal e daquilo que ele revela: as condutas instituídas e os códigos de comportamento da população em geral e por grupos específicos (estudantes e habilitados/qualificados jovens, aposentados). Para esta análise serão considerados os resultados obtidos, nomeadamente as medidas de frequência e medidas de associação.

2 - Plano de Estudo

2.1 Flowchart



2.2 - O Pré-Teste¹

Atendendo ao objectivo 2 deste estudo, consideraram-se 7 áreas de análise em saúde da pessoa e respectivos critérios, criados pelo autor (Caniço *et al*, 2010), justificados na discussão, que sustentaram a construção do instrumento (pré-teste) com o intuito de os analisar. Deste modo, formularam-se questões que pretenderam analisar as seguintes áreas / critérios:

A.1 - A **REALIZAÇÃO PESSOAL**, que inclui *Áreas* de análise, a Saúde, o Bem-estar, o Lazer e o Perfil.

São critérios quanto à **saúde**, a saúde física, a saúde mental, a saúde afectiva, a saúde sexual e a saúde familiar.

São critérios quanto ao **bem-estar**, a profissão / emprego, o factor económico-financeiro, os objectivos de vida, a capacidade de realização / acção e a rede de relações humanas.

São critérios quanto ao **lazer**, os hobbies / entretenimentos, a competição, a formação / aprendizagem, ser útil e a fruição.

São critérios quanto ao **perfil**, a responsabilidade / irresponsabilidade, o empenho / desinteresse, a dedicação / desmotivação; a tranquilidade / distress, a ponderação / irreflexão, o equilíbrio / surtos; a descoberta / quotidiano, inovação / falta de criatividade, aventura / moderação; a solidariedade / egocentrismo, emoção / frieza, apaixonado / não gostar; a alegria / tristeza, divertido / aborrecido, comunicação / incomunicação). Aborda-se o perfil, entendido como personalidade e carácter.

¹ Quando uma primeira versão do questionário fica redigida, ou seja, quando a formulação de todas as questões e a sua ordem são provisoriamente fixadas, é necessário garantir que o questionário seja de facto aplicável e que responda efectivamente aos problemas colocados pelo investigador (Ghiglione & Matalon, 2005).

Então, o questionário deve ser aplicado a um pequeno grupo de pessoas, com o objectivo de saber se elas entenderam o significado do questionário e das perguntas.

Esta situação permite-nos saber como as questões e respostas são compreendidas, permite-nos evitar erros de vocabulário e de formulação e salientar recusas, incompreensões e equívocos (*idem*, 2005).

Com a elaboração do pré-teste, podemos avaliar a taxa de recusas, conhecer a forma como as pessoas reagem ao questionário e se a ordem das questões não coloca nenhum problema.

Podemos também constatar se há questões às quais quase todas as pessoas respondem da mesma forma, o que as torna muito pouco úteis para análises mais finas, realizadas através do cruzamento com outras questões.

A.2 – A **FAMÍLIA**, as *Áreas* em análise são o **tipo de família** (quanto à estrutura / dinâmica global, à relação conjugal e à relação parental), o **grau de satisfação familiar**, a **funcionalidade da família** e a sua **transformação**, com mudança da composição e dinâmica.

A.3 – O **TRABALHO**, consideraram-se 5 *Áreas* de análise, o estatuto profissional, as relações laborais, a remuneração, a igualdade de oportunidades e a influência do trabalho na família.

São critérios para o **estatuto profissional**, a profissão, o trabalho e emprego, o local de trabalho, a duração e horário de trabalho, as condições logísticas e materiais.

São critérios para a **relação laboral**, os colegas, o ambiente, a organização, a entidade patronal, os contactantes.

São critérios para a **remuneração adequada** o valor pessoal, o trabalho, a preocupação, a sustentabilidade, o excesso.

São critérios para a **igualdade de oportunidades**, a competição, a promoção, os dividendos, os recursos humanos, a igualdade de género.

São critérios para a **interacção com a família**, a independência, a afectividade, a produtividade, os conflitos, o equilíbrio.

A.4 – Os **AMIGOS**, consideraram-se 4 *Áreas* de análise, as suas características, as capacidades, as redes de amigos e o grau de importância / influência.

São critérios para as **características**, a afeição, a estima, o companheirismo, a dedicação, o apreço / gosto / interesse, ser partidário de uma causa, o conforto, ser aliado, a diversão, ser amigo da família, o amiguismo.

São critérios para as **capacidades**, a atracção, a competência, a parceria, a experiência, a confiança.

São critérios para analisar as **redes** de amigos, as redes sociais, os grupos de reflexão, os grupos de intervenção / acção, a (in) utilidade, o isolamento / não existência de rede.

São critérios para analisar o grau de **importância** / influência dos amigos, ser exemplo, servirem como desabafo / ponderação, dar ânimo ou desânimo, gerar mobilização – acção, ser “cunha” e solução.

A.5 – A **SOCIEDADE**, inclui as *Áreas*, rede social, voluntariado, motivação e preocupações sociais, tipos de organizações, instituições e associações, e contributo da sociedade.

São critérios quanto à **rede social**, ser dirigente, ter intervenção comunitária, ser solidário com causas, apoiar iniciativas, ignorar movimentos de opinião e acção social.

São critérios quanto ao **voluntariado**, o bem-estar pessoal, o sentido de missão, a solidariedade, o protagonismo e publicidade, a natureza dos fins.

São critérios quanto à **motivação**, a não socialização, o activismo, o combate ideológico e pragmático, o interesse em organizações, instituições e associações.

São critérios quanto ao **tipo de organizações, instituições e associações**, os clubes desportivos, os grupos culturais, as agremiações recreativas, associações cívicas, os partidos políticos e as organizações humanitárias.

São critérios quanto ao **contributo da sociedade**, os recursos economico-financeiros, a segurança e apoio social, a cultura, arte e lazer, o bem-estar biológico e psíquico, os factores de risco humano e vulnerabilidade.

A.6 – O **ESTILO DE VIDA**, integra as *Áreas* alimentação e nutrição, exercício físico, hábitos e prejuízo, participação cultural e grau de promiscuidade.

São critérios quanto à **alimentação**, o equilíbrio e a qualidade, a quantidade, espécie e paladar, os custos económicos e financeiros, o *stress* do dia-a-dia e a situação de saúde (ou doença), o trabalho da pessoa, capacidade económica e recursos logísticos.

São critérios quanto ao **exercício físico**, a prioridade na prevenção, cura e reabilitação, as características físicas e o perfil psicológico, o tipo, intensidade e duração do exercício, as limitações de mobilidade e doenças pré-existentes, o horário laboral, o tempo de lazer e a conveniência familiar.

São critérios quanto aos **hábitos**, o tabagismo como malefício, o alcoolismo como prejuízo, o consumo de drogas e a viciação e perda de saúde, a afectação da vida familiar, os benefícios da vida social com hábitos deletérios.

São critérios quanto à **participação cultural**, a participação em artes e espectáculos, encontros em saúde ambiental, reuniões científicas e laborais, festas populares e regionais, a participação política organizada.

São critérios quanto ao **grau de promiscuidade**, a poluição ambiental, a habitação de risco, os grupos de rotura e agressividade, o risco laboral desregrado ou opressivo, o risco sexual.

A.7 – As **MORBILIDADES**, consideraram-se as *Áreas* consequências em saúde das doenças crónicas, a limitação da vida diária provocada pela doença, e as dificuldades dos cuidadores no apoio aos idosos e doentes crónicos.

São critérios quanto às **doenças crónicas**, afectar a saúde através dos sintomas, queixas e mal-estar, poder ter várias doenças, tomar muitos medicamentos e com efeitos secundários; afectar a auto-imagem e a auto-estima, poder afectar a personalidade, perturbar a relação familiar, influenciar o meio ambiente e cultural da pessoa; haver inadaptação à dor e incapacidade, perda de amigos e laços familiares, desmotivação de trabalho e utilidade pessoal; haver existência de complicações, expectativa de vida difícil e futuro incerto, a ideia assustadora de morte; haver preocupação quanto às condições de apoio institucional (apoio hospitalar, centro de saúde, apoio domiciliário, centro de dia, lar).

São critérios quanto à **limitação da vida diária**, haver incapacidade física e motora, com perda de autonomia dessas funções; haver limitação intelectual para organização da vida pessoal e familiar; haver perda da dinâmica e boa relação entre as pessoas, amigos e família; haver perda da autonomia, emprego e capacidade de exercício profissional; haver dependência nas actividades de dia-a-dia – higiene, sustentabilidade económica e segurança.

São critérios quanto aos **cuidadores**, a redução da capacidade intelectual e de estudo e novas hipóteses de qualificação, graduação e emprego; a interferência com a vida profissional, suas responsabilidades e compromissos; a alteração da motivação, empenho, dedicação e afecto para os idosos e doentes crónicos; a redução da capacidade económica, com menos remuneração e menos regalias para os cuidadores; a falta de apoio dos cuidados continuados da rede pública.

Após elaboração deste pré-teste (definição de variáveis e formulação das questões) este foi dado a conhecimento e parecer aos 2 Orientadores de Doutoramento e a 4 Médicos, Professores de Medicina Geral e Familiar das Faculdades de Medicina de

Lisboa e Porto e Coordenação Estratégica em Cuidados de Saúde Primários em Portugal (4 inquiridos, 2 respostas).

2.2.1 - Procedimento de recolha de dados

Para aplicação do pré-teste foi selecionado um grupo específico para o qual se atendeu a características como a juventude, a habilitação literária, a inserção recente em meio laboral e a integração em famílias recém-constituídas ou de meia-idade.

Neste grupo participaram 30 alunos do 5º ano da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, em frequência no 1º semestre, a 4 de Janeiro de 2012, que auto-preencheram o questionário, em contexto de sala de aula, cuja quantificação, resultados e discussão se encontram em anexo (ANEXO XX). No pré-teste participaram de forma aleatória ainda 102 utentes, entre os 18 e os 26 anos, do Centro de Atendimento de Jovens do Centro de Saúde de S. Martinho do Bispo (Coimbra), que recorreram a este serviço entre 2 de Janeiro e 22 de Fevereiro de 2012, os quais aceitaram e auto-preencheram o questionário no momento a seguir à consulta.

Durante a aplicação do pré-teste, não foi detectada nenhuma falha técnica, apenas alguma dificuldade em termos de compreensão, considerada não significativa para alteração do questionário.

2.3 Questionário

Após a validação do pré-teste, procedeu-se à construção do questionário Apgar Saudável.

Este é constituído por *questões de resposta aberta* (última opção em cada pergunta e em perguntas sobre família), que permitem obter informações complexas, observações e comentários e sem induzir respostas. Integra ainda *questões de resposta fechada* (identificação por género, estado civil, agregado familiar, data de nascimento e habilitações literárias).

À maioria das questões aplica-se a *escala de pontuação por intervalos*, em escala de alternativas (sendo a ordem lógica a linha de continuidade ou hierarquia) e escala de Likert (em que se classifica a concordância do respondente com uma série de frases sobre um tema), estando as respostas enquadradas num contínuo *menos importante a mais importante, menos contribui a mais contribui, e menos valoriza a mais valoriza*.

O número de possibilidades de resposta em *escala de pontuação por intervalos* colocadas em cada questão permite diferenciar ou equilibrar as respostas em 5 graus de importância, valorização e contributo.

Quanto às questões sobre família, as hipóteses colocadas quanto ao *agregado familiar*, correspondem às definições dos tipos de família, segundo a estrutura / dinâmica familiar, a relação conjugal e a relação parental, e de acordo com a publicação “Novos Tipos de Família, Plano de Cuidados” (Caniço *et al*, 2010).

As questões sobre o grau de *satisfação* e *funcionalidade* da família, em quantificação, além de caracterizarem o estado das famílias representativo, permitem ainda traçar a necessidade de elaboração de plano de cuidados à família.

A questão *aberta* sobre eventual necessidade de mudança na composição e dinâmica da família complementa os vários passos específicos para construção do plano de cuidados à família, tornando-a mais útil.

Foi também criado documento designado *Protocolo de Consentimento Informado* (ANEXO IV), com identificação do autor do estudo e seus objectivos e garantias, bem como o que se pretendia dos respondentes, cujo fundamento da legitimidade foi o consentimento expresso do conteúdo neste Protocolo, que foi assinado pelo autor do estudo, e devolvido pelo respondente com a assinatura da pessoa a quem se aplicou o estudo.

Foi garantido o anonimato dos respondentes perante toda a comunidade académica, científica, prestadora de cuidados de saúde e utentes, por não haver identificação nominal do titular, e a chave de codificação ser do conhecimento apenas do autor do estudo / médico de família assistente.

Foi garantido o sigilo de todas as informações e dados recolhidos, através do cumprimento do sigilo profissional do médico autor do estudo e médicos aplicadores.

Foi garantida a confidencialidade da identidade dos respondentes, não tendo sido usada ou divulgada nenhuma informação que pudesse identificá-lo (a), com ausência de nomes e substituição por números de identificação, e promovendo-se a segurança dos resultados e das bases de dados. Não houve nenhuma razão para quebra de confidencialidade (perigo iminente em relação ao doente ou a outros).

O estudo não trouxe qualquer prejuízo conhecido, até à data, aos respondentes, salvaguardando o tempo utilizado para o seu preenchimento, que esperamos até ter sido motivador de comportamentos saudáveis.

Foi ainda referido que ao respondente poder abandonar o estudo a qualquer momento e não sofreria qualquer tipo de represália pela não participação ou abandono.

É ainda de referir que o protocolo de Consentimento Informado teve o parecer favorável da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e da Administração Regional de Saúde do Centro (ANEXOS VIII e X).

2.4 – Caracterização da população e da amostra

2.4.1 – *População*

A população é composta pelos 1050 elementos da lista de utentes do médico de família / autor do estudo, agrupados em 420 famílias, que no período de estudo são residentes na área de influência geográfica e assistencial do Centro de Saúde de S. Martinho do Bispo, concelho de Coimbra, integrado no Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Mondego, da Administração Regional de Saúde do Centro.

2.4.2 – *Amostra*

A técnica de amostragem utilizada para este estudo foi **não probabilística por conveniência**, o que significa que esta não é representativa da população, dado que esta ocorre quando a participação é voluntária ou os elementos da amostra são escolhidos por uma questão de conveniência.

Assim a amostra é composta por 279 utentes (correspondentes a 279 famílias), que no período de aplicação do questionário (1 de Março a 31 de Agosto de 2012) se deslocaram ao Centro de Saúde para consulta programada ou aberta, por utentes convidados a deslocaram-se ao Centro de Saúde a fim de participarem no estudo e pelos restantes utentes da lista de utentes do autor que não se deslocaram ao Centro de Saúde no período referido, mas aos quais foi remetida carta solicitando preenchimento e devolução do questionário.

2.5 – Critérios de Inclusão e de exclusão

São critérios de inclusão, todos os elementos das famílias inscritas no ficheiro de utentes do autor (1050 utentes) de idade igual ou superior a 18 anos, que recorrem à consulta do médico de família ou convidados por carta, em amostra não probabilística

por conveniência, durante o período do estudo, independentemente do sexo, estado civil, profissão e habilitações literárias, havendo apenas um paciente identificado por família para responder ao questionário, no respeito pelo consentimento informado e pelas regras de conduta ditadas pelo código e deontologia da Ordem dos Médicos.

Foram critérios de exclusão os indivíduos que não responderam aos questionários aplicados por recusa ou omissão, e indivíduos que não subscreveram o termo de consentimento informado.

2.6 Procedimento de recolha de dados

Foi estabelecido contacto personalizado oral, na maioria dos casos presencial, no Centro de Saúde, através do investigador e/ou dos aplicadores do questionário, promovendo o convite ao seu preenchimento e devolução com devidos esclarecimentos quando necessário(s).

Nalguns casos, por não comparência por iniciativa do utente no espaço de atendimento foi feito contacto telefónico sensibilizando o utente para o estudo, convidando-o a deslocar-se ao Centro de Saúde, tendo sido feita entrega em mão do questionário.

Em casos residuais, por ausência de comparência ou contacto telefónico do utente, foi enviada carta para a morada de residência indicada no processo clínico do utente, com o questionário anexo e carta explicativa, além do termo de responsabilidade do investigador e do protocolo de consentimento informado.

O investigador foi o autor do estudo, tendo também dois outros aplicadores, que são médicos internos do Internato Complementar de Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde de S. Martinho do Bispo, dos quais o autor é Orientador de Formação em Medicina Geral e Familiar.

Os aplicadores / inquiridores tiveram formação e treino adequado na aplicação de questionários. Houve ensaios antes do início do estudo e padronização dos métodos de entrevista e supervisão através do autor. Foram ambos consistentes de um para outro, evitaram interpretações subjectivas, promoveram esclarecimentos de modo neutro, e aceitaram as opiniões dos respondentes com naturalidade.

Quanto ao preenchimento dos questionários, houve combinações entre os vários tipos: quase sempre foi utilizada a *administração directa* (auto-preenchido, entregue em mão ou por via postal, de 272 questionários). Houve, contudo situações, em que se procedeu

à *administração indirecta* (o inquiridor / aplicadores preencheram o questionário a partir de respostas fornecidas pelo respondente em 7 questionários). Estas situações prenderam-se com questões de analfabetismo, limitação intelectual, défice motor ou solicitação expressa de alguns utentes. Nos doentes com alterações cognitivas, também seguidos por profissionais de saúde mental, houve autorização e acompanhamento de familiar próximo no preenchimento do questionário.

Assim, o Apgar Saudável foi aplicado e auto-preenchido pelos 279 utentes da lista de utentes do médico de família / autor do estudo, de 1 de Março a 31 de Agosto de 2012, em contexto extra-consulta ou enviados/devolvidos por correio. A devolução do questionário foi feita em envelope fechado, ao investigador e aplicadores ou ao secretariado de atendimento administrativo do Centro de Saúde.

Quanto à Classificação dos Tipos de Famílias do Ficheiro Clínico, a organização / selecção das famílias, as entrevistas, a gestão do ficheiro clínico, assim como o tratamento foram realizados pelo autor do estudo, recorrendo à sua experiência na prática clínica.

No que se refere à Aplicação do Questionário “Apgar Saudável” no Ficheiro Clínico, a sua criação, revisão, modelo final teve ao cargo do autor. Quanto à aplicação esta foi da responsabilidade do autor com o apoio de dois médicos internos colaboradores no atendimento da lista de utentes do autor. A informatização foi da responsabilização do autor, tendo recorrido programa estatístico SPSS 19.0.

3 – Caracterização / Validação dos Tipos de Família

Para caracterizar e validar os diferentes tipos de família percorreram-se diversas etapas. Iniciou-se pela organização / selecção da lista de utentes do médico de família / autor do estudo, com caracterização sociográfica como o sexo, estado civil, agregado familiar, a idade, habilitações literárias e profissão.

Por sua vez, foi realizada uma entrevista clínica semi-estruturada, a um elemento (paciente identificado²) de todas as famílias inscritas na lista de utentes³ do médico de família/autor do estudo, contactáveis, em número necessário e suficiente para definir o respectivo tipo de família, de acordo com as 3 vertentes enunciadas.

² Paciente identificado: Pessoa que melhor representa a família.

³ Lista de Utenes: conjunto de pessoas unidas em agregado familiar.

Os dados recolhidos através da entrevista clínica e da observação, possibilitaram a apreciação, interpretação e análise da área referente a “Família” do Questionário “Apgar saudável”.

Por sua vez, foi também efectuada consulta ao processo clínico familiar (em papel e informático) para conhecimento, ponderação e aplicação de dados constantes na base de dados.

Nesta análise, foi utilizada e aplicada a classificação dos tipos de família, de acordo com a publicação “Novos Tipos de Família, Plano de Cuidados” (Caniço *et al*, 2010).

Finalmente, procedeu-se à construção de mapa de registo dos tipos de família da lista de utentes do autor, segundo a estrutura/dinâmica familiar, a relação conjugal e a relação parental, para tratamento estatístico do estudo.

5 - Grelha de Classificação / Indicadores Extraídos

A classificação foi por identificação dos itens individuais (quanto ao tipo de família classificado) e quantificando de 1 a 5 a resposta a cada item dos critérios apontados. Foram incluídas no questionário final apenas as hipóteses mais pontuadas (média igual ou superior a 2,5).

Os indicadores a extrair foram os critérios apontados (“outros” - 6ª possibilidade de resposta), excluídos de acordo com a média da pontuação obtida em termos de importância (superior a 2,5).

Os critérios referidos em “outros” foram cotados com 5 pontos cada, multiplicado pelo número de respostas idênticas e dividido pelo número total de respostas.

Foram reformulados do questionário final os critérios com média de pontuação inferior a 2,5.

O Questionário Apgar Saudável (como método de avaliação familiar em Saúde da Pessoa) considerará: de 132 a 329 pontos (média inferior a 2,5) - *não saudável*, de 330 a 494 pontos (média de 2,50 até 3,75) - *moderadamente saudável* e de 495 a 660 pontos - *saudável*.

Tal corresponde à operação aritmética: 1 a 5 x 5 hipóteses (excepto numa questão 6 hipóteses e noutra questão 4 hipóteses) x 26 questões + 2 hipóteses / questões (família).

De 0 a 131 pontos, considerar-se-á o método “Apgar saudável” como não interpretável.

Considerar-se-ão também as avaliações parcelares por itens (realização pessoal, família, trabalho, amigos, sociedade, estilo de vida, doenças crónicas), como não interpretável / não saudável / moderadamente saudável / saudável, na mesma proporção de pontuação respectiva.

RESULTADOS

1 - Caracterização do **TIPO DE FAMÍLIAS**, segundo a **estrutura** / dinâmica global, a **relação conjugal** e a **relação parental**

1.1 – Caracterização da **Lista de Utentes**

A **lista de utentes** era constituída por 1.026 utentes, à data do início do estudo, estando distribuídos por agregado familiar e por processo clínico, constituindo 420 famílias.

Quanto à distribuição dos utentes por **sexo**, foram caracterizados 100% dos utentes (Figura 7).

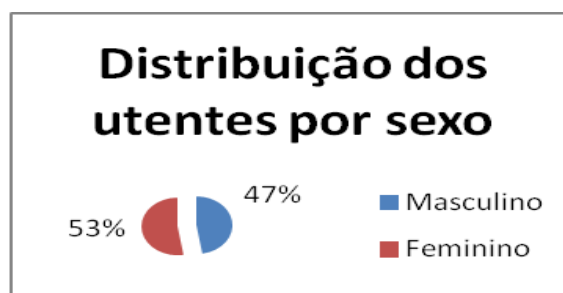


Figura 7 -
Distribuição dos utentes por sexo

Quanto à **idade**, os utentes com idade ≤ 14 anos são 15,7%, com idade compreendida entre os 15 e os 64 anos são 66,1%, e com 65 ou mais anos são 18,0%.

A média das idades é $40,8 \pm 22,5$ anos. A idade mais jovem é 4 meses e a mais elevada 98 anos.

Nos termos da classificação de Sundbard, identifica-se uma **pirâmide** regressiva, adquirindo forma de barril, característico de uma população de envelhecimento (Figura 8).

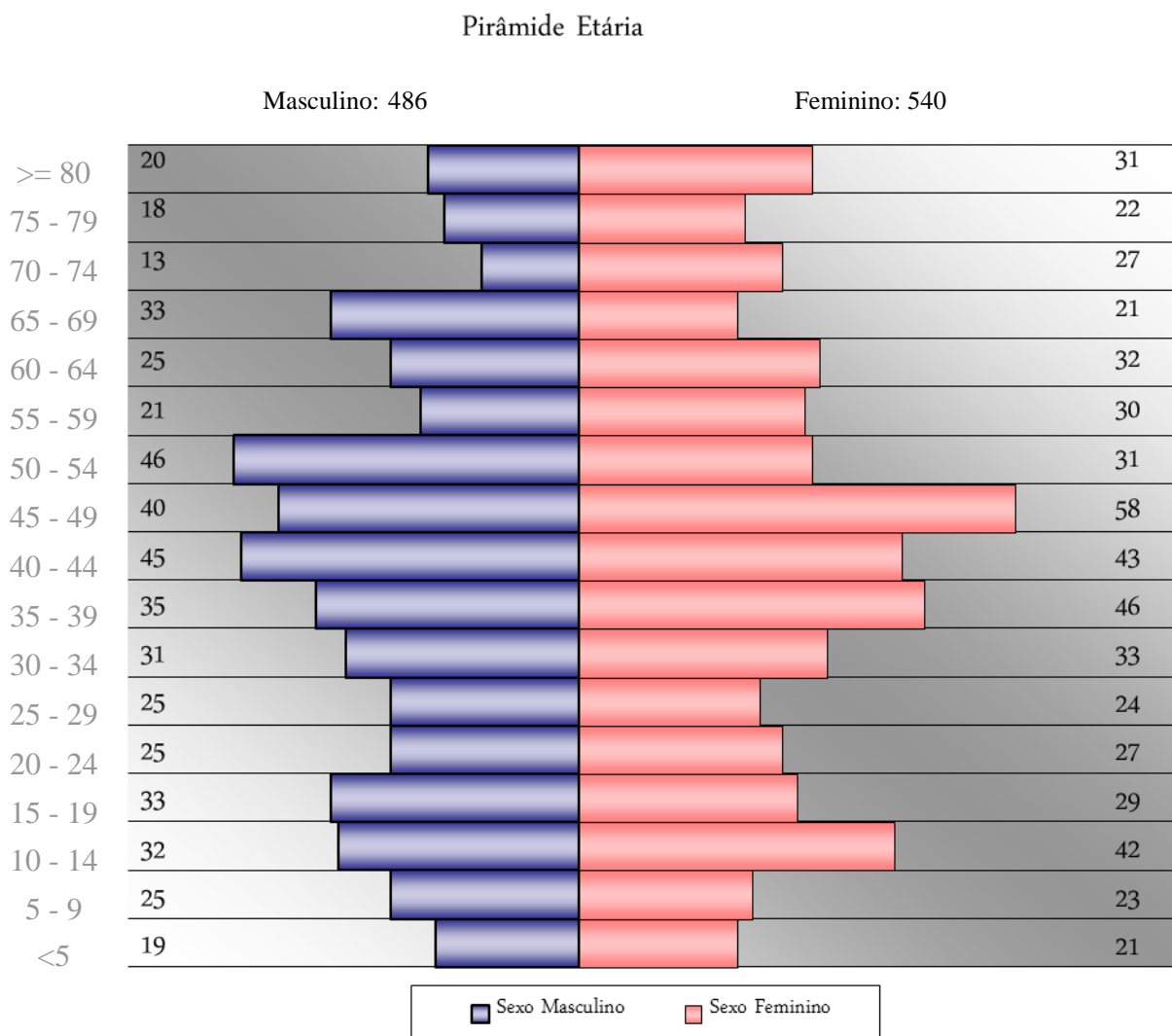


Figura 8 - Pirâmide etária da lista de utentes

Quanto à **nacionalidade**, identificámos 98,3% dos utentes (Quadro IV). São portugueses 98,6% dos utentes caracterizados. Existem 14 utentes não portugueses na lista (1,4%), com 8 nacionalidades diferentes, sendo predominante a nacionalidade relativa ao Uzbequistão. Quanto à França, Austrália e África do Sul, têm 2 utentes cada, e a Espanha, República Checa, Letónia e Angola 1 utente cada.

Quadro IV - Caracterização da lista de utentes por nacionalidade

Nacionalidade	Nº utentes	%
Portugal	995	98,6
Uzbequistão	4	0,4
França, Austrália, África do Sul (cada)	6	0,6
Espanha, Rep. Checa, Letónia, Angola (cada)	4	0,4

Quanto ao **estado civil**, foram identificados 983 utentes (95,8%) (Quadro V, Figura 9). O estado civil predominante nos utentes do ficheiro é casado/a (50,3%).

Quadro V - Caracterização da lista de utentes por estado civil

Estado Civil	Nº Utentes	%
Casado	494	50,3
Solteiro	362	36,8
Divorciado	47	4,8
Viúvo	43	4,4
União de Facto	22	2,2
Separado	15	1,5

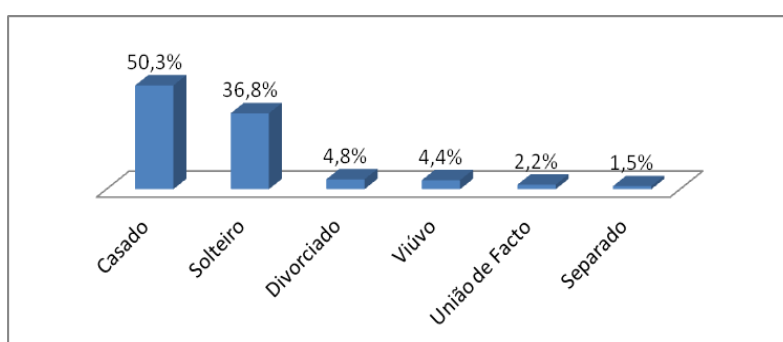


Figura 9 - Caracterização da lista de utentes por estado civil

Quanto à **escolaridade**, considerámos os graus de ensino completados pelos utentes da lista (que contempla os indivíduos que tenham concluído um qualquer nível de ensino, os que não completaram e os que frequentam determinado nível de ensino) (Figura 10).

Foram caracterizados (2010), 880 utentes da lista (85,8%).

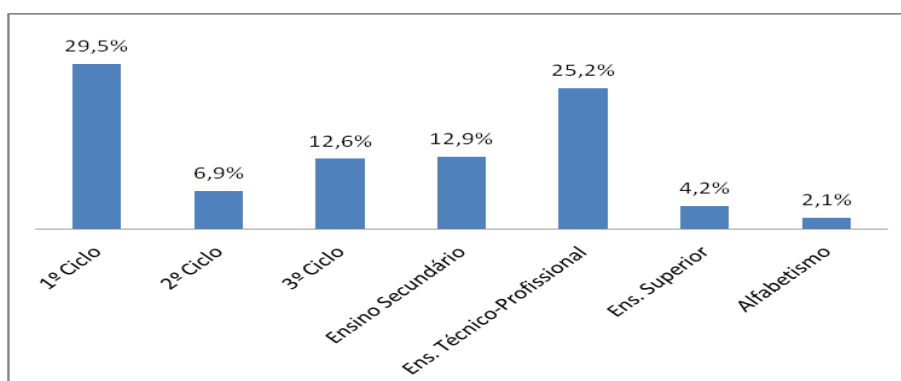


Figura 10 - Distribuição da lista de utentes por grau de escolaridade

Quanto à **situação profissional**, foram caracterizados 813 utentes (79,2%) (Figura 11).

Do total de utentes, 44,7% constituem população com trabalho activo remunerado, 24,4% encontram-se reformados, e 23,9% dos utentes frequentam algum grau de ensino, desde o pré-escolar ao superior (incluindo também alguns adultos que retomaram os seus estudos).

No grupo das domésticas (2,6%), apenas são consideradas as que não realizam trabalho remunerado.

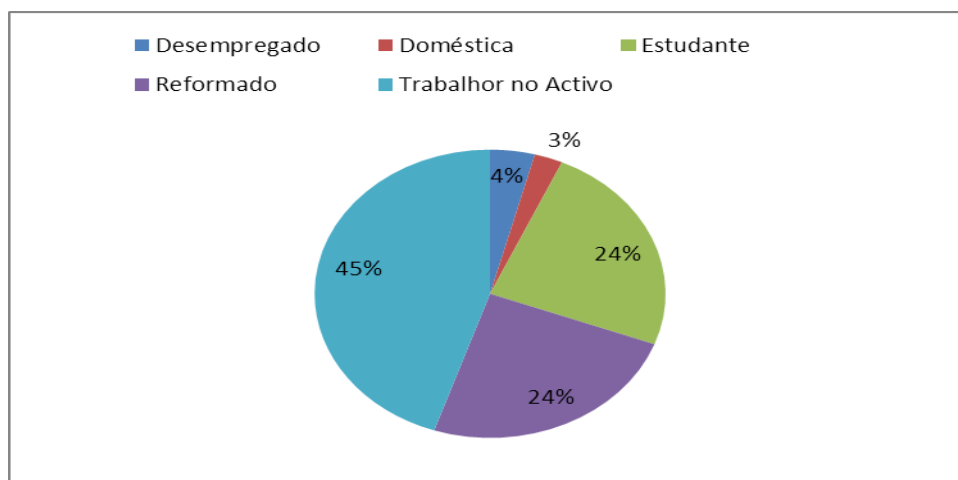


Figura 11 - Caracterização da lista de utentes por situação profissional

Quanto à **profissão**, do total de utentes trabalhadores no activo, 90,9% enquadram-se no sector terciário e 9,1% no sector secundário.

O sector primário é representado por uma minoria de utentes, já reformados, mas muitos dos utentes com mais de 40 anos têm terrenos agrícolas para utilização própria, como meio de subsistência paralela ao emprego.

Quanto à **classe / nível socio-económico**, estão caracterizadas 364 famílias (86,7%).

A maioria das famílias encontra-se no nível médio (65,7%), seguido do nível médio-alto (19,8%), consistente com a percentagem elevada de utentes na lista com estudos superiores (Figura 12).

De referir ainda a percentagem de famílias que se encontram num nível médio-baixo (12,9%), correspondendo de forma significativa a utentes com maior idade, reformados.

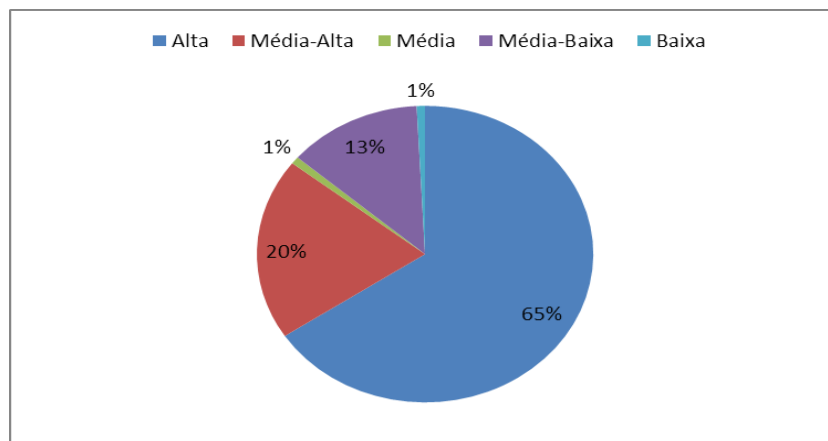


Figura 12: Distribuição dos utentes por nível socio-económico

Quanto aos **hábitos tabágicos**, estão caracterizados 865 utentes da lista (84,3%).

São fumadores 16,2% dos utentes (10,1% homens e 6,1% mulheres), são ex-fumadores 12,0%, e são não fumadores 71,4% (Figura 13).

Do total de fumadores, a idade média é de 42,4 anos, tendo o utente mais novo 18 anos e o mais velho 79 anos.

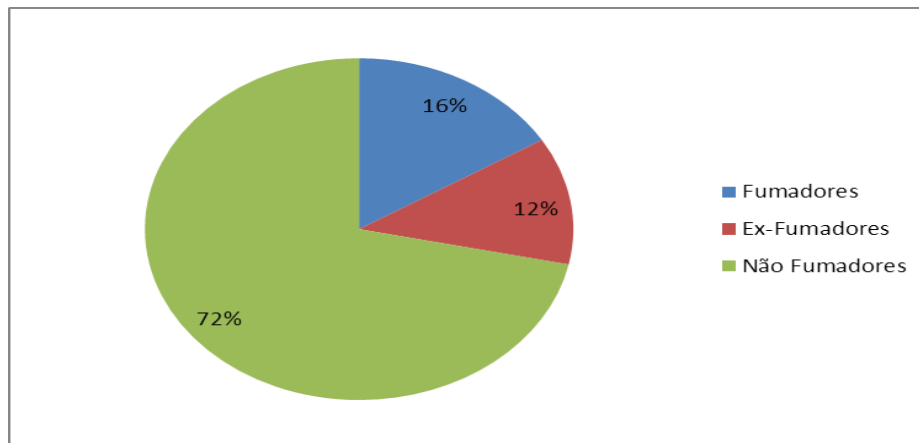


Figura 13: Caracterização da lista de utentes por hábitos tabágicos

Quanto aos **problemas ligados ao álcool**, existem 55 utentes (apenas 1 do sexo feminino) com referência de problemas ligados ao álcool (6,3%), 5 utentes ex-consumidores (0,5%) e os restantes utentes sem problemas ligados ao álcool (93,2%) (Figura 14).

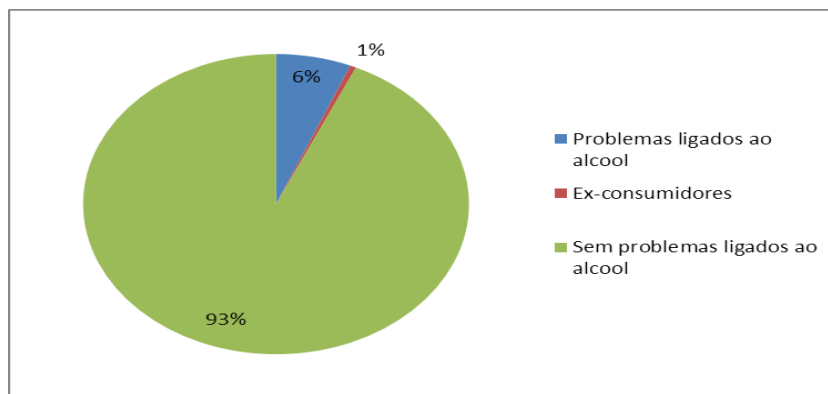


Figura 14: Caracterização da lista de utentes quanto aos problemas ligados ao álcool

Quanto aos **antecedentes neoplásicos malignos**, na lista de utentes existem 35 utentes com antecedentes de patologia oncológica (3,4% dos utentes), sendo a neoplasia mais frequente o carcinoma da mama (28,5%), seguido do carcinoma da próstata (14,2%) e do carcinoma colorrectal (8,5%).

Outras neoplasias malignas registadas na lista de utentes (49,8%), são adenocarcinoma gástrico, carcinoma do pâncreas, linfoma, leucemia linfocítica crónica, mieloma múltiplo, colangiocarcinoma, melanoma, carcinoma espinho-celular, carcinoma das células renais, carcinoma do ovário, carcinoma do colo do útero, colesteatoma, feocromocitoma e mielomeningocelo.

Quanto à **dimensão média das famílias**, foram caracterizadas 367 famílias (87,3%).

O número de elementos do agregado familiar predominante foi 2 elementos (103 casos, 28,1%), seguido por 3 (94 casos, 25,6%), 4 (77 casos, 21,0%), 1 (66 casos, 18%), 5 elementos (16 casos, 4,4%) e 6 ou mais elementos (11 casos, 3,0%) (Figura 15).

A maioria das famílias tem 2 ou 3 elementos (53,7% no seu conjunto).

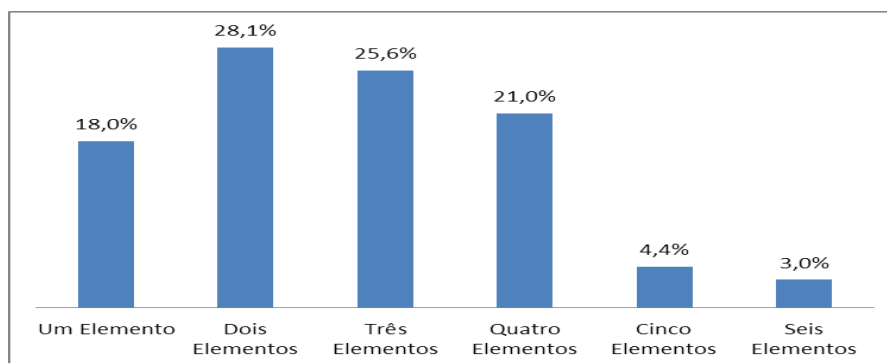


Figura 15: Caracterização da lista de utentes quanto à dimensão média das famílias

Quanto ao **tipo clássico de família**, previamente à realização desta tese, foram caracterizadas 352 famílias da lista de utentes, sendo o tipo de família predominante o nuclear (63%) (Figura 16).

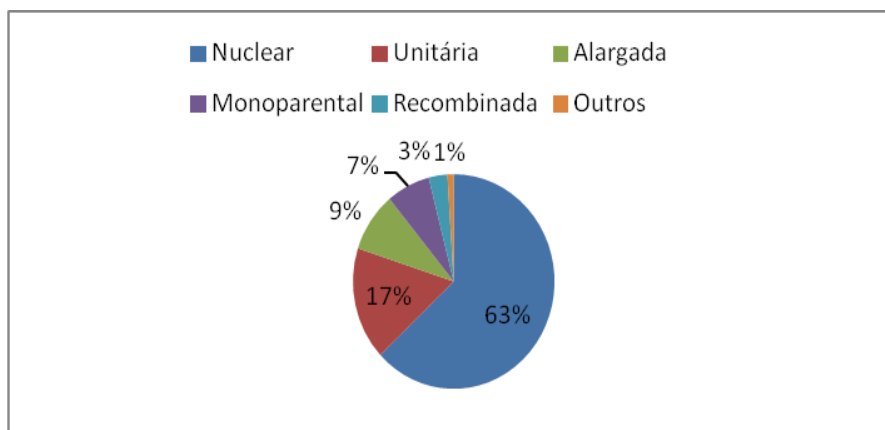


Figura 16: Caracterização da lista de utentes quanto ao tipo clássico de família

1.2 - Caracterização do **TIPO DE FAMÍLIAS**, segundo a **estrutura** / dinâmica global, a **relação conjugal** e a **relação parental**

1.2.1 - Quanto à caracterização dos tipos de família, segundo o modelo de registo utilizado (anexo), estudámos uma amostra de 279 inquiridos, no universo de utentes respondentes da lista de utentes, no período do estudo.

Extraímos do questionário aplicado, o capítulo “**B - Família**”, onde estavam colocadas todas as hipóteses correspondentes à definição dos tipos de família constantes do livro “*Novos Tipos de Família, Plano de Cuidados*”.

A classificação do tipo de família assim obtida representa a opinião dos inquiridos, elementos da lista de utentes do autor, sem interferência ou avaliação do autor / médico de família, mas de acordo com a definição do autor.

Quanto à **estrutura / dinâmica global**, foram registados 392 tipos de famílias, sendo 19 tipos de família diferentes. Não foram encontrados 2 tipos de família: família flutuante e família múltipla (Quadro VI).

Quadro VI – Tipo de Família, quanto à estrutura / dinâmica global

Tipos de Família – Estrutura	N	% (aprox.)
Nuclear	141	36,0
Díade Nuclear	50	12,8
Unitária	44	11,2
Reconstruída	23	5,9
Com fantasma	23	5,9
Com dependente	21	5,4
Monoparental	19	4,9
Alargada	18	4,6
Acordeão	11	2,8
Co-habitação	8	2,0
Homossexual	8	2,0
Descontrolada	7	1,8
Consanguínea	5	1,3
Dança a dois	4	1,0
Prole extensa	3	0,8
Hospedeira	3	0,8
Grávida	2	0,5
Comunitária	1	0,3
Adoptiva	1	0,3
Flutuante	0	0,0
Múltipla	0	0,0

Houve 8 inquiridos/as não respondentes neste item (2,9%).

O facto de se ter encontrado maior número de tipos de família (392) do que o número de inquiridos (279), deve-se ao facto de haver inquiridos/as que assinalaram mais do que uma hipótese.

A família predominante foi a família nuclear, seguida da díade nuclear e da família unitária, e as menos numerosas foram a família comunitária e a família adoptiva.

Houve diversidade de tipos de família, nenhuma tendo atingido a maioria absoluta de tipos de família.

Quanto à **relação conjugal**, foram registados 296 tipos de família, segundo 6 tipos de família diferentes (Quadro VII).

Quadro VII – Tipo de Família, quanto à relação conjugal

Tipos de Família – Relação Conjugal	N	% (aprox.)
Companheirismo	114	38,5
Moderna	106	35,8
Tradicional	23	7,8
Associação	20	6,8
Paralela	18	6,1
Fortaleza	15	5,1

Todos os tipos de família descritos na metodologia do estudo foram encontrados. Houve 76 inquiridos não respondentes neste item (27,2%).

O facto de se ter encontrado maior número de tipos de família (296) do que o número de inquiridos (279), deve-se ao facto de haver inquiridos que assinalaram mais do que uma hipótese, apesar de não haver relação conjugal em algumas famílias.

A família predominante foi a família companheirismo, e a menos numerosa a família fortaleza.

O subgrupo “família tradicional + família moderna” não obteve a maioria dos tipos de família (43,6%). No subgrupo “família companheirismo + família fortaleza + família associação + família paralela”, a família companheirismo foi largamente predominante.

Quanto à **relação parental**, foram registados 236 tipos de família, segundo 7 tipos de família diferentes (Quadro VIII).

Quadro VIII – Tipo de Família, quanto à relação parental

Tipos de Família – Relação Parental	N	% (aprox.)
Equilibrada	173	73,3
Super-protectora	15	6,4
Centrada nos pais	14	5,9
Centrada nos filhos	11	4,7
Sem objectivos	11	4,7
Rígida	7	3,0
Permissiva	5	2,1

Foram encontrados todos os tipos de família. Houve 84 inquiridos não respondentes neste item (30,1%).

O facto de se ter encontrado menor número de tipos de família (236) do que o número de inquiridos (279), deve-se ao facto de haver famílias inquiridas que não têm filhos.

A família predominante foi a família equilibrada (família estável), e a menos numerosa a família permissiva. Entre as famílias instáveis, foi predominante a família superprotectora.

1.2.2 - Quanto à caracterização dos tipos de família, segundo o modelo de registo utilizado (anexo), no universo de 420 famílias, foi estudada uma **amostra** de 400 famílias (95,2% das famílias).

Não foi viável estudar as restantes 20 famílias (4,8%) por ausência de dados pré-existentes, recolhidos e tratados, por não solicitação de cuidados, por impossibilidade de contacto com os elementos, por ausência prolongada no estrangeiro, ou por défice intelectual e idade avançada dos elementos.

Quanto à **estrutura / dinâmica global**, foram registados 496 tipos de famílias, sendo 21 tipos de família diferentes (Quadro IX).

Quadro IX – Tipo de Família, quanto à estrutura / dinâmica global

Tipos de Família – Estrutura	N	% (aprox.)
Nuclear	199	40,1
Unitária	67	13,5
Reconstruída	34	6,9
Com dependente	32	6,5
Monoparental	31	6,3
Alargada	27	5,4
Díade Nuclear	23	4,6
Descontrolada	22	4,4
Com fantasma	21	4,2
Acordeão	10	2,0
Co-habitação	8	1,6
Homossexual	5	1,0
Dança a dois	5	1,0
Prole Extensa	4	0,8
Consanguínea	4	0,8
Flutuante	3	0,6
Múltipla	3	0,6
Grávida	3	0,6
Adoptiva	2	0,4
Comunitária	2	0,3
Hospedeira	1	0,2

Todos os tipos de família descritos na metodologia do estudo foram encontrados.

A família predominante foi a família nuclear, e a menos numerosa a família hospedeira.

Não foram estudadas 20 famílias, por razões expressas na metodologia.

O facto de se ter encontrado maior número de tipos de família (496) do que o número de famílias existentes e estudadas (400), deve-se ao facto de o autor ter assinalado mais de uma hipótese em algumas famílias.

Quanto à **relação conjugal**, foram registados 373 tipos de famílias, sendo 6 tipos de família diferentes (Quadro X).

Quadro X – Tipo de Família, quanto à relação conjugal

Tipos de Família – Relação Conjugal	N	% (aprox.)
Companheirismo	150	40,2
Moderna	145	38,9
Tradicional	37	9,9
Paralela	23	6,2
Associação	10	2,7
Fortaleza	8	2,2

Todos os tipos de família descritos na metodologia do estudo foram encontrados.

A família predominante foi a família companheirismo, seguida de perto pela família moderna sendo a menos numerosa a família fortaleza.

Não foram estudadas 20 famílias, pelas razões expressas na metodologia.

Das famílias estudadas (400), foram consideradas apenas 238 famílias, porque as restantes 182 famílias não estavam abrangidas por conjugalidade.

O facto de se ter encontrado menor número de tipos de família (373) do que o número de famílias existentes e estudadas (400), deve-se a essa ausência de conjugalidade nas famílias referidas.

Quanto à **relação parental**, foram registados 238 tipos de famílias, sendo 7 tipos de família diferentes (Quadro XI).

Quadro XI – Tipos de Família, quanto à relação parental

Tipos de Família – Relação Parental	N	% (aprox.)
Equilibrada	174	73,1
Super-protectora	18	7,6
Centrada nos filhos	14	5,9
Permissiva	12	5,0
Rígida	7	2,9
Sem objectivos	7	2,9
Centrada nos pais	6	2,5

Todos os tipos de família descritos na metodologia do estudo foram encontrados.

A família predominante foi a família equilibrada, e a menos numerosa foi a família centrada nos pais.

Não foram estudadas 20 famílias, pelas razões expressas na metodologia.

Das famílias estudadas (400), foram consideradas apenas 232 famílias, por 188 famílias não serem abrangidas por parentalidade.

O facto de se ter encontrado menor número de tipos de família (238) do que o número de famílias existentes e estudadas (400), deve-se a essa ausência de conjugalidade.

2 - Método de avaliação em **Saúde da Pessoa** / Questionário “**APGAR SAUDÁVEL**”

Foram inquiridos/as e responderam 279 pessoas, correspondendo a 279 agregados familiares da lista de utentes (66,4%).

Quanto à **caracterização socio-demográfica** (número e percentagem válida), o/a respondente predominante é do género feminino, casado(a) / união de facto, com 2 pessoas no agregado familiar, entre os 65 ou mais anos, com profissão de técnicos e profissionais de nível intermédio, com ensino básico.

Quanto ao **género**, 157 eram do género feminino (56,3%) e 122 do género masculino (43,7%) (Figura 17).

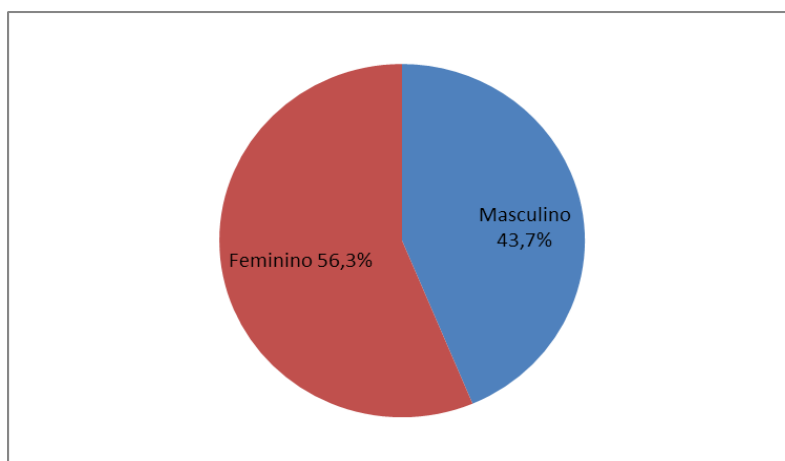


Figura 17 - Questionário: utentes, quanto ao género

Todos/as os/as inquiridos/as responderam (100%).

Quanto ao **estado civil**, 183 eram casados / união de facto (65,8%), 32 solteiros (11,5%), 32 viúvos (11,5%), e 31 divorciados / separados (11,2%) (Figura 18).

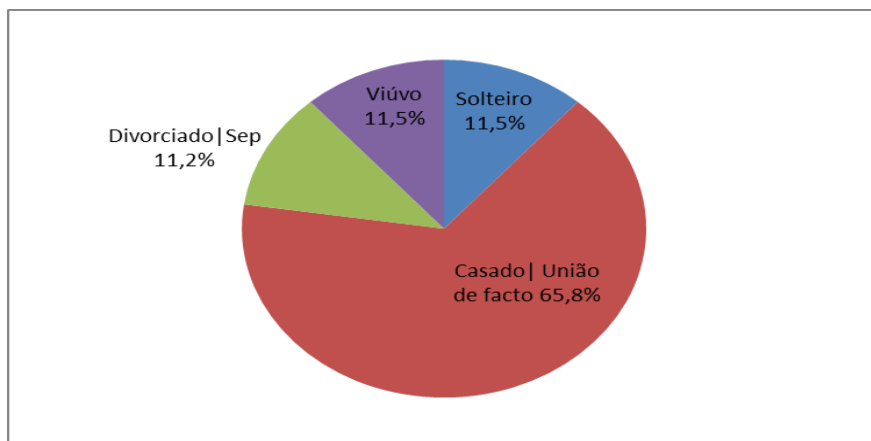


Figura 18 – Questionário: utentes, quanto ao estado civil

Não respondeu 1 inquirido/a (0,4%).

Quanto ao **agregado familiar**, viviam duas pessoas em 86 casos (30,9%), viviam três pessoas em 76 casos (27,3%), viviam quatro pessoas em 59 casos (21,2%), viviam sozinhos/as 43 pessoas (15,5%), viviam cinco pessoas em 9 casos (3,2%), e viviam seis ou mais pessoas em 5 casos (7,6%) (Figura 19).

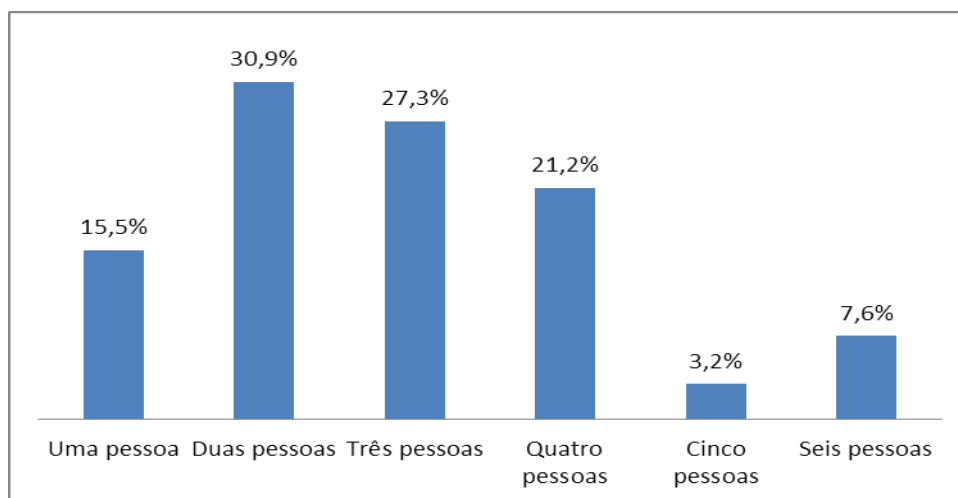


Figura 19 – Questionário: utentes, quanto ao agregado familiar

Não respondeu 1 inquirido / a (0,4%).

Quanto ao **grupo etário**, com 65 ou mais anos havia 94 pessoas (33,8%), entre 45-64 anos havia 60 pessoas (21,6%), entre 35-44 anos, havia 51 pessoas (18,3%), entre 55-64 anos havia 42 pessoas (15,1%), entre os 25-34 anos havia 26 pessoas (9,4%), e entre 15-24 anos havia 5 pessoas (1,8%) (Figura 20).

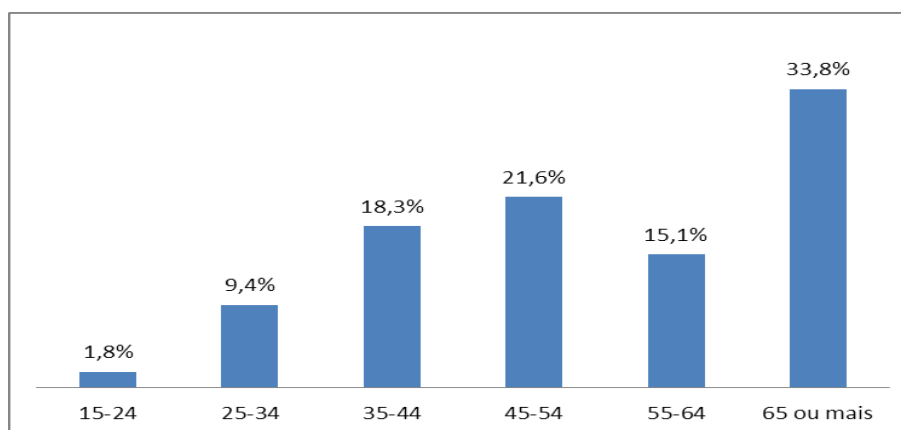


Figura 20 – Questionário: utentes, quanto ao grupo etário

Não respondeu 1 inquirido / a (0,4%).

Quanto à **profissão**, identificaram-na 262 pessoas (93,9%) (Quadro XII).

Quadro XII – Questionário: utentes, quanto à profissão

Profissão	N	%
Técnicos e profissionais de nível intermédio	55	21,0
Pessoal dos serviços e vendedores	30	11,5
Operários, artífices e trabalhadores similares, trabalhadores qualificados	23	8,8
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	14	5,3
Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas	9	3,4
Pessoal administrativo e similares	8	3,1
Especialistas das profissões, intelectuais e científicas	6	2,3
Agricultores e trabalhadores qualificados para a agricultura e pescas	1	0,4
Trabalhadores não qualificados	20	7,6
Reformado a	80	30,5
Desempregado a	10	3,8
Estudante	6	2,3

Não responderam, 17 inquiridos / as (6,1%).

Quanto às **habilitações**, com ensino básico havia 95 pessoas (34,4%), com ensino secundário 82 pessoas (29,7%), com licenciatura 63 pessoas (22,8%), com ensino técnico-profissional 15 pessoas (5,4%), com mestrado 11 pessoas (4,0%), não sabem ler / escrever 8 pessoas (2,9%), com doutoramento 2 pessoas (0,7%). Não responderam, 3 inquiridos / as (1,1%) (Figura 21).

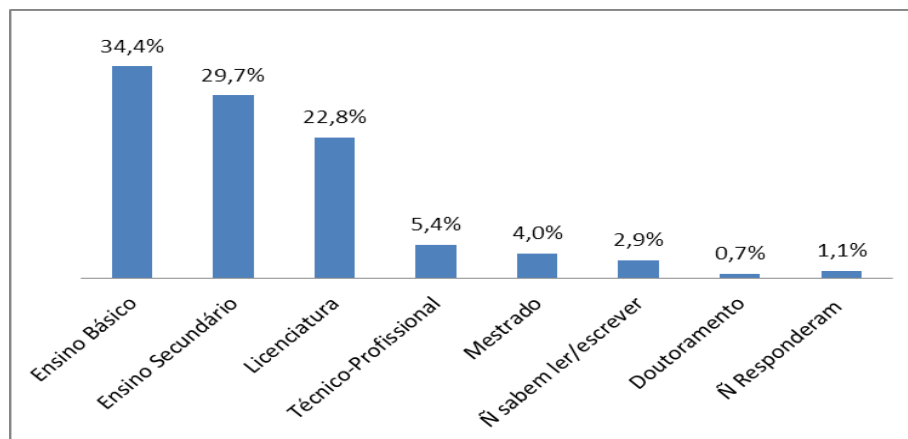


Figura 21 – Questionário: utentes, quanto às habilitações

Quanto aos resultados da aplicação do Questionário “Apgar Saudável”, estão resumidos no Quadro XVI (em *Adenda*), discriminado-se a seguir, quanto às áreas e critérios de estudo.

Quanto à **realização pessoal**:

A - Os inquiridos / as consideram mais importante para a **saúde**, na escala de 1 a 5 (menos a mais importante), em média de pontuação obtida, por ordem decrescente, a **saúde mental** (4,65 pontos), a saúde física (4,48), a saúde familiar (4,40), a saúde afectiva (4,04) e a saúde sexual (3,16).

Considerando o grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / importante + muito importante + mais importante), por ordem decrescente, foi considerada a **saúde mental** (96%), a saúde física (94,4%), a saúde familiar (93,9%), a saúde afectiva (84,6%) e a saúde sexual (65,5%).

O *grau* de importância mais frequente foi o **mais importante**, quanto à saúde mental, saúde física, saúde familiar, saúde afectiva e saúde sexual.

Quanto à **saúde física**, consideram-na mais importante, 177 pessoas (66,8%), muito importante, 58 (21,9%), importante, 15 (5,7%), pouco importante, 11 (4,2%), e menos importante, 4 pessoas (1,5%). Não responderam 14 inquiridos / as (5,0%) (Figura 22).

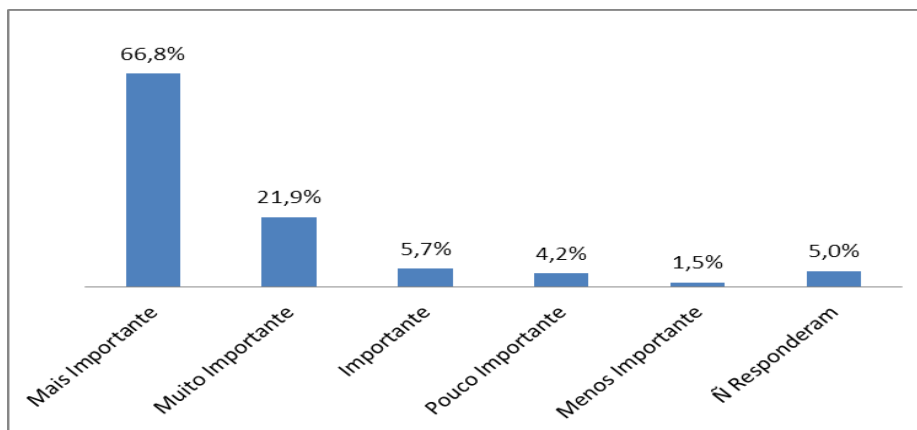


Figura 22 – Questionário: quanto à saúde física

O grau de *importância* declarada (3 + 4 + 5 / importante + muito importante + mais importante), foi explicitado por 250 pessoas (94,4%).

Quanto à **saúde mental**, consideram-na mais importante, 214 pessoas (79,9%), muito importante, 30 (11,2%), importante, 13 (4,9%), menos importante, 6 pessoas (2,2%), e pouco importante, 5 (1,9%). Não responderam 11 inquiridos/as (3,9%) (Figura 23).

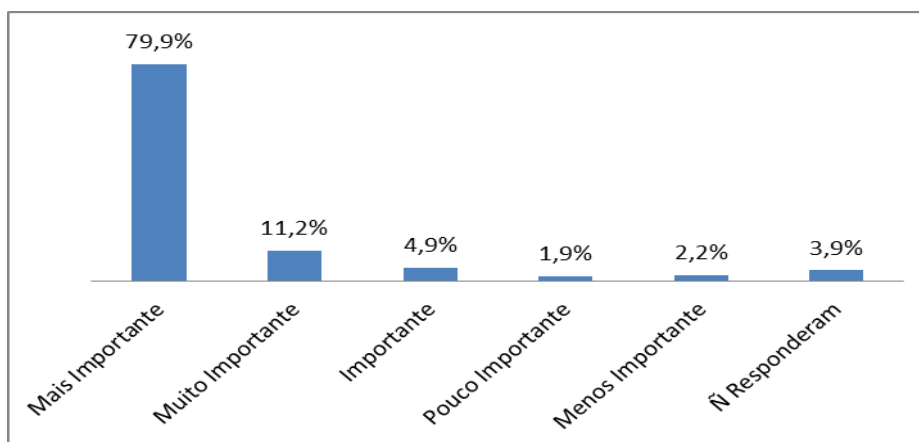


Figura 23 – Questionário: quanto à saúde mental

O grau de *importância* declarada (3 + 4 + 5 / importante + muito importante + mais importante), foi explicitado por 257 pessoas (96,0%).

Quanto à **saúde afectiva**, consideram-na mais importante, 121 pessoas (47,8%), muito importante, 71 (28,1%), pouco importante, 29 (11,5%), importante, 22 pessoas (8,7%), e menos importante, 10 (4,0%). Não responderam 26 inquiridos / as (9,3%) (Figura 24).

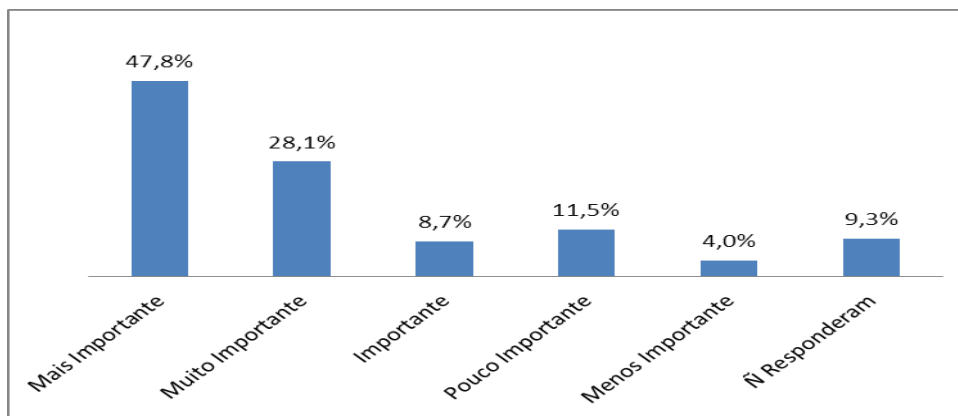


Figura 24 – Questionário: quanto à saúde afectiva

O grau de *importância* declarada (3 + 4 + 5 / importante + muito importante + mais importante), foi explicitado por 214 pessoas (84,6%).

Quanto à **saúde sexual**, consideram-na mais importante, 65 pessoas (26,4%), menos importante, 61 (24,8%), muito importante, 55 (22,4%), importante 41 (16,7%), e pouco importante, 24 pessoas (9,8%). Não responderam 33 inquiridos / as (11,8%) (Figura 25).

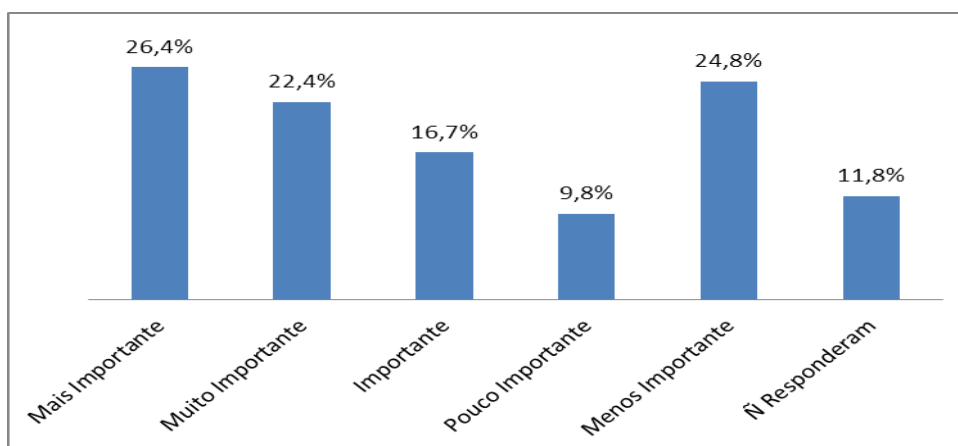


Figura 25 – Questionário: quanto à saúde sexual

O grau de *importância* declarada (3 + 4 + 5 / importante + muito importante + mais importante) foi explicitado por 161 pessoas (65,5%).

Quanto à **saúde familiar**, consideram-na mais importante, 171 pessoas (65,0%), muito importante, 47 (17,9%), importante, 29 (11,0%), pouco importante, 11 (4,2%), e menos importante, 5 pessoas (1,9%). Não responderam 16 inquiridos / as (5,7%) (Figura 26).

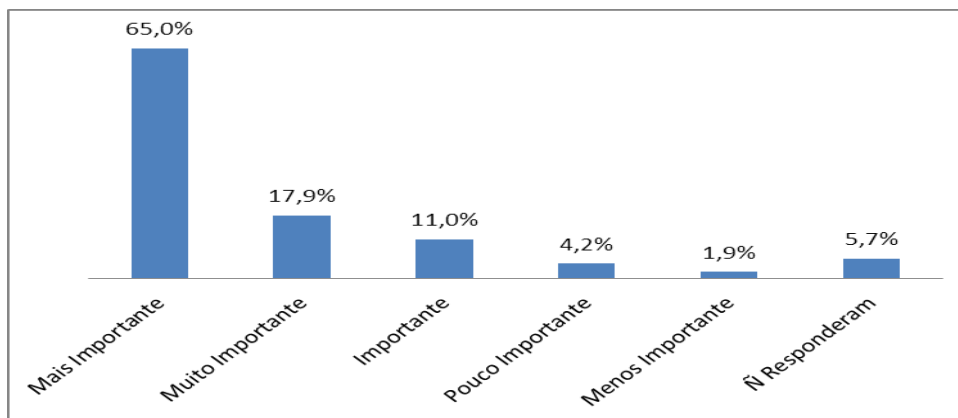


Figura 26 – Questionário: quanto à saúde familiar

O grau de *importância* declarada (3 + 4 + 5 / importante + muito importante + mais importante), foi explicitado por 247 pessoas (93,9%).

Quanto a **outra situação**, houve 13 sugestões (4,7%), sendo 3 relativas a saúde afectiva específica (por amor, harmonia, respeito), 2 relativas a saúde social, 1 relativa a saúde económica, 1 relativa a saúde de proximidade, 1 relativa a saúde global, 1 relativa a saúde espiritual, 1 relativa a saúde motora, 1 relativa a saúde alimentar, 1 relativa a saúde orgânica (asma grave), e 1 priorizando a saúde física e mental conjunta.

B - Os inquiridos / as consideram o que mais contribui para o *bem-estar*, na escala de 1 a 5 (menos a mais contribui), em média de pontuação obtida, por ordem decrescente, **ter objectivos de vida** (4,17); ter capacidade de realização / acção (4,10 pontos); ter profissão e emprego adequados (4,07); ter boa situação económico-financeira (4,02); e ter a rede de relações humanas (3,63).

Considerando o grau de *contributo* declarado (3 + 4 + 5 / contribui + contribui muito + contribui mais), por ordem decrescente, foi considerado **boa situação económica-financeira** (93,4%); ter objectivos de vida (90,4%); ter capacidade de realização / acção (85,9%); ter profissão e emprego adequados (84,8%); e ter rede de relações humanas que quer (81,7%).

O grau de contributo mais frequente foi o que **mais contribui**, quanto a ter boa situação económica-financeira; ter objectivos de vida; ter capacidade de realização / acção; ter profissão e emprego adequados; e ter rede de relações humanas que quer.

Quanto a **ter profissão e emprego adequados**, consideram-nos ser o que mais contribui, 129 pessoas (54,2%), contribui muito, 56 (23,5%), menos contribui 24 (10,1%), contribui 17 (7,1%) e contribui pouco 12 (5%). Não responderam 41 inquiridos / as (14,7%) (Figura 27).

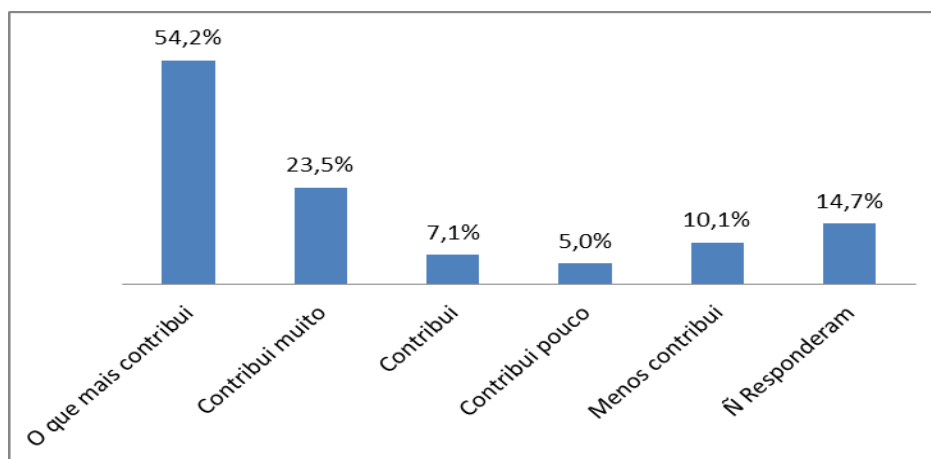


Figura 27 – Questionário: quanto a ter profissão e emprego adequados

O grau de *contributo* declarado (3 + 4 + 5 / contribui + contribui muito + contribui mais), foi explicitado por 202 pessoas (84,8%).

Quanto a **ter boa situação económica-financeira**, consideram ser o que mais contribui, 104 pessoas (40,3%), contribui muito, 81 (31,4%), contribui 56 (21,7%), menos contribui 10 (3,9%) e contribui pouco 7 (2,7%). Não responderam 21 inquiridos / as (7,5%) (Figura 28).

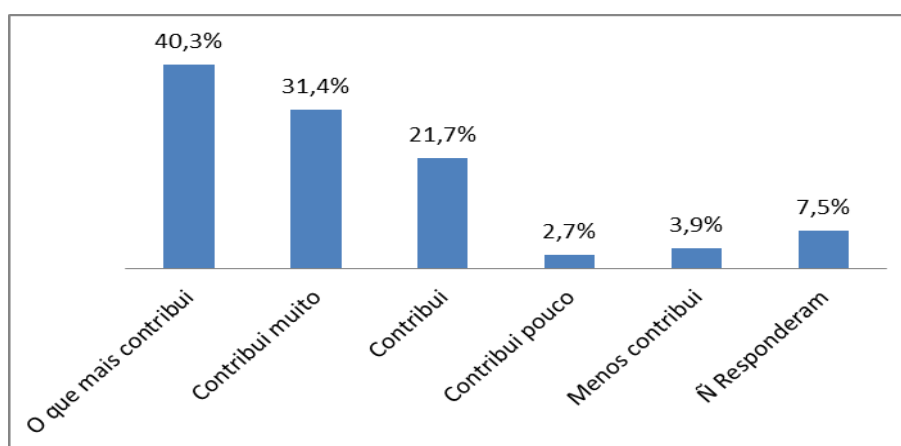


Figura 28 – Questionário: quanto a ter boa situação económico-financeira

O grau de *contributo* declarado (3 + 4 + 5 / contribui + contribui muito + contribui mais), foi explicitado por 241 pessoas (93,4%).

Quanto a **ter objectivos de vida**, consideram-nos o que mais contribui, 132 pessoas (52,6%), contribui muito 61 (24,3%), contribui 34 (13,5%), contribui pouco 17 (6,8%), e menos contribui 7 (2,8%). Não responderam 28 inquiridos / as (10,0%) (Figura 29).

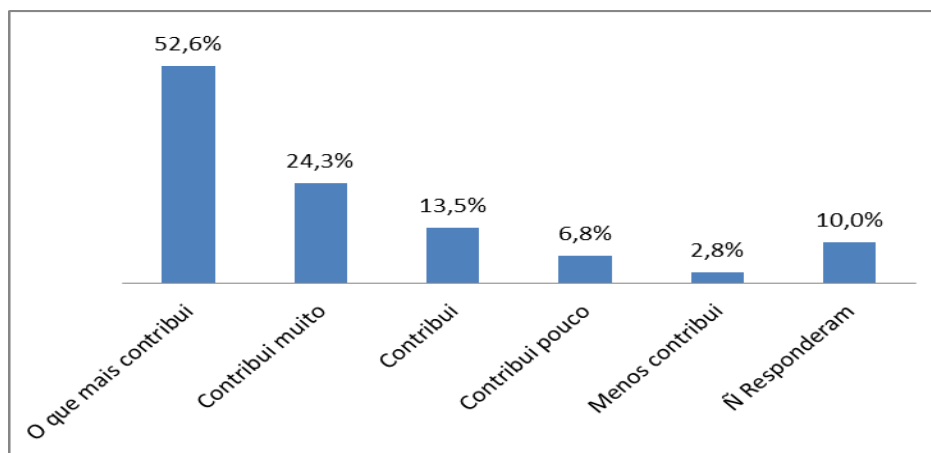


Figura 29 – Questionário: quanto a ter objectivos de vida

O grau de *contributo* declarado (3 + 4 + 5 / contribui + contribui muito + contribui mais) foi explicitado por 227 pessoas (90,4%).

Quanto a **ter capacidade de realização / acção**, consideram-na a que mais contribui, 130 pessoas (52,2%), contribui muito, 61 (24,5%), contribui, 23 (9,2%), contribui pouco, 22 (8,8%), e menos contribui, 13 (5,2%). Não responderam 30 inquiridos / as (10,8%) (Figura 30).

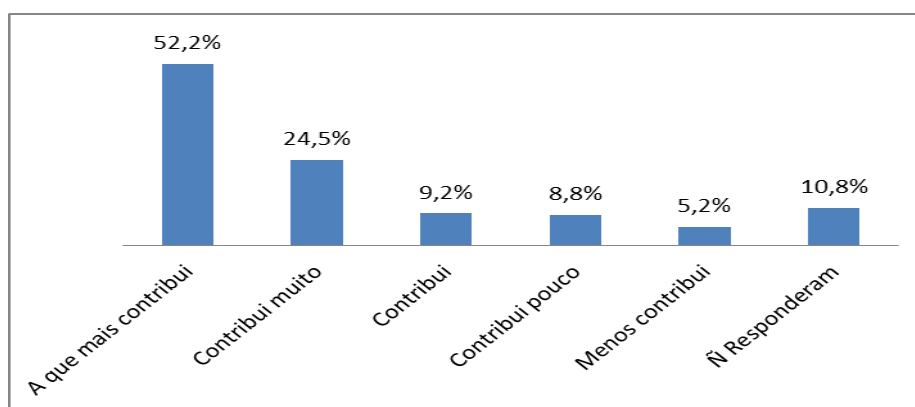


Figura 30 – Questionário: quanto a ter capacidade de realização / acção

O grau de *contributo* declarado (3 + 4 + 5 / contribui + contribui muito + contribui mais), foi explicitado por 214 pessoas (85,9%).

Quanto a **ter a rede de relações humanas que quer**, consideram-na a que mais contribui, 84 pessoas (33,5%), contribui muito, 70 (27,9%), contribui, 51 (20,3%), menos contribui, 33 (13,1%) e contribui pouco, 13 (5,2%). Não responderam 28 inquiridos / as (10,0%) (Figura 31).

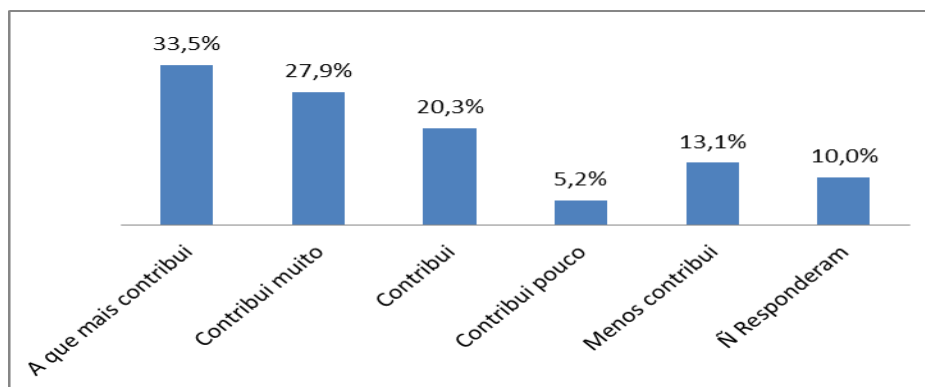


Figura 31 – Questionário: quanto a ter a rede de relações humanas que quer

O grau de *contributo* declarado (3 + 4 + 5 / contribui + contribui muito + contribui mais), foi explicitado por 205 pessoas (81,7%).

Quanto a **outro motivo**, não houve qualquer sugestão (0,0%).

C - Os inquiridos / as consideram o que mais valorizam / apreciam no seu *espaço de lazer*, na escala de 1 a 5 (menos a mais valoriza / aprecia), em média de pontuação obtida, por ordem decrescente, **ser útil aos outros (família, amigos, sociedade)** (4,49 pontos); ter repouso e fruição, tranquilidade (4,26); adquirir formação complementar ou específica (estudar, aprender) (3,54); ter hobbies / entretenimentos, imagem e som, colecções, bricolage (3,42); e ter actividades de competição e prémios (1,94).

Considerando o grau de *valorização / apreciação* declarado (3 + 4 + 5 / valoriza + valoriza muito + mais valoriza), por ordem decrescente, foi considerado **ser útil aos outros (família, amigos, sociedade)** (95,5%); ter repouso e fruição, tranquilidade (92,7%); adquirir formação complementar ou específica (estudar, aprender) (80,9%); ter hobbies / entretenimentos, imagem e som, colecções, bricolage (73,3%); e ter actividades de competição e prémios (29,3%).

O grau de valorização / apreciação mais frequente foi **o que mais valoriza / aprecia**, quanto a hobbies / entretenimentos, imagem e som, colecções, bricolage; quanto a ser

útil aos outros (família, amigos, sociedade); e quanto a ter repouso e fruição, tranquilidade; sendo **valoriza muito**, adquirir formação complementar ou específica (estudar, aprender); e **valoriza menos**, ter actividades de competição e prémios.

Quanto aos **hobbys / entretenimentos, imagem e som, colecções, bricolage**, consideram que mais valoriza, 67 pessoas (27,6%), valoriza, 58 (23,9%), valoriza muito, 53 (21,8%), valoriza pouco, 45 (18,5%), e menos valoriza, 20 (8,2%). Não responderam 36 inquiridos / as (12,9%) (Figura 32).

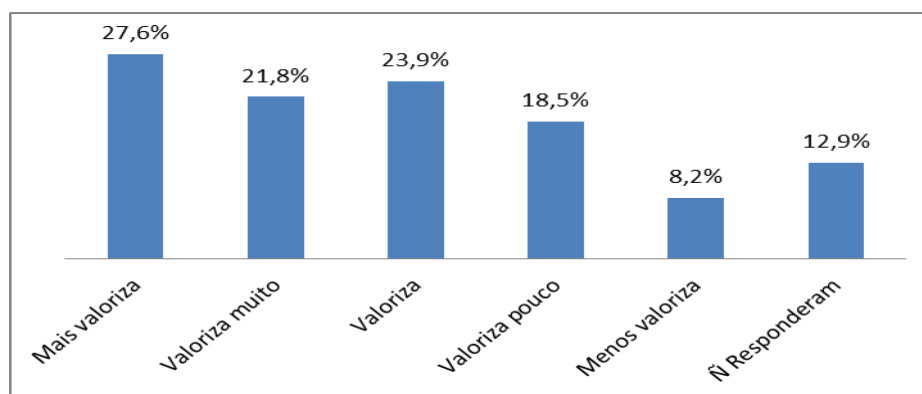


Figura 32 – Questionário: quanto a ter hobbys / entretenimentos, imagem e som, colecções, bricolage

O grau de *valorização / apreciação* declarado (3 + 4 + 5 / valoriza + valoriza muito + mais valoriza), foi explicitado por 178 pessoas (73,3%).

Quanto a **ter actividades de competição e prémios**, consideram que menos valoriza, 106 pessoas (46,3%), valoriza pouco, 56 (24,5%), valoriza, 49 (21,4%), valoriza muito, 10 (4,4%), e mais valoriza, 8 (3,5%). Não responderam 50 inquiridos / as (17,9%) (Figura 33).

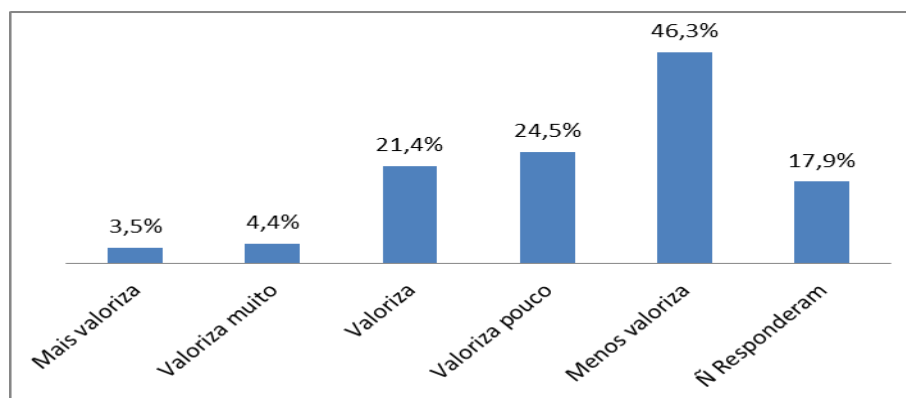


Figura 33 – Questionário: quanto a ter actividades de competição e prémios

O grau de *valorização / apreciação* declarado (3 + 4 + 5 / valoriza + valoriza muito + mais valoriza), foi explicitado por 67 pessoas (29,3%).

Quanto a **adquirir formação complementar ou específica (estudar, aprender)**, consideram ser o que valoriza muito, 68 pessoas (28,2%), mais valoriza, 67 (27,8%), valoriza, 60 (24,9%), menos valoriza, 27 (11,2%) e valoriza pouco, 19 (7,9%). Não responderam 38 inquiridos / as (13,6%) (Figura 34).

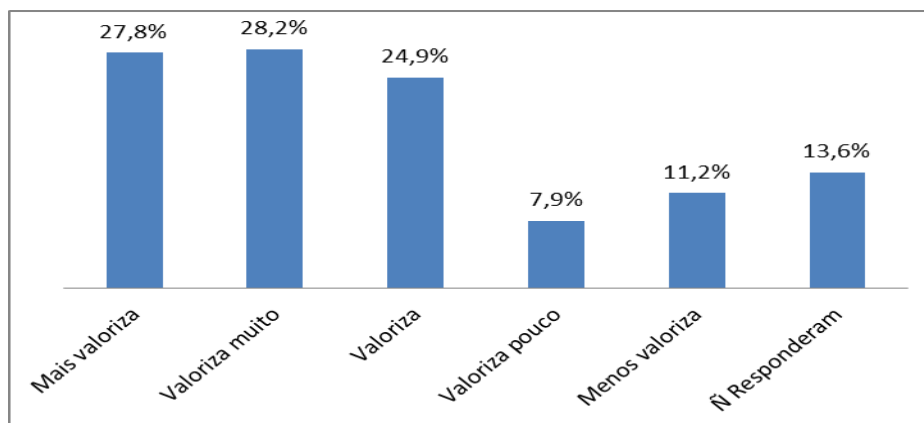


Figura 34 – Questionário: quanto a adquirir formação complementar ou específica (estudar, aprender)

O grau de *valorização / apreciação* declarado (3 + 4 + 5 / valoriza + valoriza muito + mais valoriza), foi explicitado por 195 pessoas (80,9%).

Quanto a **ser útil aos outros (família, amigos, sociedade)**, consideram ser o que mais valoriza, 183 pessoas (67,8%), valoriza muito, 53 (19,6%), valoriza, 22 (8,1%), valoriza pouco, 8 (3,0%), e menos valoriza, 4 (1,5%). Não responderam 9 inquiridos / as (3,2%) (Figura 35).

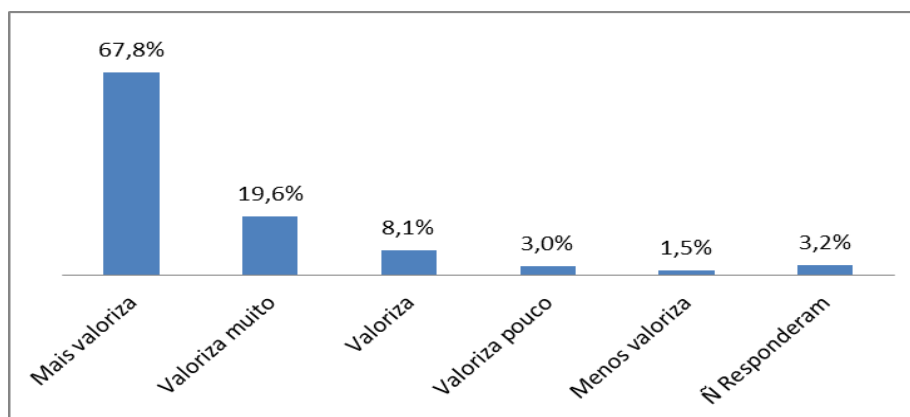


Figura 35 – Questionário: quanto a ser útil aos outros (família, amigos, sociedade)

O grau de *valorização / apreciação* declarado (3 + 4 + 5 / valoriza + valoriza muito + mais valoriza), foi explicitado por 258 pessoas (95,5%).

Quanto a **ter repouso e fruição, tranquilidade**, consideram ser o que mais valoriza, 146 pessoas (56,6%), valoriza muito, 60 (23,3%), valoriza, 33 (12,8%), valoriza pouco, 11 (4,3%), e menos valoriza, 8 (3,1%). Não responderam 21 inquiridos / as (7,5%) (Figura 36).

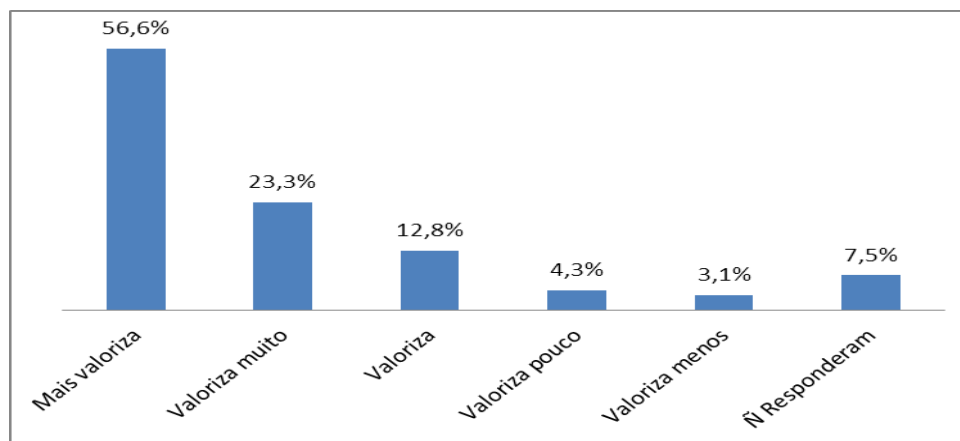


Figura 36 – Questionário: quanto a ter repouso e fruição, tranquilidade

O grau de *valorização / apreciação* declarado (3 + 4 + 5 / valoriza + valoriza muito + mais valoriza), foi explicitado por 239 pessoas (92,7%).

Quanto a **outro acto** que mais valoriza / aprecia, no seu espaço de lazer, houve 10 sugestões (4,0%), sendo 3 relativas a passear, e 1 relativa a cada acto: confeccionar refeições, contar histórias a crianças, hidroginástica, pescar, ocupar tempo, dar afecto ao agregado familiar, e fazer outros felizes.

D - Os inquiridos / as consideram o que mais valorizam / estimam quanto às *características do seu perfil*, na escala de 1 a 5 (menos a mais valoriza / estima), em média de pontuação obtida, por ordem decrescente, **ser responsável, empenhado, dedicado** (4,61); ser tranquilo, ponderado, equilibrado (4,26); ser alegre, divertido, comunicador (3,99); ser solidário, ter emoção, ser ou estar apaixonado (3,81); e ter sentido da descoberta, interesse pela inovação, aventura (3,08).

Considerando o grau de *valorização / estima* declarado (3 + 4 + 5 / valoriza + valoriza muito + mais valoriza), por ordem decrescente, foi considerado **ser responsável, empenhado, dedicado** (96,9%); ser tranquilo, ponderado, equilibrado (92,6%); ser

alegre, divertido, comunicador (86,4%); ser solidário, ter emoção, ser ou estar apaixonado (84,2%); e ter sentido da descoberta, interesse pela inovação, aventura (68,8%).

O grau de valorização / estima mais frequente foi **o que mais valoriza / estima**, quanto a ser responsável, empenhado, dedicado; quanto a ser tranquilo, ponderado, equilibrado; quanto a ser solidário, ter emoção, ser ou estar apaixonado; e quanto a ser alegre, divertido, comunicador; sendo **valoriza / estima muito**, quanto a ter sentido da descoberta, interesse pela inovação, aventura.

Quanto a **ser responsável, empenhado, dedicado**, consideram que mais valoriza / estima, 196 pessoas (74,2%), muito valoriza / estima, 46 (17,4%), valoriza / estima, 14 (5,3%), menos valoriza / estima, 6 (2,3%) e valoriza / estima pouco, 2 (0,8%). Não responderam 15 inquiridos / as (5,4%) (Figura 37).

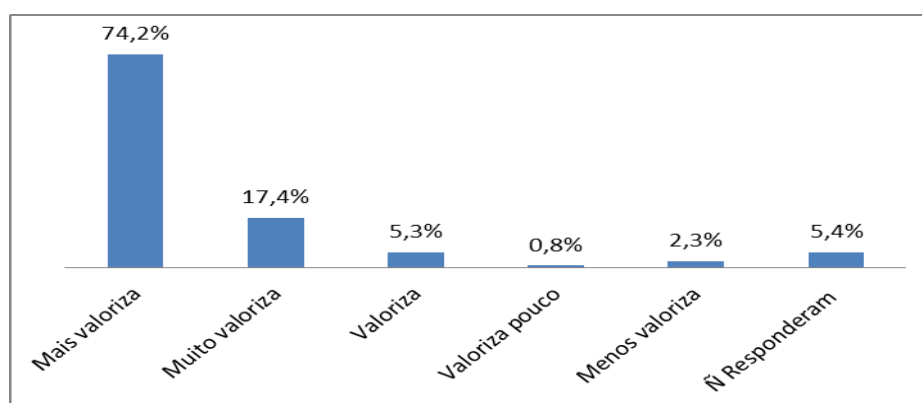


Figura 37 – Questionário: quanto a ser responsável, empenhado, dedicado

O grau de *valorização / estima* declarado (3 + 4 + 5 / valoriza + valoriza muito + mais valoriza), foi explicitado por 256 pessoas (96,9%).

Quanto a **ser tranquilo, ponderado, equilibrado**, consideram que mais valoriza / estima, 137 pessoas (53,3%), muito valoriza / estima, 73 (28,4%), valoriza / estima, 28 (10,9%), valoriza / estima pouco, 16 (6,2%), e menos valoriza / estima, 3 (1,2%). Não responderam 22 inquiridos / as (7,9%) (Figura 38).

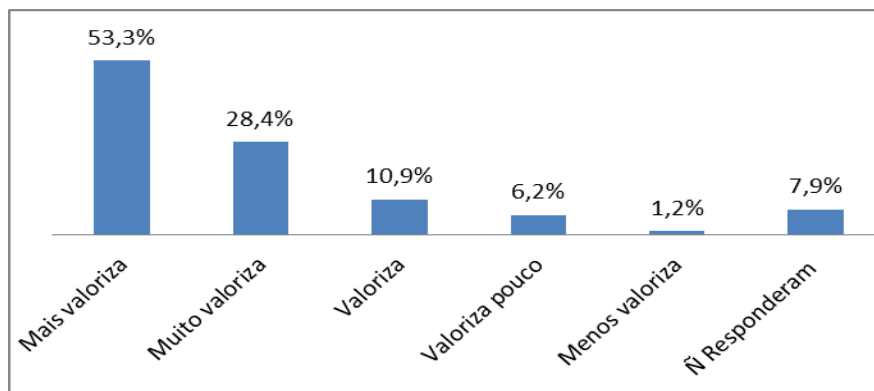


Figura 38 – Questionário: quanto a ser tranquilo, ponderado, equilibrado

O grau de *valorização / estima* declarado (3 + 4 + 5 / valoriza + valoriza muito + mais valoriza), foi explicitado por 238 pessoas (92,6%).

Quanto a **ter sentido da descoberta, interesse pela inovação, aventura**, consideram que valoriza / estima muito, 64 pessoas (26,7%), valoriza / estima, 62 (25,8%), menos valoriza / estima, 49 (20,4%), mais valoriza / estima, 39 (16,3%), e valoriza / estima pouco, 26 (10,8%). Não responderam 39 inquiridos / as (14%) (Figura 39).

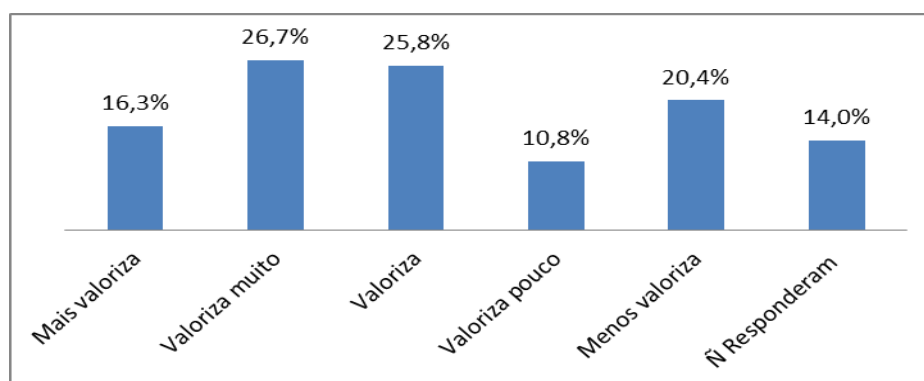


Figura 39 – Questionário: quanto a ter sentido da descoberta, interesse pela inovação, aventura

O grau de *valorização / estima* declarado (3 + 4 + 5 / valoriza + valoriza muito + mais valoriza), foi explicitado por 165 pessoas (68,8%).

Quanto a **ser solidário, ter emoção, ser ou estar apaixonado**, consideram que mais valoriza / estima, 87 pessoas (35,2%), valoriza / estima muito, 79 (32,0%), valoriza / estima, 42 (17,0%), valoriza / estima pouco, 26 (10,5%), e menos valoriza / estima, 13 (5,3%). Não responderam 32 inquiridos / as (11,5%) (Figura 40).

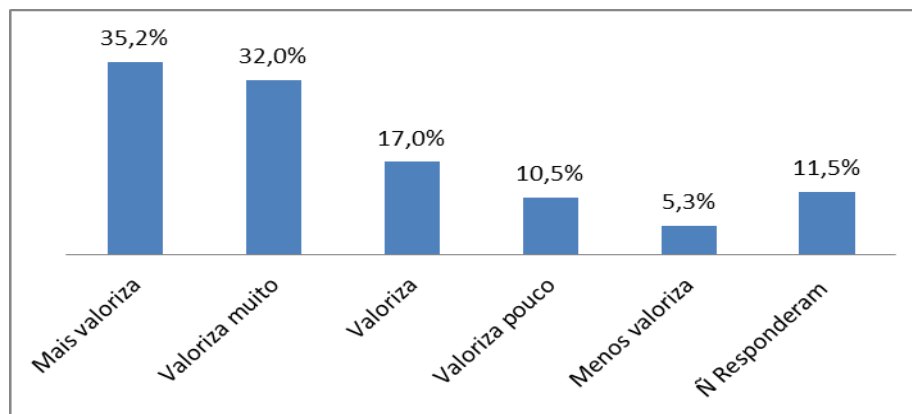


Figura 40 – Questionário: quanto a ser solidário, ter emoção, ser ou estar apaixonado

O grau de *valorização / estima* declarado (3 + 4 + 5 / valoriza + valoriza muito + mais valoriza), foi explicitado por 208 pessoas (84,2%).

Quanto a **ser alegre, divertido, comunicador**, consideram que mais valoriza / estima, 118 pessoas (46,1%), valoriza / estima muito, 66 (25,8%), valoriza / estima, 37 (14,5%), valoriza / estima pouco, 21 (8,2%), e menos valoriza / estima, 14 (5,5%). Não responderam 23 inquiridos / as (8,2%) (Figura 41).

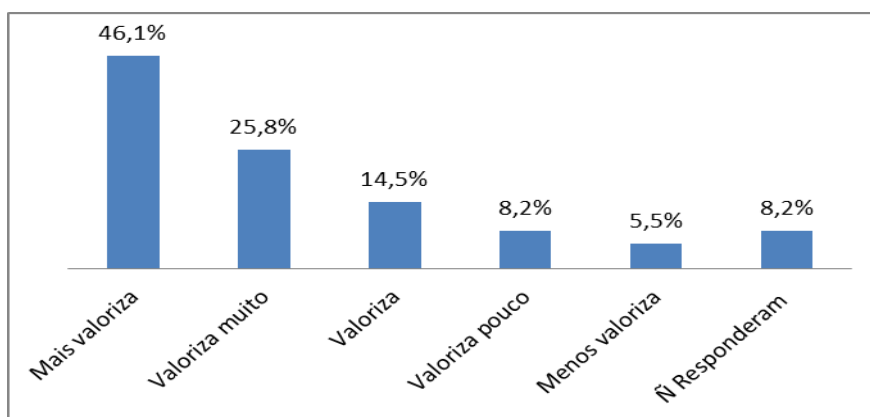


Figura 41 – Questionário: quanto a ser alegre, divertido, comunicador

O grau de *valorização / estima* declarado (3 + 4 + 5 / valoriza + valoriza muito + mais valoriza), foi explicitado por 221 pessoas (86,4%).

Quanto a **outras características** do seu perfil que mais valoriza / aprecia, houve 11 sugestões (4,4%), 1 relativa a cada capacidade: amar e ser amada, ter bom coração, conseguir relacionar-se com o mundo, ser criativa, fazer as pessoas sentirem-se bem, não sentir remorsos, ter higiene e limpeza, ser mais compreensivo, ser empreendedor, ser simpático, ter mais auto-estima.

Quanto à **família**:

A – Quanto ao **agregado familiar**, segundo a estrutura / dinâmica familiar, segundo a relação conjugal e segundo a relação parental, as hipóteses respondidas, que são correspondentes aos tipos de famílias do livro “Novos Tipos de Família, Plano de Cuidados”, foram já apresentados em “Caracterização dos Tipos de Família” e serão discutidos também a propósito da “Caracterização dos Tipos de Família”.

B – Quanto ao **grau de satisfação** com o tipo de família, a maioria dos inquiridos / as está muito satisfeito (156), correspondendo a 57,8%, seguindo-se, por ordem decrescente, 70 consideravelmente satisfeitos/as (25,9%), 29 estão satisfeitos/as (10,7%), 8 pouco satisfeitos/as (3,0%), e 7 insatisfeitos/as (2,6%). Não responderam 9 inquiridos / as (3,2%) (Figura 42).

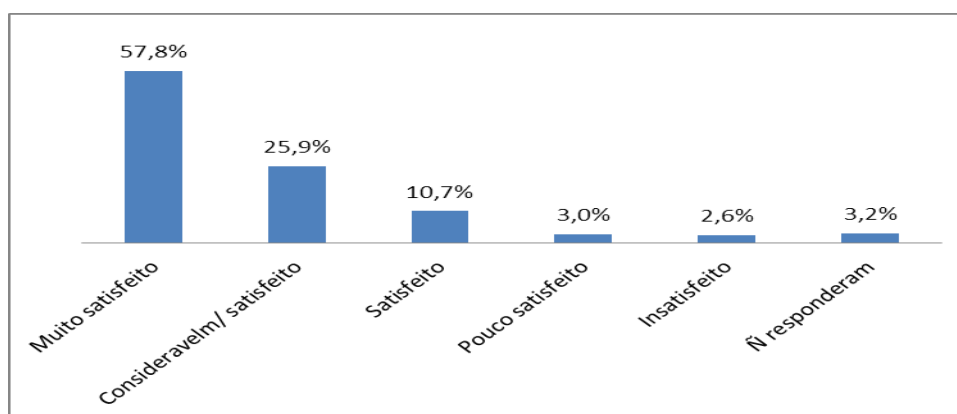


Figura 42 – Questionário: quanto à satisfação com o tipo de família

Considerando o grau de *satisfação* declarado (3 + 4 + 5 / satisfeito + consideravelmente satisfeito + muito satisfeito), 94,4% estão satisfeitos/as.

Registe-se ainda que estão insatisfeitos/as e pouco satisfeitos/as, 5,6% dos respondentes.

A média de pontuação obtida, quanto ao grau de satisfação com a sua família, foi 4,33.

C – Quanto ao **grau de funcionalidade** da família, a maioria considera a sua família funcional (171), correspondendo a 63,8%, seguindo-se, por ordem decrescente, 61 consideravelmente funcional (22,8%), 18 nem muito nem pouco funcional (6,7%), 11 pouco funcional (4,1%), e 7 disfuncional (2,6%). Não responderam 11 inquiridos / as (3,9%) (Figura 43).

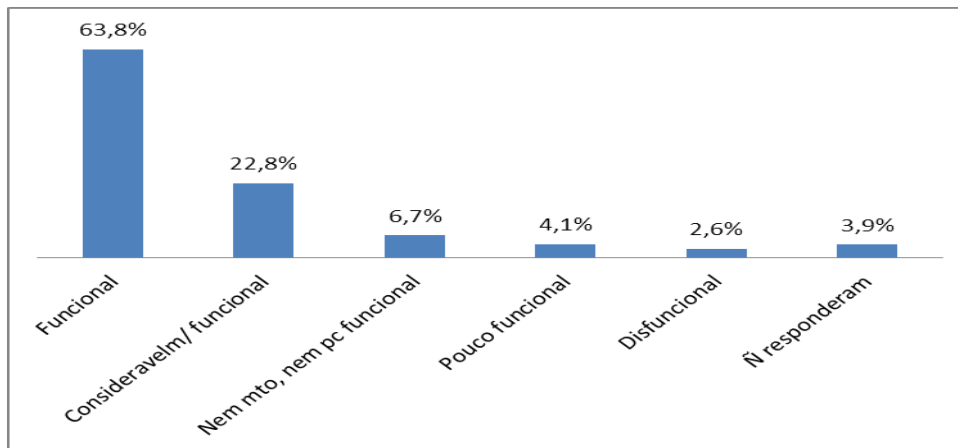


Figura 43 – Questionário: quanto à funcionalidade da família

Considerando o grau de *funcionalidade* declarado (4 + 5 / satisfeito + consideravelmente funcional + funcional), 86,6% consideram a sua família funcional.

Registe-se ainda que consideram a sua família nem muito nem pouco funcional, pouco funcional e disfuncional, 13,4% dos respondentes.

A média de pontuação obtida, quanto ao grau de funcionalidade da sua família, foi 4,41.

D – Quanto ao que mudaria na composição e na dinâmica da sua família, se considera a sua família não funcional, responderam 22 inquiridos (8,8%).

As **mudanças pretendidas na(s) família(s)** referiam-se a 4 casos de problemas conjugais (respeito, mentalidade, apoio, dedicação), 4 casos de problemas com os filhos (relação, emprego, saúde mental, educação parental), 4 casos de comunicação conjugal e parental, 3 casos de falta de tempo para marido e filhos, 2 casos de rotura conjugal, e casos únicos de desejo de vida comum, eliminação de solidão, fertilidade e “mudava tudo”. Um caso indefinido.

Quanto ao **trabalho**:

A - Os inquiridos / as consideram mais importante / satisfatório, quanto ao *estatuto profissional*, na escala de 1 a 5 (pouco a muito importante), em média de pontuação obtida, por ordem decrescente, **a profissão, que consideram adequada à sua formação** (4,16); o trabalho e emprego, que consideram adequados ao seu gosto (4,01 pontos); o local de trabalho (3,43); a duração e o horário de trabalho (3,25); e as condições logísticas e de materiais no trabalho (3,05).

Considerando o grau de *importância / satisfação* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), por ordem decrescente, foi considerada a **profissão, que consideram adequada à sua formação** (92,2%); o trabalho e emprego, que consideram adequados ao seu gosto (88,7%); o local de trabalho (80,9%); a duração e o horário de trabalho (69,7%); e as condições logísticas e de materiais no trabalho (64,7%).

O grau de importância / satisfação mais frequente foi **muito importante**, quanto à profissão que consideram adequada à sua formação; e quanto ao trabalho e emprego, que consideram adequados ao seu gosto; sendo **moderadamente importante**, quanto ao local de trabalho; e quanto às condições logísticas e de materiais no trabalho; e **importante**, quanto à duração e o horário de trabalho.

Quanto à **profissão, que consideram adequada à sua formação**, consideram-na muito importante, 96 pessoas (52,7%), importante, 43 (23,6%), moderadamente importante 29 (15,9%), pouco importante, 9 (4,9%), e algo importante, 5 (2,7%). Não responderam 97 inquiridos / as (34,8%) (Figura 44).

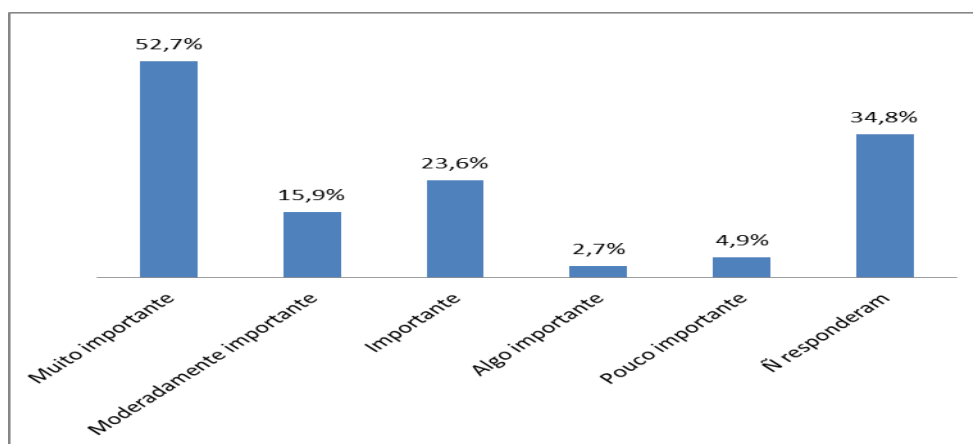


Figura 44 – Questionário: quanto à profissão, que consideram adequada à sua formação

O grau de *importância / satisfação* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 168 pessoas (92,2%).

Quanto ao **trabalho e emprego, que consideram adequados ao seu gosto**, consideram-no muito importante, 74 pessoas (40,0%), importante, 66 (35,7%), moderadamente importante, 24 (13,0%), algo importante, 14 (7,6%), e pouco importante, 7 (3,8%). Não responderam 94 inquiridos / as (33,7%) (Figura 45).

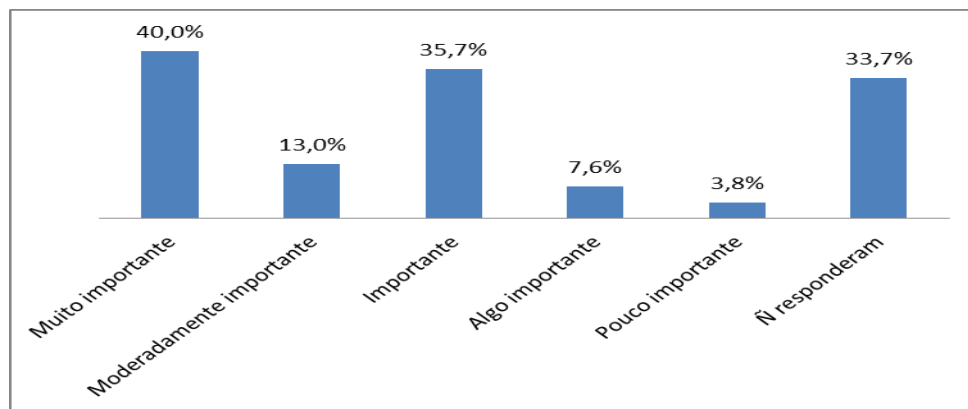


Figura 45 – Questionário: quanto ao trabalho e emprego, que consideram adequados ao seu gosto

O grau de *importância / satisfação* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 164 pessoas (88,7%).

Quanto ao **local de trabalho**, consideram-no moderadamente importante, 58 pessoas (33,5%), importante e muito importante, 41 cada (23,7% cada), algo importante 17 (9,8%), e pouco importante, 16 (9,2%). Não responderam 106 inquiridos / as (38,0%) (Figura 46).

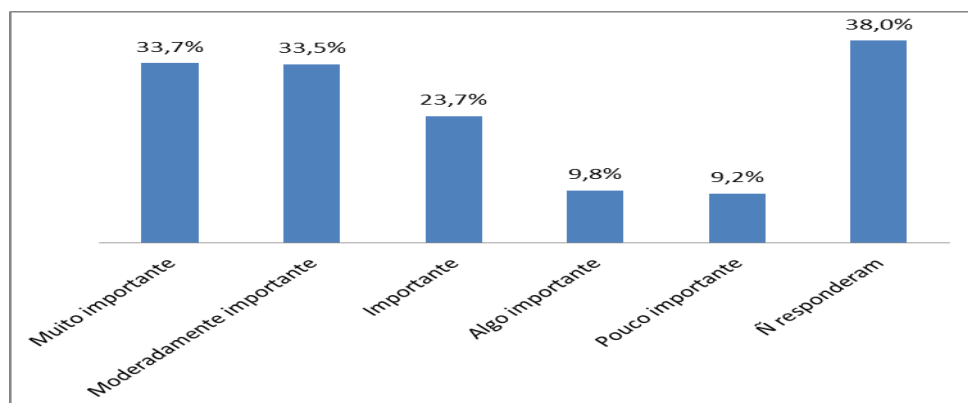


Figura 46 – Questionário: quanto ao local de trabalho

O grau de *importância / satisfação* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 140 pessoas (80,9%).

Quanto à **duração e o horário de trabalho**, consideram-nos importante, 44 pessoas (25,1%), moderadamente importante, 40 (22,9%), muito importante 38 (21,7%), algo importante 30 (17,1%), e pouco importante, 23 (13,1%). Não responderam 104 inquiridos / as (37,3%) (Figura 47).

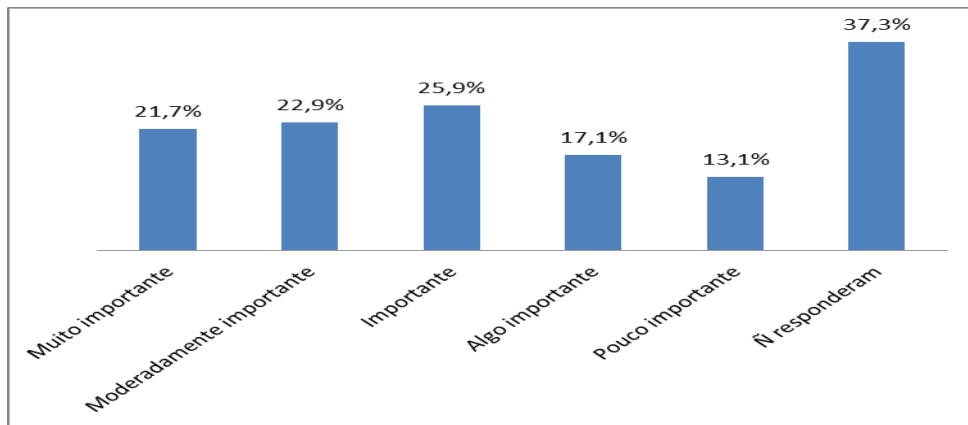


Figura 47 – Questionário: quanto à duração e o horário de trabalho

O grau de *importância / satisfação* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 122 pessoas (69,7%).

Quanto às **condições logísticas e de materiais no trabalho**, consideram-nos moderadamente importante 47 (27,6%), algo importante, 38 pessoas (22,4%), importante, 35 (20,6%), muito importante 28 (16,5%), e pouco importante, 22 (12,9%). Não responderam 109 inquiridos / as (39,1%) (Figura 48).

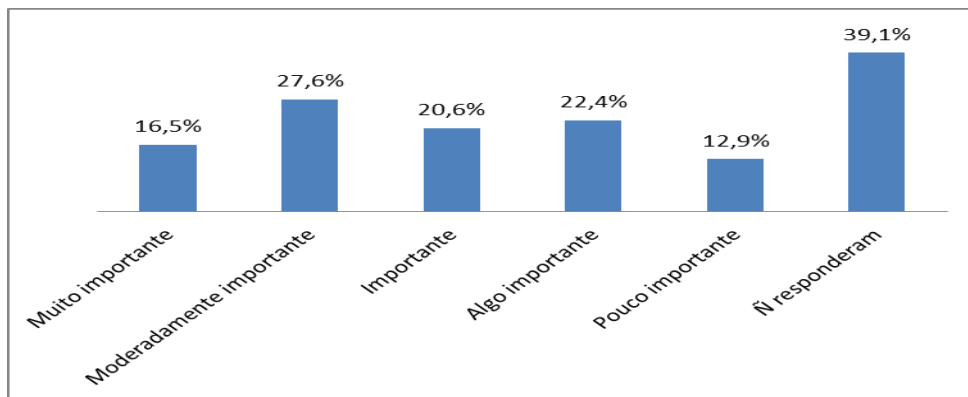


Figura 48 – Questionário: quanto às condições logísticas e de materiais no trabalho

O grau de *importância / satisfação* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 110 pessoas (64,7%).

Quanto a **outros factores**, considerados mais importantes e satisfatórios, quanto ao estatuto profissional, houve 21 respostas (9,7%), 12 referenciando a sua condição de reformado / aposentado, 1 relativa à sua condição de desempregada, 1 relativa à sua condição de estudante, e 6 referenciando um de cada factor: gostar do trabalho,

instabilidade financeira, burocracia, ocupação de tempo, insegurança no emprego, prémios para incentivo e produtividade.

B - Os inquiridos / as consideram mais importante / satisfatório, quanto às *relações laborais*, na escala de 1 a 5 (pouco a muito importante), em média de pontuação obtida, por ordem decrescente, **o ambiente de trabalho, em harmonia sem conflitualidade** (4,43 pontos); a organização do trabalho produtivo, partilhado e saudável (4,04); as relações humanas com o público, fornecedores externos e outros contactantes (3,74); a relação profissional com a entidade patronal e seus responsáveis (3,73); e a relação de proximidade com os colegas de trabalho (3,72).

Considerando o grau de *importância / satisfação* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), por ordem decrescente, foi considerado **o ambiente de trabalho, em harmonia sem conflitualidade** (93,9%); a organização do trabalho produtivo, partilhado e saudável (90,2%); a relação profissional com a entidade patronal e seus responsáveis (81,7%); as relações humanas com o público, fornecedores externos e outros contactantes (80,4%); e a relação de proximidade com os colegas de trabalho (80,1%).

O grau de importância / satisfação mais frequente foi **muito importante**, quanto ao ambiente de trabalho, em harmonia sem conflitualidade; quanto à organização do trabalho produtivo, partilhado e saudável; quanto à relação profissional com a entidade patronal e seus responsáveis; quanto às relações humanas com o público, fornecedores externos e outros contactantes, e quanto à relação de proximidade com os colegas de trabalho.

Quanto à **relação de proximidade com os colegas de trabalho**, consideram-na muito importante, 69 pessoas (37,1%), importante, 51 (27,4%), moderadamente importante, 29 (15,6%), pouco importante, 19 (10,2%), e algo importante, 18 (9,7%). Não responderam 93 inquiridos / as (33,3%) (Figura 49).

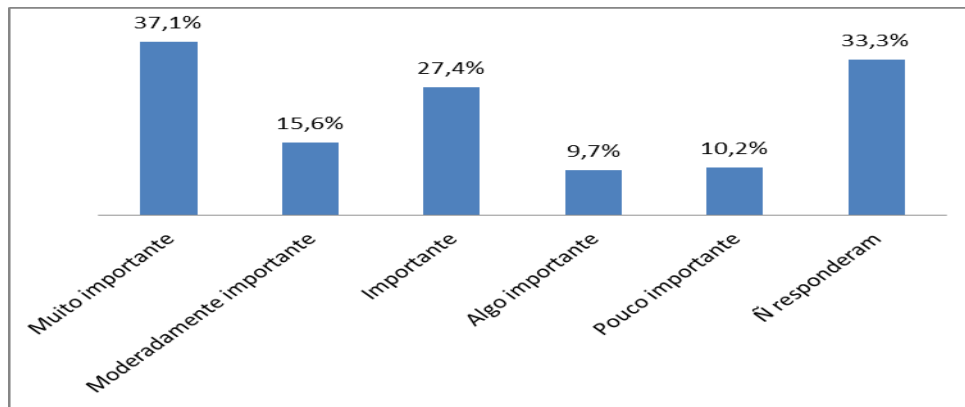


Figura 49 – Questionário: quanto à relação de proximidade com os colegas de trabalho

O grau de *importância / satisfação* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 149 pessoas (80,1%).

Quanto ao **ambiente de trabalho, em harmonia sem conflitualidade**, consideram-nos muito importante, 133 pessoas (66,8%), importante, 38 (19,1%), moderadamente importante, 16 (8,0%), pouco importante, 8 (4,0%), e algo importante, 4 (2,0%). Não responderam 80 inquiridos / as (28,7%) (Figura 50).

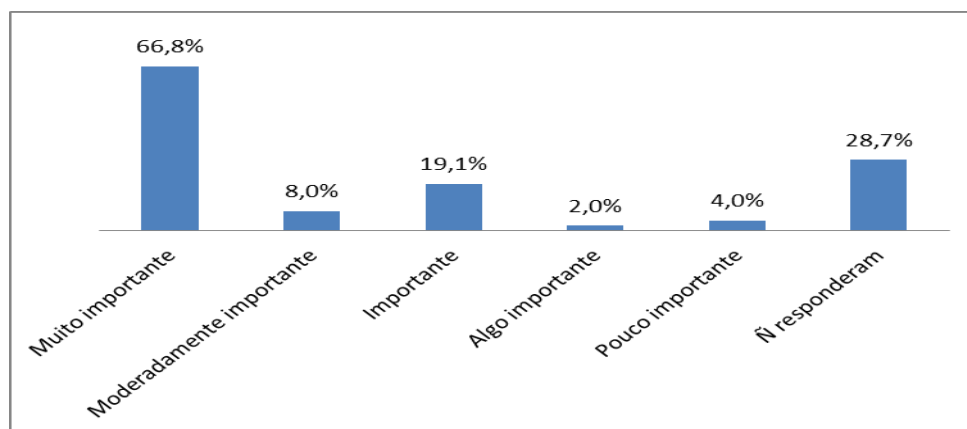


Figura 50 – Questionário: quanto ao ambiente de trabalho, em harmonia sem conflitualidade

O grau de *importância / satisfação* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante) foi explicitado por 187 pessoas (93,9%).

Quanto à **organização do trabalho produtivo, partilhado e rentável**, consideram-nos muito importante, 82 pessoas (44,6%), importante, 51 (27,7%), moderadamente

importante, 33 (17,9%), algo importante, 12 (6,5%), e pouco importante, 6 (3,3%). Não responderam 95 inquiridos / as (34,1%) (Figura 51).

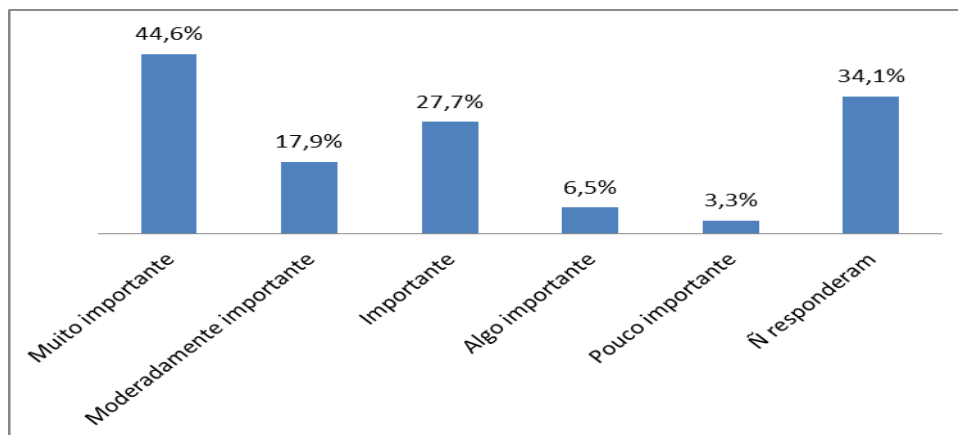


Figura 51 – Questionário: quanto à organização do trabalho produtivo, partilhado e rentável

O grau de *importância / satisfação* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 166 pessoas (90,2%).

Quanto à **relação profissional com a entidade patronal e seus responsáveis**, consideram-nos muito importante, 61 pessoas (33,9%), importante, 59 (32,8%), moderadamente importante, 27 (15,0%), algo importante, 17 (9,4%), e pouco importante, 16 (8,9%). Não responderam 99 inquiridos / as (35,5%) (Figura 52).

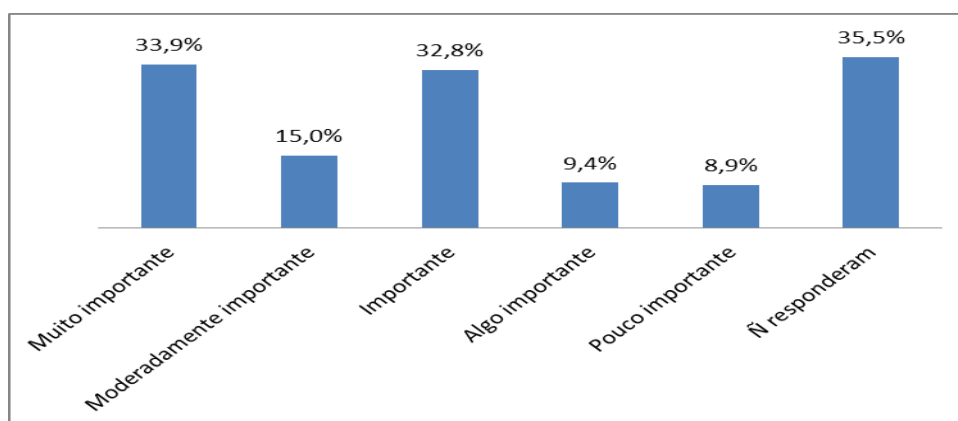


Figura 52 – Questionário: quanto à relação profissional com a entidade patronal e seus responsáveis

O grau de *importância / satisfação* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 147 pessoas (81,7%).

Quanto às **relações humanas com o público, fornecedores externos e outros contactantes**, consideram-nas muito importante, 69 pessoas (38,8%), importante, 47 (26,4%), moderadamente importante, 27 (15,2%), pouco importante, 18 (10,1%), e algo importante, 17 (9,6%). Não responderam 101 inquiridos / as (36,2%) (Figura 53).

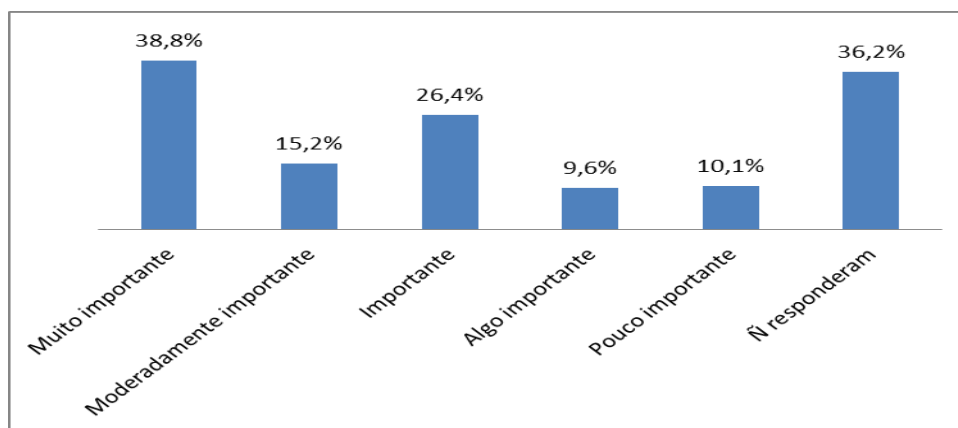


Figura 53 – Questionário: quanto às relações humanas com o público, fornecedores externos e outros contactantes

O grau de *importância / satisfação* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 143 pessoas (80,4%).

Quanto a **outros factores**, considerados mais importantes e satisfatórios, quanto às relações laborais, houve 6 respostas (2,3%), individualizadas quanto a tolerância, respeito, e novamente relações humanas, e 3 respostas sobre a situação de reformado.

C - Os inquiridos / as consideram mais importante, quanto à **remuneração**, na escala de 1 a 5 (pouco a muito importante), em média de pontuação obtida, por ordem decrescente, **assegurar a sua sustentabilidade e da família** (4,71 pontos); estar satisfeito com a remuneração que tem, adequada ao seu valor (3,87); não ter preocupação com o valor da remuneração necessária e suficiente (3,21); garantir remuneração avultada e adquirir e fazer o que não necessita mas gosta (2,64); e acumular mais trabalhos e empregos, para ter melhor remuneração (2,56).

Considerando o grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), por ordem decrescente, foi considerado **assegurar a sua sustentabilidade e da família** (99,0%); estar satisfeito com a remuneração que tem, adequada ao seu valor (86,7%); não ter preocupação com o valor da remuneração

necessária e suficiente (71,5%); garantir remuneração avultada e adquirir e fazer o que não necessita mas gosta (56,6%); e acumular mais trabalhos e empregos, para ter melhor remuneração (47,7%).

O grau de importância mais frequente foi **muito importante**, quanto a assegurar a sua sustentabilidade e da família; e quanto a estar satisfeito com a remuneração que tem, adequada ao seu valor; e **moderadamente importante**, quanto a não ter preocupação com o valor da remuneração necessária e suficiente; e quanto a garantir remunerações avultadas e adquirir e fazer o que não necessita mas gosta; sendo **pouco importante**, quanto a acumular mais trabalhos e emprego, para ter melhor remuneração.

Quanto a **estar satisfeito com a remuneração que tem, adequada ao seu valor**, consideram muito importante, 80 pessoas (40,8%), importante, 50 (25,5%), moderadamente importante 40 (20,4%), pouco importante, e algo importante, 13 cada (6,6% cada). Não responderam 83 inquiridos / as (29,7%) (Figura 54).

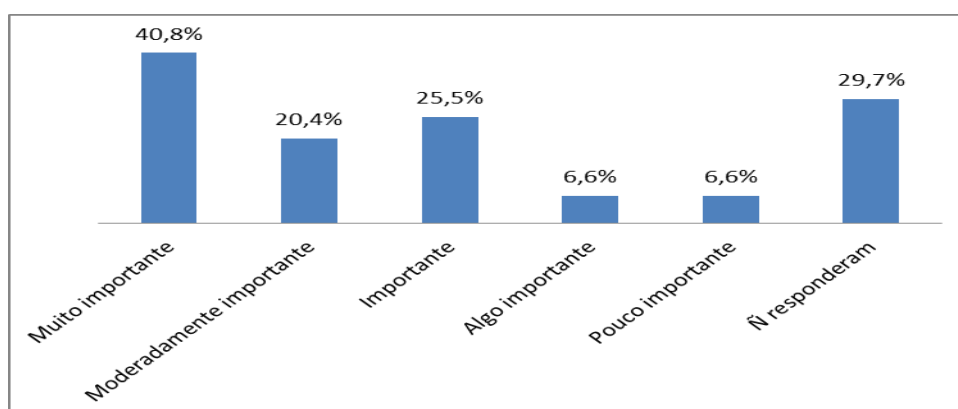


Figura 54 – Questionário: quanto a estar satisfeito com a remuneração que tem, adequada ao seu valor

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 170 pessoas (86,7%).

Quanto a **acumular mais trabalhos e empregos, para ter melhor remuneração**, consideram pouco importante, 50 pessoas (28,1%), algo importante, 43 (24,2%), moderadamente importante, 39 (21,9%), importante, 28 (15,7%), e muito importante, 18 (10,1%). Não responderam 101 inquiridos / as (36,2%) (Figura 55).

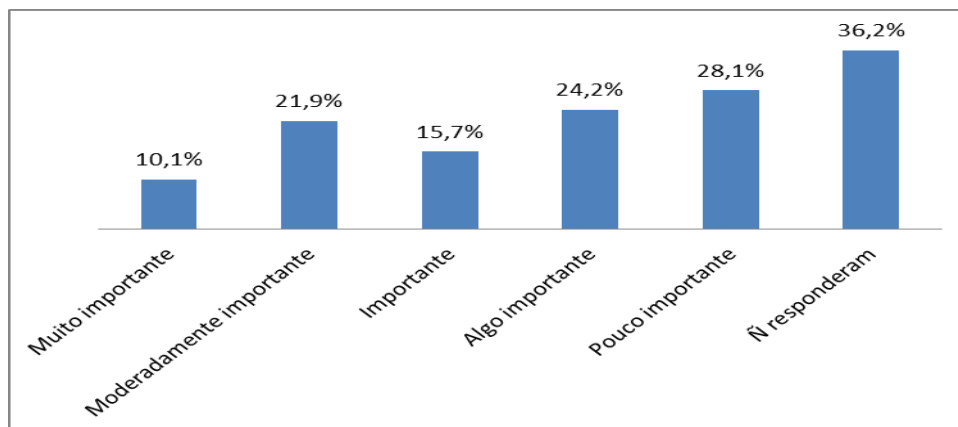


Figura 55 – Questionário: quanto a acumular mais trabalhos e empregos, para ter melhor remuneração

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 85 pessoas (47,7%).

Quanto a **não ter preocupação com o valor da remuneração necessária e suficiente**, consideram moderadamente importante, 50 pessoas (27,9%), importante, 43 (24,0%), muito importante, 35 (19,6%), algo importante, 27 (15,1%), e pouco importante, 24 (13,4%). Não responderam 100 inquiridos / as (35,8%) (Figura 56).

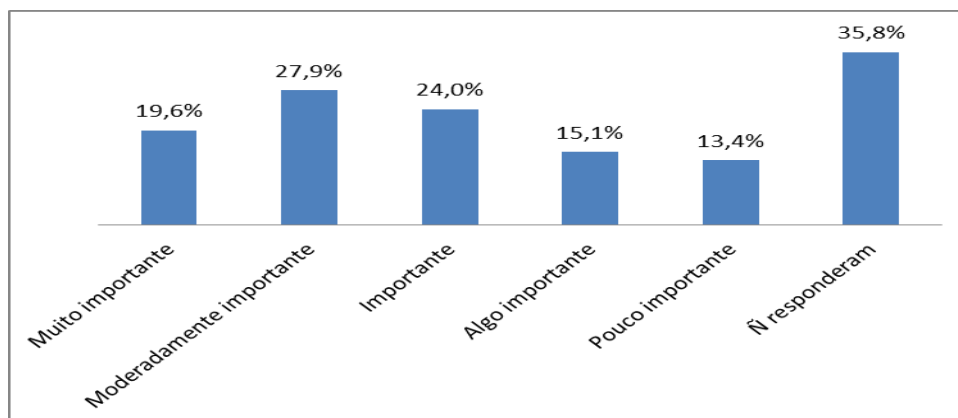


Figura 56 – Questionário: quanto a não ter preocupação com o valor da remuneração necessária e suficiente

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 128 pessoas (71,5%).

Quanto a **assegurar a sua sustentabilidade e da família**, consideram muito importante, 154 pessoas (77,4%), importante, 36 (18,1%), moderadamente importante,

7 (3,5%), algo importante, 1 (0,5%), e pouco importante, 1 (0,5%). Não responderam 80 inquiridos / as (28,7%) (Figura 57).

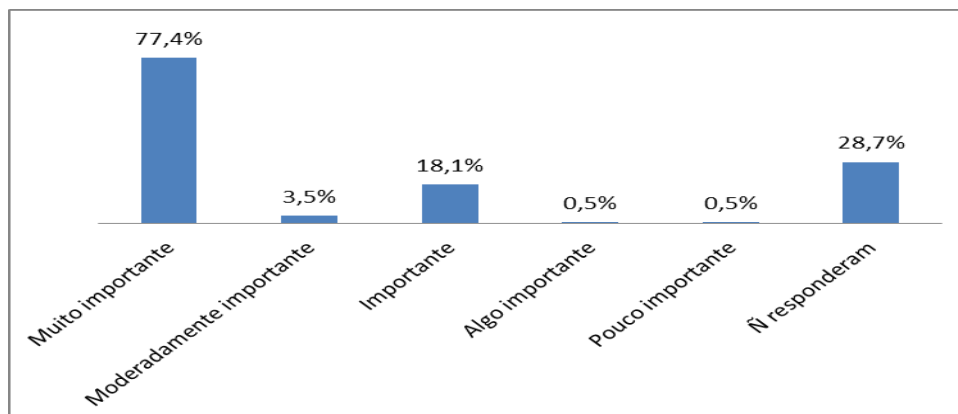


Figura 57 – Questionário: quanto a assegurar a sua sustentabilidade e da família

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 197 pessoas (99,0%).

Quanto a **garantir remuneração avultada e adquirir e fazer o que não necessita mas gosta**, consideram moderadamente importante, 60 pessoas (34,3%), algo importante, 39 (22,3%), pouco importante, 37 (21,1%), importante, 28 (16,0%), e muito importante, 11 (6,3%). Não responderam 104 inquiridos / as (37,3%) (Figura 58).

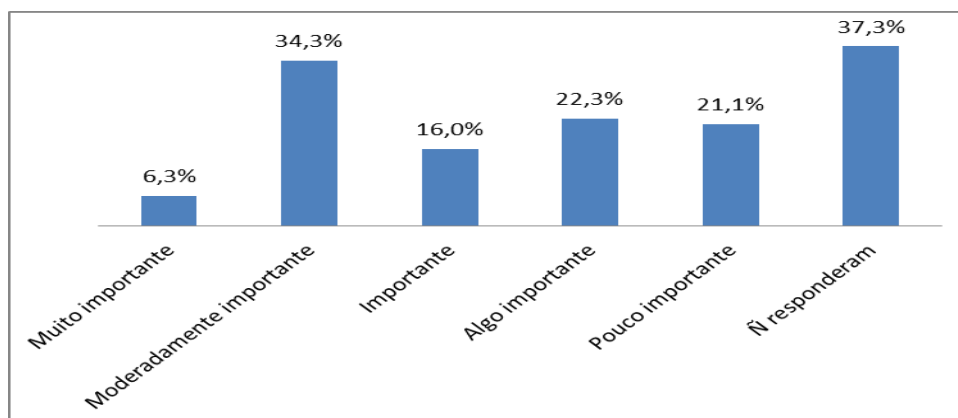


Figura 58 – Questionário: quanto a garantir remuneração avultada e adquirir e fazer o que não necessita mas gosta

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 99 pessoas (56,6%).

Quanto a **outra atitude**, considerada mais importante, quanto à remuneração, houve 6 respostas (2,4%), 3 reiterando a situação de reformado, e 1 resposta individualizada,

quanto a gosto na profissão, dificuldades económicas, e remuneração que deveria ser consoante a qualidade e a produção no trabalho.

D - Os inquiridos/as consideram mais importante, quanto à *igualdade de oportunidades*, na escala de 1 a 5 (pouco a muito importante), em média de pontuação obtida, por ordem decrescente, **ter as mesmas oportunidades que os colegas, para idênticas qualificações** (4,33 pontos); não haver discriminação de género masculino e feminino no trabalho (4,19); ser promovido por mérito ou antiguidade, para incentivo e realização no trabalho (4,12); ser valorizado como recurso humano, em detrimento dos materiais e meios de produção (3,90); e obter dividendos para melhor estatuto económico (2,90).

Considerando o grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), por ordem decrescente, foi considerado **ter as mesmas oportunidades que os colegas, para idênticas qualificações** (93,0%); não haver discriminação do género masculino e feminino no trabalho (88,1%); ser promovido por mérito ou antiguidade, para incentivo e realização no trabalho (90,5%); ser valorizado como recurso humano, em detrimento dos materiais e meios de produção (85,8%); e obter dividendos para melhor estatuto económico (64,9%).

O *grau* de importância mais frequente foi **muito importante**, quanto a ter as mesmas oportunidades que os colegas, para idênticas qualificações; quanto a ser promovido por mérito ou antiguidade, para incentivo e realização no trabalho; quanto a ser valorizado como recurso humano, em detrimento dos materiais e meios de produção; e quanto a não haver discriminação de género masculino e feminino no trabalho; sendo **moderadamente importante**, quanto a obter dividendos para melhor estatuto económico.

Quanto a **ter as mesmas oportunidades que os colegas, para idênticas qualificações**, consideram muito importante, 107 pessoas (57,2%), importante, 52 (27,8%), moderadamente importante, 15 (8,0%), algo importante, 9 (4,8%), e pouco importante, 4 (2,1%). Não responderam 92 inquiridos / as (33,0%) (Figura 59).

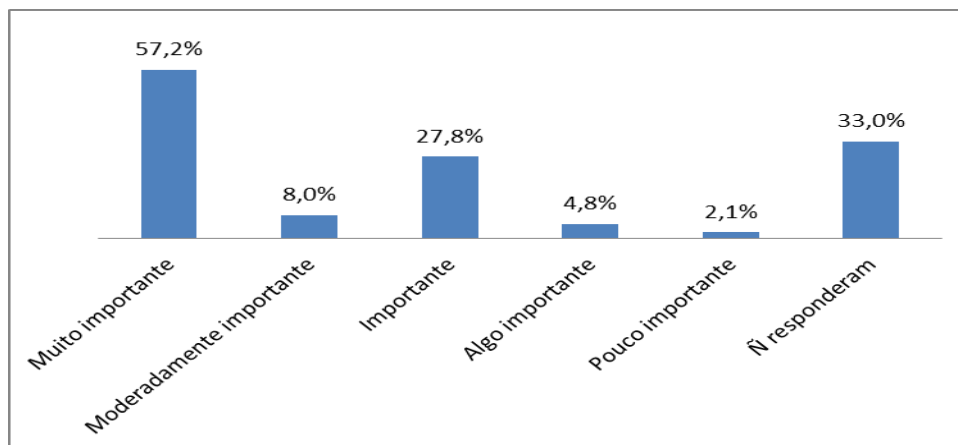


Figura 59 – Questionário: quanto a ter as mesmas oportunidades que os colegas, para idênticas qualificações

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 174 pessoas (93,0%).

Quanto a ser **promovido por mérito ou antiguidade, para incentivo e realização no trabalho**, consideram muito importante, 90 pessoas (50,3%), importante, 46 (25,7%), moderadamente importante, 26 (14,5%), pouco importante, 9 (5,0%), e algo importante, 8 (4,5%). Não responderam 100 inquiridos / as (35,8%) (Figura 60).

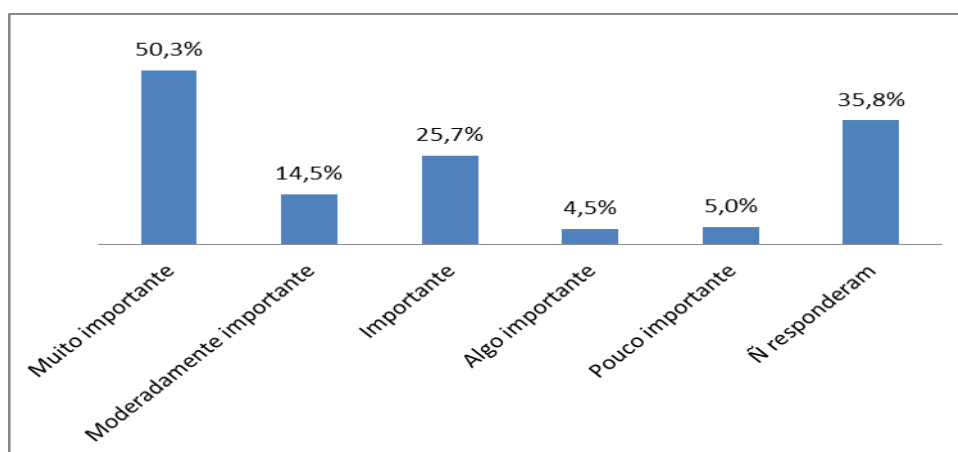


Figura 60 – Questionário: quanto a ser promovido por mérito ou antiguidade, para incentivo e realização no trabalho

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 162 pessoas (90,5%).

Quanto a **obter dividendos para melhor estatuto económico**, consideram moderadamente importante, 50 pessoas (28,7%), importante, 42 (24,1%), pouco importante, 41 (23,6%), muito importante, 21 (12,1%), e algo importante, 20 (11,5%). Não responderam 105 inquiridos / as (37,6%) (Figura 61).

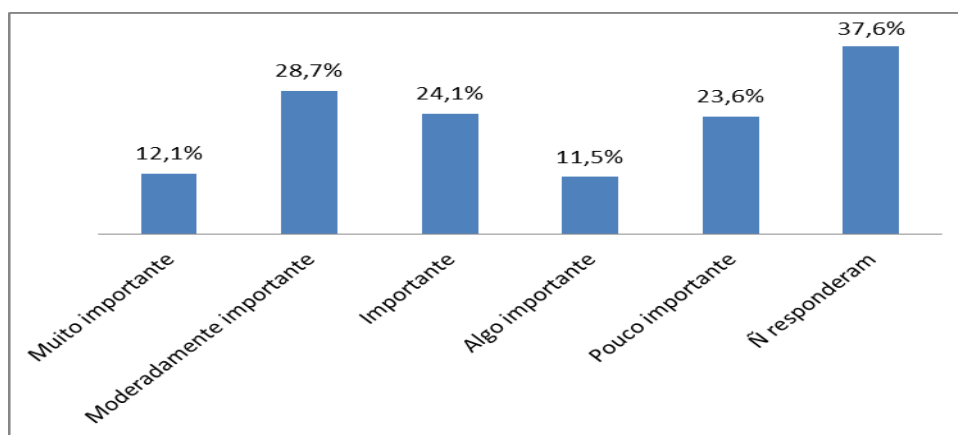


Figura 61 – Questionário: quanto a obter dividendos para melhor estatuto económico

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante) foi explicitado por 113 pessoas (64,9%).

Quanto a ser **valorizado como recurso humano, em detrimento dos materiais e meios de produção**, consideram muito importante, 73 pessoas (41,5%), importante, 43 (24,4%), moderadamente importante, 35 (19,9%), algo importante, 20 (11,4%), e pouco importante, 5 (1,8%). Não responderam 103 inquiridos / as (36,9%) (Figura 62).

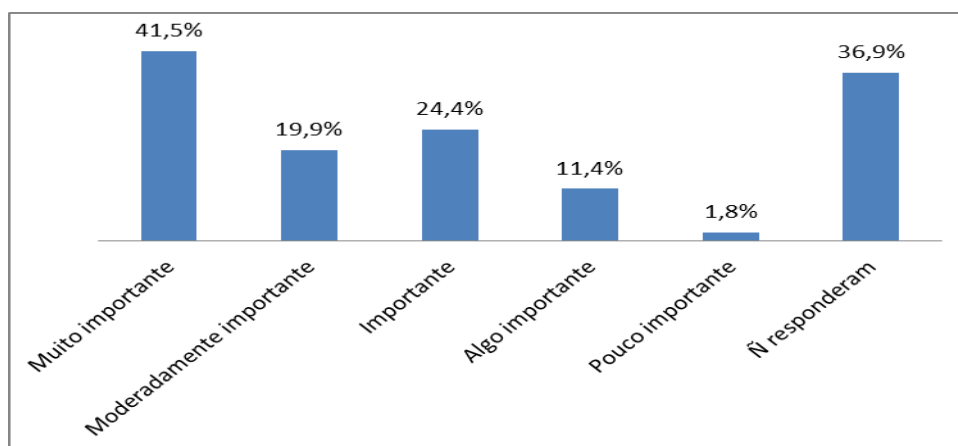


Figura 62 – Questionário: quanto a ser valorizado como recurso humano, em detrimento dos materiais e meios de produção

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 151 pessoas (85,8%).

Quanto a não haver **discriminação de género masculino e feminino no trabalho**, consideram muito importante, 104 pessoas (59,1%), importante, 33 (18,8%), moderadamente importante, 18 (10,2%), pouco importante, 11 (6,3%), e algo importante, 10 (5,7%). Não responderam 103 inquiridos / as (36,9%) (Figura 63).

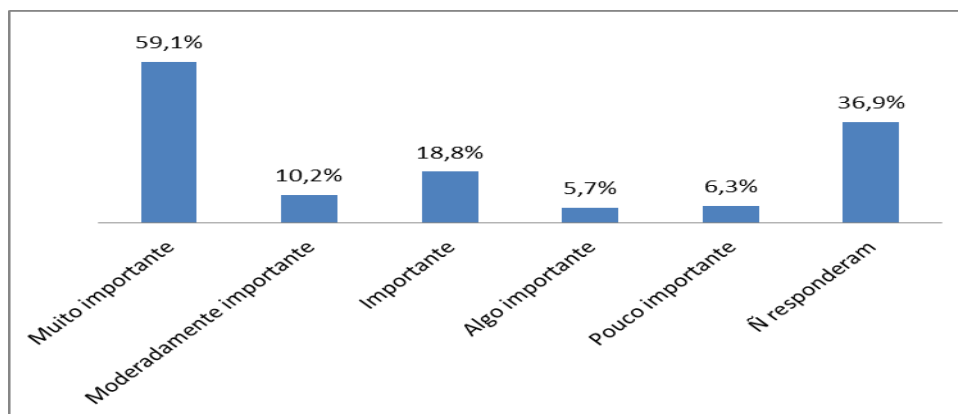


Figura 63 – Questionário: quanto a não haver discriminação de género masculino e feminino no trabalho

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 155 pessoas (88,1%).

Quanto a **outra atitude**, considerada mais importante, quanto à igualdade de oportunidades, houve 3 respostas (1,1%), 2 referindo a situação de reformado, e 1 referindo a promoção por mérito e não por antiguidade.

E - Os inquiridos / as consideram mais importante, quanto à ***influência do trabalho e da família***, na escala de 1 a 5 (pouco a muito importante), em média de pontuação obtida, por ordem decrescente, **o trabalho não interferir com a afectividade familiar** (4,47 pontos); haver factor de equilíbrio, quer no trabalho quer na família (4,19); haver independência total do trabalho em relação à família (4,02); a família não alterar a produtividade do trabalho (3,62); e ser origem de conflitos, quer no trabalho quer na família (2,12).

Considerando o grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), por ordem decrescente, foi considerado **o trabalho**

não interferir com a afectividade familiar (95,9%); haver factor de equilíbrio, quer no trabalho quer na família (92,0%); haver independência total do trabalho em relação à família (90,7%); a família não alterar a produtividade do trabalho (82,4%); e ser origem de conflitos, quer no trabalho quer na família (33,3%).

O grau de importância mais frequente foi **muito importante**, quanto à independência total do trabalho em relação à família; quanto ao trabalho não interferir com a afectividade familiar; quanto à família não alterar a produtividade do trabalho; e quanto a haver factor de equilíbrio, quer no trabalho quer na família; e **pouco importante**, quanto a ser origem de conflitos, quer no trabalho, quer na família.

Quanto à **independência total do trabalho em relação à família**, consideram muito importante, 78 pessoas (42,4%), importante, 58 (31,5%), moderadamente importante, 31 (16,8%), pouco importante, 9 (4,9%), e algo importante, 8 (4,3%). Não responderam 95 inquiridos / as (34,1%) (Figura 64).

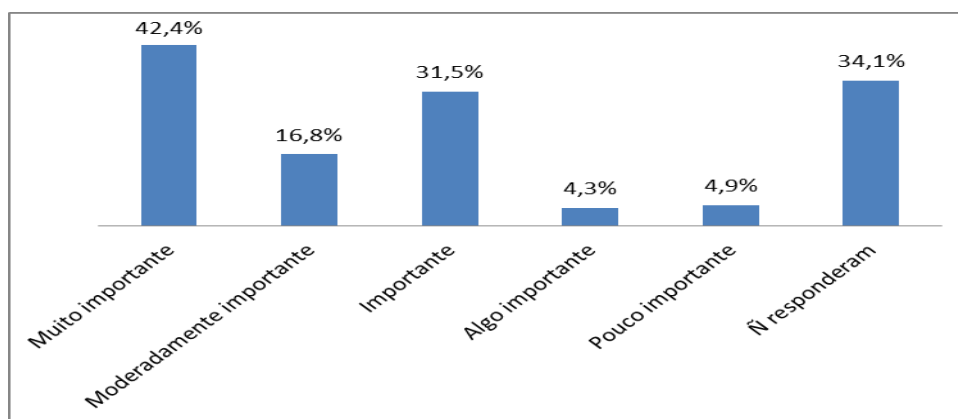


Figura 64 – Questionário: quanto à independência total do trabalho em relação à família

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 167 pessoas (90,7%).

Quanto ao **trabalho não interferir com a afectividade familiar**, consideram muito importante, 122 pessoas (63,9%), importante, 46 (24,1%), moderadamente importante, 15 (7,9%), algo importante, 6 (3,1%), e pouco importante, 2 (1,0%). Não responderam 88 inquiridos / as (31,5%) (Figura 65).

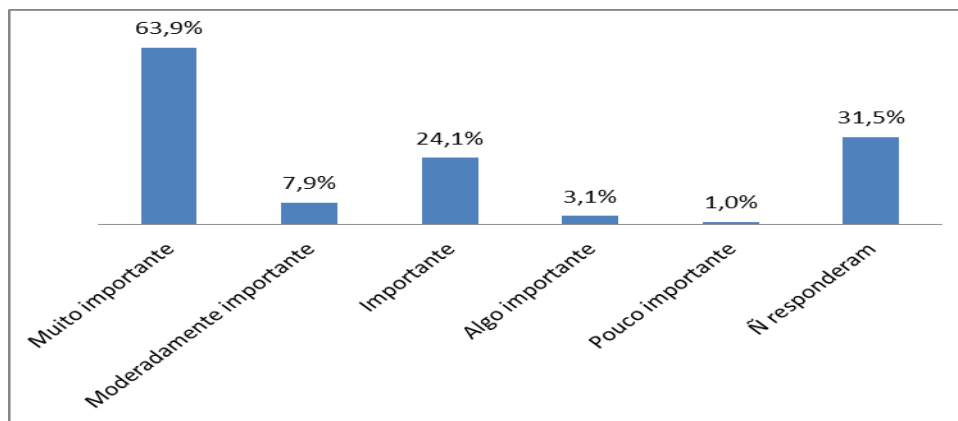


Figura 65 – Questionário: quanto ao trabalho não interferir com a afectividade familiar

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 183 pessoas (95,9%).

Quanto à **família não alterar a produtividade do trabalho**, consideram muito importante, 52 pessoas (28,6%), importante, 49 (26,9%), bem como moderadamente importante, 49 (26,9%), algo importante, 23 (12,6%), e pouco importante, 9 (4,9%). Não responderam 97 inquiridos / as (34,8%) (Figura 66).

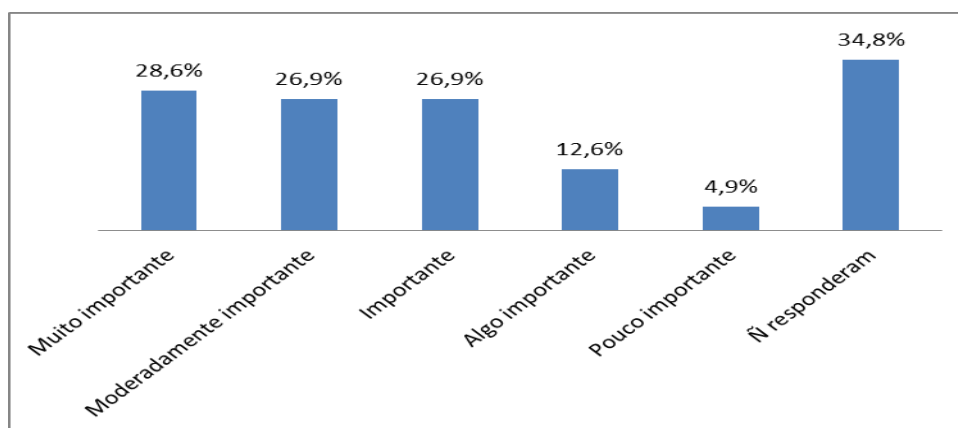


Figura 66 – Questionário: quanto à família não alterar a produtividade do trabalho

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 150 pessoas (82,4%).

Quanto a **ser origem de conflitos, quer no trabalho quer na família**, consideram pouco importante, 88 pessoas (51,5%), algo importante, 26 (15,2%), moderadamente importante, 25 (14,6%), muito importante 19 (11,1%), e importante, 13 (7,6%). Não responderam 108 inquiridos / as (38,7%) (Figura 67).

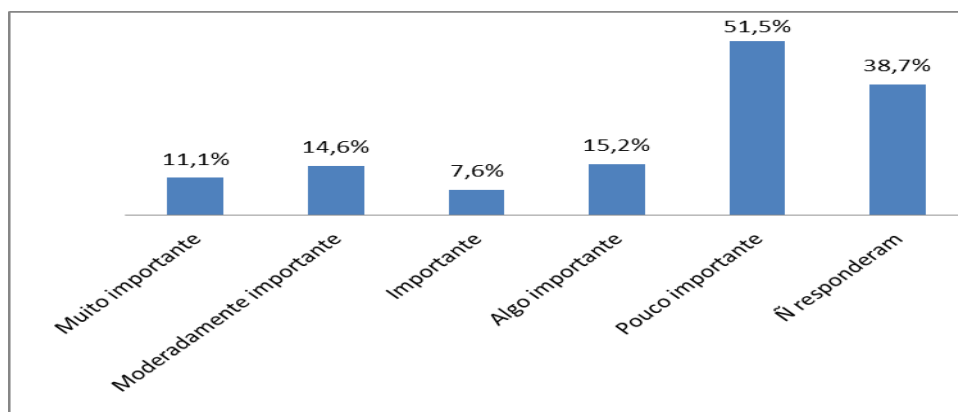


Figura 67 – Questionário: quanto a ser origem de conflitos, quer no trabalho quer na família

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 57 pessoas (33,3%).

Quanto a **haver factor de equilíbrio, quer no trabalho quer na família**, consideram muito importante, 107 pessoas (57,2%), importante, 45 (24,1%), moderadamente importante, 20 (10,7%), algo importante, 12 (6,4%), e pouco importante, 3 (1,6%). Não responderam 92 inquiridos / as (33,0%) (Figura 68).

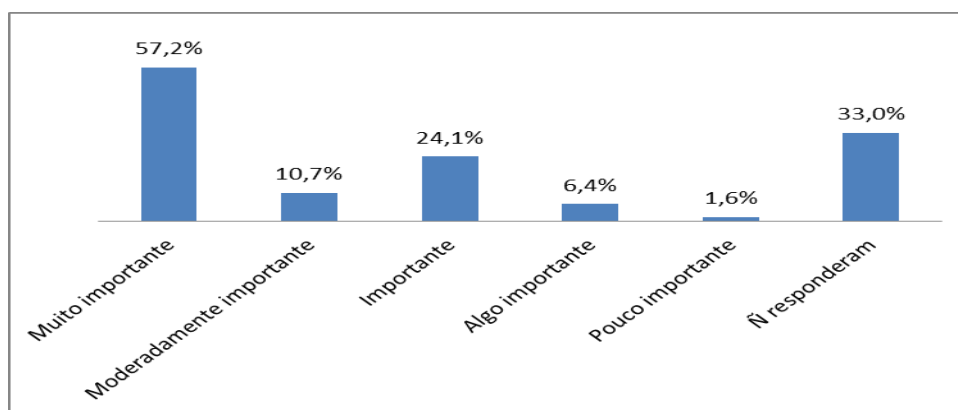


Figura 68 – Questionário: quanto a haver factor de equilíbrio, quer no trabalho quer na família

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 172 pessoas (92,0%).

Quanto a **outra influência**, considerada mais importante, quanto à influência do trabalho e da família, houve 3 respostas (1,2%), 1 reiterando a importância referida, 1

referindo a sua situação de reformado, e 1 referindo que a família deve ser uma base de equilíbrio.

Quanto aos *amigos*:

A - Os inquiridos / as consideram mais importante, quanto às *características dos seus amigos* que mais apreciam, na escala de 1 a 5 (pouco a muito importante), em média de pontuação obtida, por ordem decrescente, **demonstrarem afeição, estima, companheirismo** (4,62 pontos); serem disponíveis, dedicados, amigos da família (4,31); terem apreço, gosto, interesse não material (4,26); serem aliados, divertidos, distraírem-no/a (3,49); e terem causas comuns, incluindo causa social, clube e/ou partido (2,72).

Considerando o grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), por ordem decrescente, foi considerado **demonstrar afeição, estima, companheirismo** (98,9%); ser disponíveis, dedicados, amigos da família (95,4%); terem apreço, gosto, interesse não material (91,5%); serem aliados, divertidos, distraírem-no (75,7%); terem causas comuns, incluindo causa social, clube e / ou partido (59,8%).

O *grau* de importância mais frequente foi **muito importante**, quanto a demonstrarem afeição, estima, companheirismo; quanto a serem disponíveis, dedicados, amigos da família; quanto a terem apreço, gosto, interesse não material; e quanto a serem aliados, divertidos, distraírem-no; e **moderadamente importante**, quanto a terem causas comuns, incluindo causa social, clube e / ou partido.

Quanto a **terem apreço, gosto, interesse não material**, consideram muito importante, 139 pessoas (56,5%), importante, 58 (23,6%), moderadamente importante, 28 (11,4%), algo importante, 15 (6,1%), e pouco importante, 6 (2,4%). Não responderam 33 inquiridos / as (11,8%) (Figura 69).

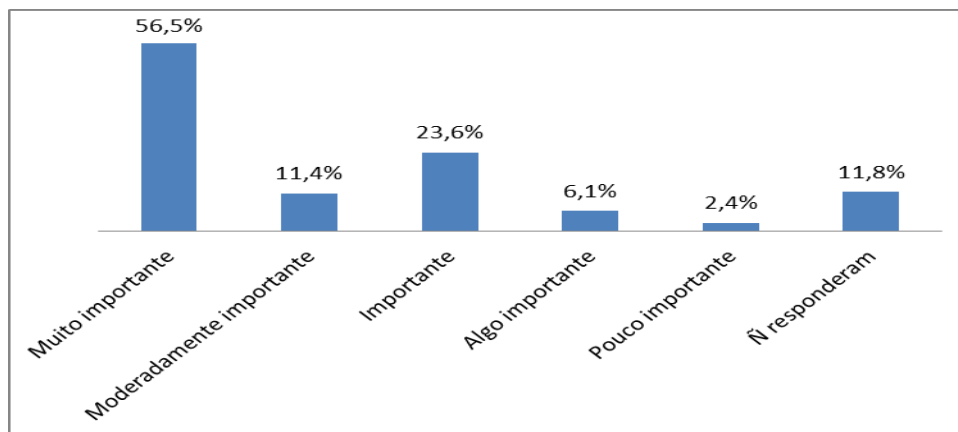


Figura 69 – Questionário: quanto a terem apreço, gosto, interesse não material

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 225 pessoas (91,5%).

Quanto a **demonstrarem afeição, estima, companheirismo**, consideram muito importante, 182 pessoas (69,5%), importante, 64 (24,4%), moderadamente importante, 13 (5,0%), algo importante, 2 (0,8%), e pouco importante, 1 (0,4%). Não responderam 17 inquiridos / as (6,1%) (Figura 70).

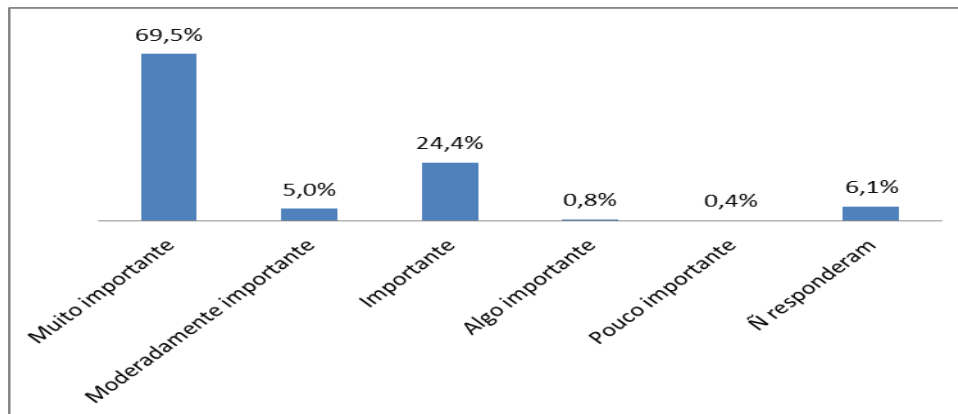


Figura 70 – Questionário: quanto a demonstrarem afeição, estima, companheirismo

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 259 pessoas (98,9%).

Quanto a **serem disponíveis, dedicados, amigos da família**, consideram muito importante, 146 pessoas (57,3%), importante, 57 (22,4%), moderadamente importante, 40 (15,7%), algo importante, 10 (3,9%), e pouco importante, 2 (0,8%). Não responderam 24 inquiridos / as (8,6%) (Figura 71).

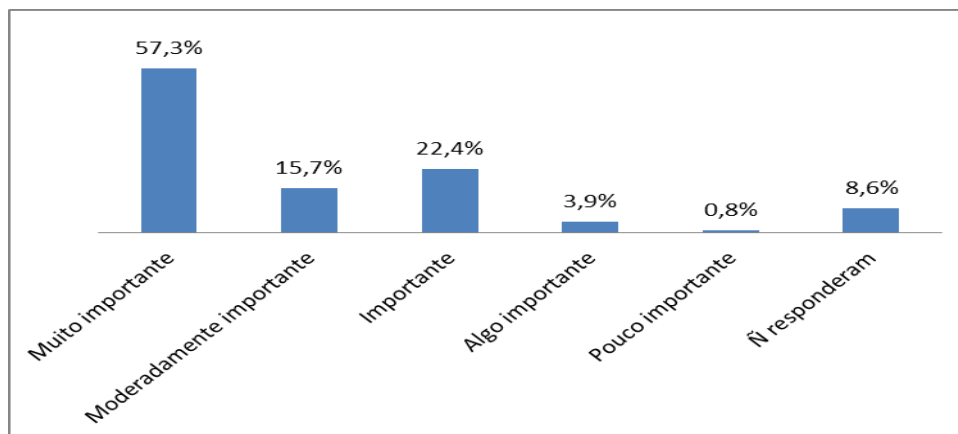


Figura 71 – Questionário: quanto a serem disponíveis, dedicados, amigos da família

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 243 pessoas (95,4%).

Quanto a **terem causas comuns, incluindo causa social, clube e / ou partido**, consideram moderadamente importante, 74 pessoas (32,3%), pouco importante, 57 (24,9%), importante, 40 (17,5%), algo importante, 35 (15,3%), e muito importante, 23 (10,0%). Não responderam 50 inquiridos / as (17,9%) (Figura 72).

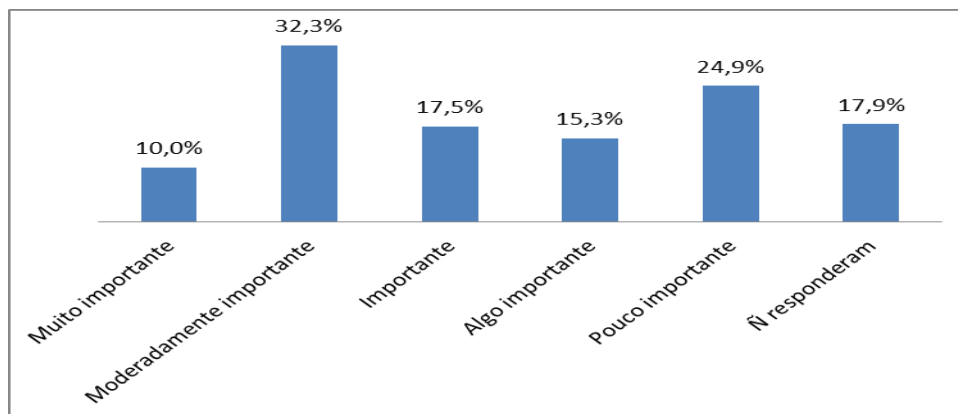


Figura 72 – Questionário: quanto a terem causas comuns, incluindo causa social, clube e / ou partido

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 137 pessoas (59,8%).

Quanto a **serem aliados, divertidos, distraírem-no**, consideram muito importante, 67 pessoas (28,0%), importante, 58 (24,3%), moderadamente importante, 56 (23,4%), algo importante, 40 (16,7%), e pouco importante, 18 (7,5%). Não responderam, 40 inquiridos / as (14,3%) (Figura 73).

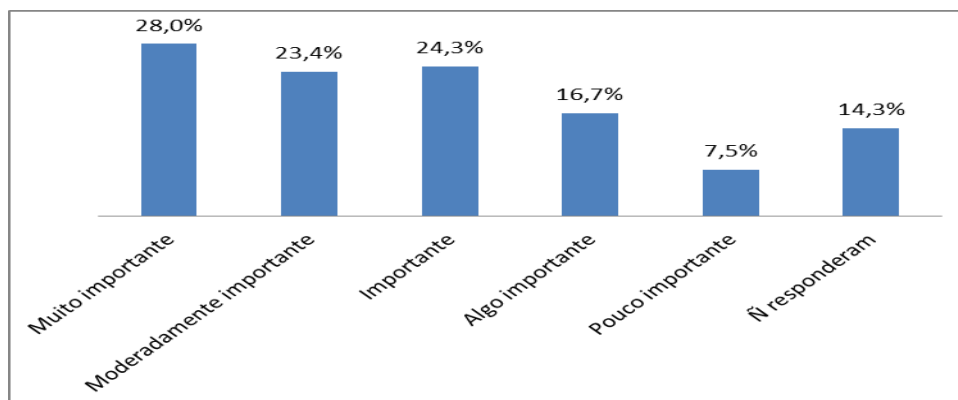


Figura 73 – Questionário: quanto a serem aliados, divertidos, distraírem-no

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 181 pessoas (75,7%).

Quanto a **outra qualidade**, considerada mais importante, quanto às características dos seus amigos, houve 11 respostas (3,9%), sendo 3 respostas relativas à honestidade, e 1 resposta individualizada quanto a companheirismo, convívio, fidelidade, lealdade, ajudar a pensar, repensar a vida além das causas comuns, nunca desistir dos amigos, e ser amigos quando é necessário.

B - Os inquiridos / as valorizam mais, quanto às *qualidades e capacidades dos seus amigos*, na escala de 1 a 5 (valoriza pouco a valoriza muito), em média de pontuação obtida, por ordem decrescente, **a capacidade de compreensão e interajuda** (4,55 pontos); a confiança e segurança que lhe transmitem (4,41); o conhecimento e competência pessoal e / ou profissional (3,46); a experiência pessoal e / ou profissional (3,35); e a aparência e capacidade de atracção física (1,87).

Considerando o grau de *valorização* declarado (3 + 4 + 5 /valoriza moderadamente + valoriza + valoriza muito), por ordem decrescente, foi considerada **a capacidade de compreensão e interajuda** (97,6%); a confiança e segurança que lhe transmitem (96,4%); o conhecimento e competência pessoal e / ou profissional (82,2%); a experiência pessoal e / ou profissional (76,4%); e a aparência e capacidade de atracção física (26,4%).

O grau de valorização mais frequente foi **valoriza muito**, quanto à capacidade de compreensão e interajuda; e quanto à confiança e segurança que lhe transmitem; bem

como **valoriza moderadamente**, quanto ao conhecimento e competência pessoal e / ou profissional; e quanto à experiência pessoal e / ou profissional; e **valoriza pouco**, quanto à aparência e capacidade de atracção física.

Quanto à **aparência e capacidade de atracção física**, consideram que valoriza pouco, 117 pessoas (51,3%), valoriza algo, 51 (22,4%), valoriza moderadamente, 43 (18,9%), valoriza muito, 10 (4,4%), e valoriza, 7 (3,1%). Não responderam 51 inquiridos / as (18,3%) (Figura 74).

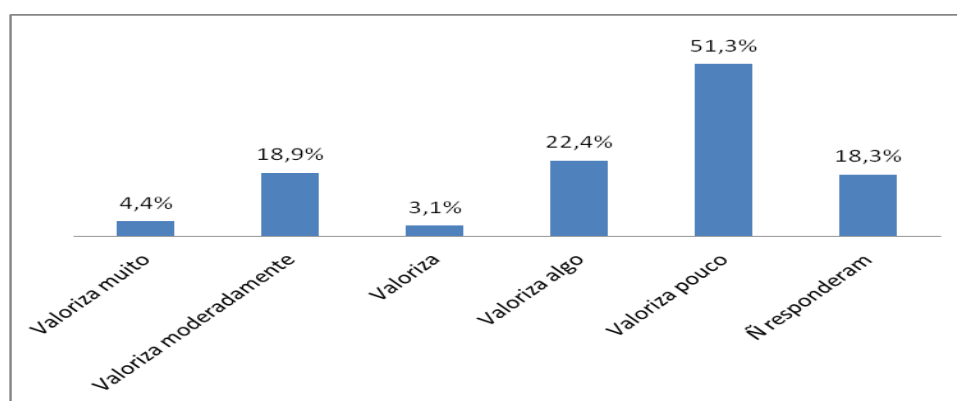


Figura 74 – Questionário: quanto à aparência e capacidade de atracção física

O grau de *valorização* declarado (3 + 4 + 5 / valoriza moderadamente + valoriza + valoriza muito), foi explicitado por 60 pessoas (26,4%).

Quanto ao **conhecimento e competência pessoal e / ou profissional**, consideram que valoriza moderadamente, 83 pessoas (35,2%), valoriza, 63 (26,7%), valoriza muito, 48 (20,3%), valoriza algo, 33 (14,0%), e valoriza pouco 9 (3,8%). Não responderam 43 inquiridos / as (15,4%) (Figura 75).

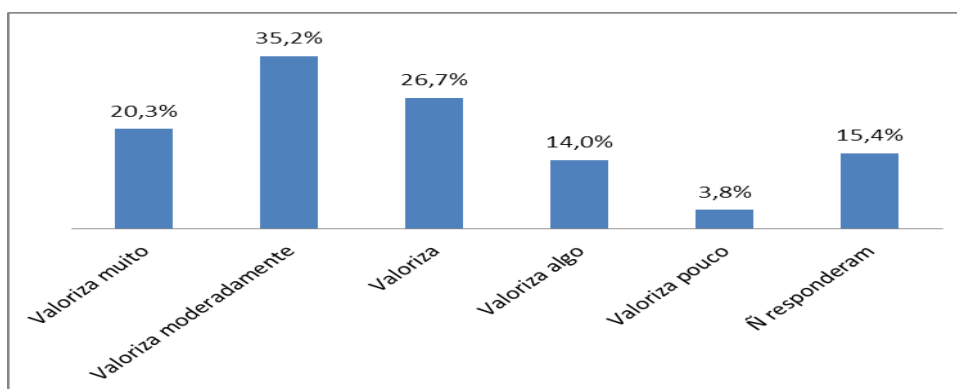


Figura 75 – Questionário: quanto ao conhecimento e competência pessoal e / ou profissional

O grau de *valorização* declarado (3 + 4 + 5 / valoriza moderadamente + valoriza + valoriza muito), foi explicitado por 194 pessoas (82,2%).

Quanto à **capacidade de compreensão e interajuda**, consideram que valoriza muito, 169 pessoas (65,5%), valoriza, 69 (26,7%), valoriza moderadamente, 14 (5,4%), valoriza algo, 5 (1,9%), e valoriza pouco, 1 (0,4%). Não responderam 21 inquiridos / as (7,5%) (Figura 76).

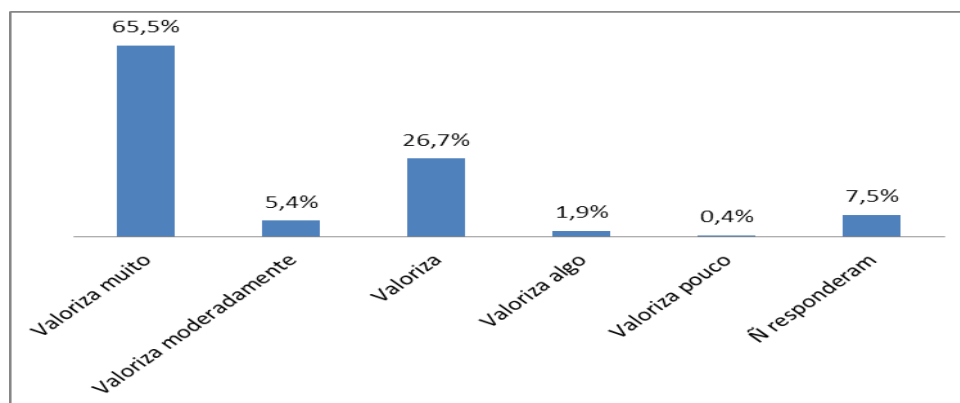


Figura 76 – Questionário: quanto à capacidade de compreensão e interajuda

O grau de *valorização* declarado (3 + 4 + 5 / valoriza moderadamente + valoriza + valoriza muito), foi explicitado por 252 pessoas (97,6%).

Quanto à **experiência pessoal e / ou profissional**, consideram que valoriza moderadamente, 69 pessoas (30,1%), valoriza, 68 (29,7%), valoriza algo, 45 (19,7%), valoriza muito, 38 (16,6%), e valoriza pouco 9 (3,9%). Não responderam 50 inquiridos / as (17,9%) (Figura 77).

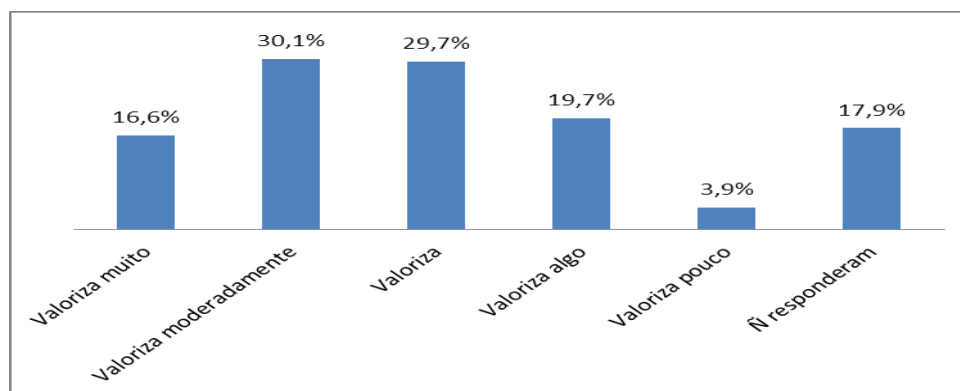


Figura 77 – Questionário: quanto à experiência pessoal e / ou profissional

O grau de *valorização* declarado (3 + 4 + 5 / valoriza moderadamente + valoriza + valoriza muito), foi explicitado por 175 pessoas (76,4%).

Quanto à **confiança e segurança que lhe transmitem**, consideram que valoriza muito, 143 pessoas (56,5%), valoriza, 81 (32,0%), valoriza moderadamente, 20 (7,9%), valoriza algo, 8 (3,2%), e valoriza pouco 1 (0,4%). Não responderam 26 inquiridos / as (9,3%) (Figura 78).

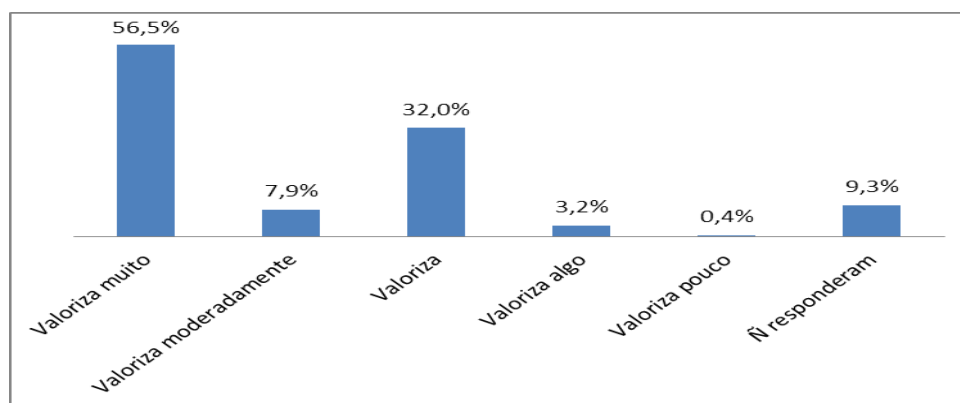


Figura 78 – Questionário: quanto à confiança e segurança que lhe transmitem

O grau de *valorização* declarado (3 + 4 + 5 / valoriza moderadamente + valoriza + valoriza muito), foi explicitado por 244 pessoas (96,4%).

Quanto a **outra qualidade**, considerada mais valorizada, quanto às capacidades e qualidades dos seus amigos, houve 8 respostas (2,9%), que referiram 1 resposta cada, quanto a amizade, honestidade, lealdade, conhecimento e experiência profissional, ajudar quando outros precisam, não falhar quando são precisos, estar presente em situações para ajuda, serem verdadeiros amigos.

C - Os inquiridos / as valorizam mais, quanto às **atividades dos seus amigos**, na escala de 1 a 5 (valoriza pouco a valoriza muito), em média de pontuação obtida, por ordem decrescente, a **participação em grupos de intervenção / acção (causas sociais, voluntariado, solidariedade)** (3,87 pontos); serem úteis de forma individual e não estarem organizados (3,63); a participação em grupos de reflexão (análise científica, técnica, política, ambiental, etc.) (3,12); não terem actividades de comunicação por sistema (2,30); e a participação em redes sociais (facebook, twitter, ...) (1,81).

Considerando o grau de *valorização* declarado (3 + 4 + 5 /valoriza moderadamente + valoriza + valoriza muito), por ordem decrescente, foi considerada **a participação em grupos de intervenção / acção (causas sociais, voluntariado, solidariedade)** (90,8%); serem úteis de forma individual e não estarem organizados (84,4%); a participação em grupos de reflexão (análise científica, técnica, política, ambiental, etc.) (71,2%); não terem actividades de comunicação por sistema (44,0%); e a participação em redes sociais (facebook, twitter, ...) (24,1%).

O *grau* de valorização mais frequente foi **valoriza moderadamente**, quanto à participação em grupos de reflexão (análise científica, técnica, política, ambiental, etc.); e quanto a não terem actividades de comunicação por sistema; bem como **valoriza**, quanto à participação em grupos de intervenção / acção (causas sociais, voluntariado, solidariedade); e quanto a serem úteis de forma individual e não estarem organizados; e **valoriza pouco**, quanto à participação em redes sociais (facebook, twitter, ...).

Quanto à **participação em redes sociais (facebook, twitter, ...)**, consideram que valoriza pouco, 112 pessoas (53,1%), valoriza algo, 48 (22,7%), valoriza moderadamente, 38 (18,0%), valoriza muito, 7 (3,3%), e valoriza, 6 (2,8%). Não responderam 68 inquiridos / as (24,4%) (Figura 79).

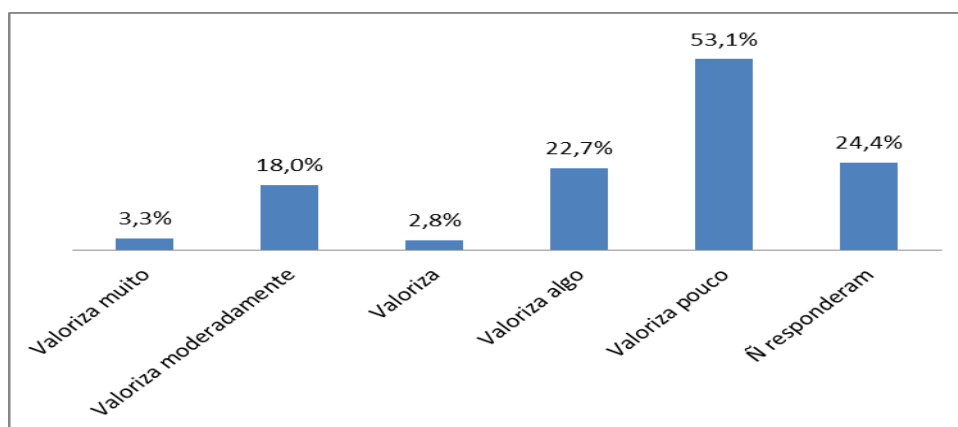


Figura 79 – Questionário: quanto à participação em redes sociais (facebook, twitter, etc.)

O grau de *valorização* declarado (3 + 4 + 5 / valoriza moderadamente + valoriza + valoriza muito), foi explicitado por 51 pessoas (24,1%).

Quanto à **participação em grupos de reflexão (análise científica, técnica, política, ambiental, etc.)**, consideram que valoriza moderadamente, 67 pessoas (31,2%), valoriza, 53 (24,7%), valoriza muito, 33 (15,3%), valoriza pouco, e também valoriza algo, 31 (14,4% cada). Não responderam 64 inquiridos / as (22,9%) (Figura 80).

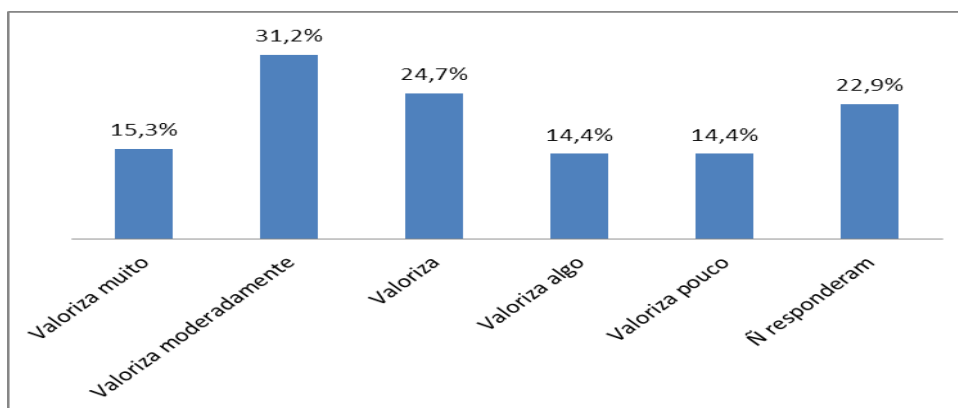


Figura 80 – Questionário: quanto à participação em grupos de reflexão (análise científica, técnica, política, ambiental, etc.)

O grau de *valorização* declarado (3 + 4 + 5 / valoriza moderadamente + valoriza + valoriza muito), foi explicitado por 153 pessoas (71,2%).

Quanto à **participação em grupos de intervenção / acção (causas sociais, voluntariado, solidariedade)**, consideram que valoriza, 79 pessoas (35,0%), valoriza muito, 73 (32,3%), valoriza moderadamente, 53 (23,5%), valoriza algo, 13 (5,8%), e valoriza pouco, 8 (3,5%). Não responderam 53 inquiridos / as (19,0%) (Figura 81).

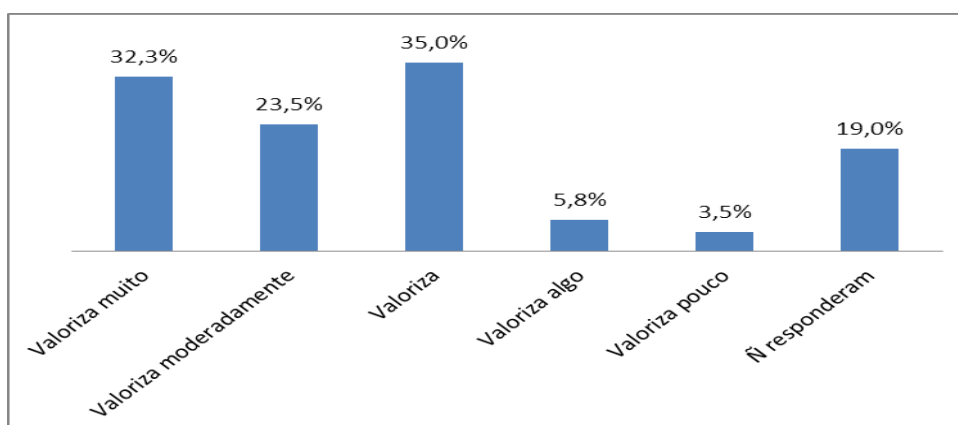


Figura 81 – Questionário: quanto à participação em grupos de intervenção / acção (causas sociais, voluntariado, solidariedade)

O grau de *valorização* declarado (3 + 4 + 5 / valoriza moderadamente + valoriza + valoriza muito), foi explicitado por 205 pessoas (90,8%).

Quanto a **serem úteis de forma individual e não estarem organizados**, consideram que valoriza, 66 pessoas (29,5%), valoriza muito, 64 (28,6%), valoriza moderadamente, 59 (26,3%), valoriza algo, 18 (8,0%), e valoriza pouco, 17 (7,6%). Não responderam 55 inquiridos / as (19,7%) (Figura 82).

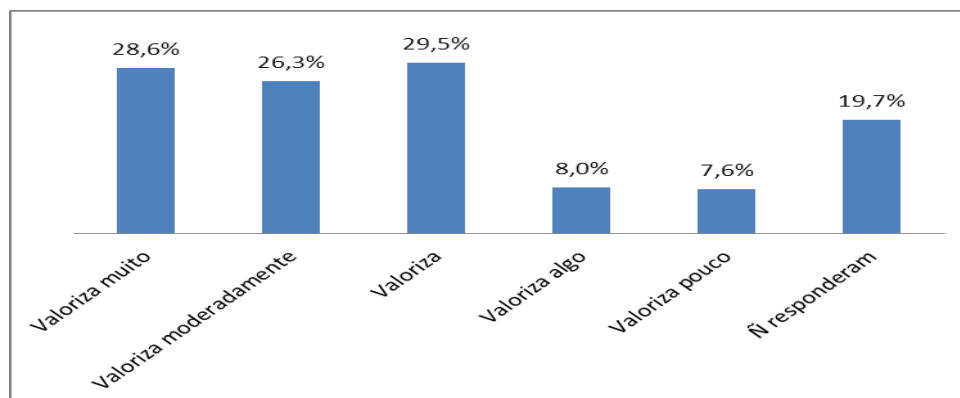


Figura 82 – Questionário: quanto a serem úteis de forma individual e não estarem organizados

O grau de *valorização* declarado (3 + 4 + 5 / valoriza moderadamente + valoriza + valoriza muito), foi explicitado por 189 pessoas (84,4%).

Quanto a **não terem actividades de comunicação por sistema**, consideram que valoriza moderadamente, 65 pessoas (31,1%), valoriza pouco, 64 (30,6%), valoriza algo, 53 (25,4%), valoriza, 19 (9,1%), e valoriza muito, 8 (3,8%). Não responderam 70 inquiridos / as (25,1%) (Figura 83).

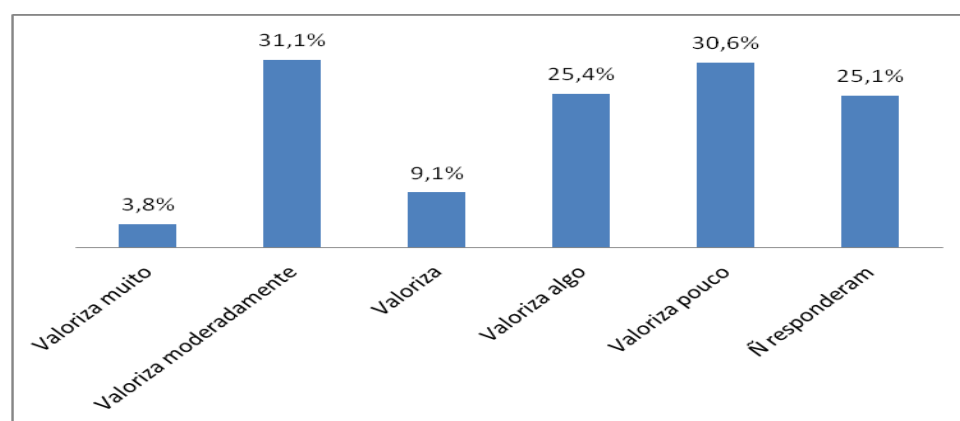


Figura 84 – Questionário: quanto a não terem actividades de comunicação por sistema

O grau de *valorização* declarado (3 + 4 + 5 / valoriza moderadamente + valoriza + valoriza muito), foi explicitado por 92 pessoas (44,0%).

Quanto a **outra actividade**, considerada mais valorizada, quanto às actividades dos seus amigos, não houve respostas (0%).

D - Os inquiridos / as valorizam mais, quanto à *importância e influência dos seus amigos* na sua vida, na escala de 1 a 5 (valoriza pouco a valoriza muito), em média de pontuação obtida, por ordem decrescente, **darem ânimo e estímulo, combatendo o abatimento e a tristeza** (4,39 pontos); serem bons para ouvir os desabafos, e ponderados nas apreciações (4,13); terem uma vida exemplar, em qualidade, capacidade e moral (3,88); motivarem-no para agir, ter iniciativas, acompanharem-no com frequência (3,82); e aceitarem “cunhas” e resolverem os seus problemas (1,61).

Considerando o grau de *valorização* declarado (3 + 4 + 5 /valoriza moderadamente + valoriza + valoriza muito), por ordem decrescente, foi considerado **darem ânimo e estímulo, combatendo o abatimento e a tristeza** (98,4%); serem bons para ouvir os desabafos, e ponderados nas apreciações (91,6%); motivarem-no para agir, ter iniciativas, acompanharem-no com frequência (87,6%); terem uma vida exemplar, em qualidade, capacidade e moral (83,5%); e aceitarem “cunhas e resolverem os seus problemas (16,3%).

O grau de valorização mais frequente foi **valoriza muito**, quanto a terem uma vida exemplar, em qualidade, capacidade e moral; quanto a serem bons para ouvir os desabafos, e ponderados nas apreciações; e quanto a darem ânimo e estímulo, combatendo o abatimento e a tristeza; **valoriza**, quanto a motivarem-no para agir, ter iniciativas, acompanharem-no com frequência; e **valoriza pouco**, quanto a aceitarem “cunhas” e resolverem os seus problemas.

Quanto a **terem uma vida exemplar, em qualidade, capacidade e moral**, consideram que valoriza muito, 107 pessoas (44,0%), valoriza moderadamente, 51 (21,0%), valoriza, 45 (18,5%), valoriza algo, 36 (14,8%), e valoriza pouco, 4 (1,6%). Não responderam 36 inquiridos / as (12,9%) (Figura 84).

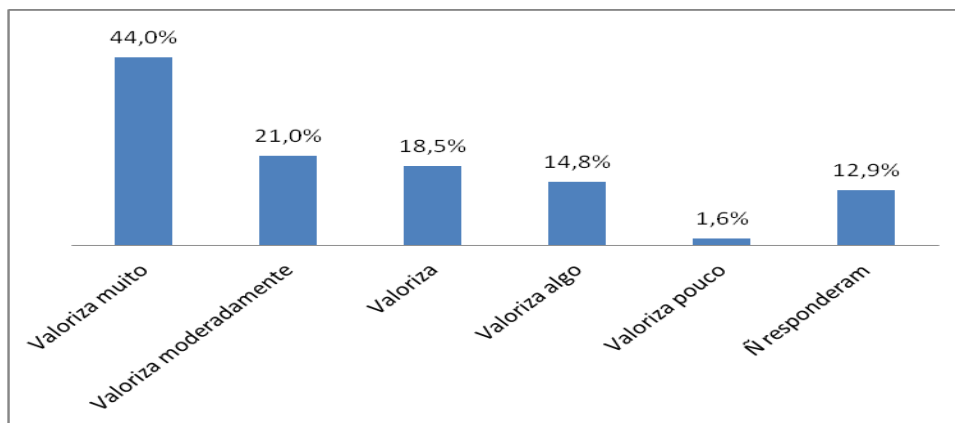


Figura 84 – Questionário: quanto a terem uma vida exemplar, em qualidade, capacidade e moral

O grau de *valorização* declarado (3 + 4 + 5 / valoriza moderadamente + valoriza + valoriza muito), foi explicitado por 203 pessoas (83,5%).

Quanto a **serem bons para ouvir os desabafos, e ponderados nas apreciações**, consideram que valoriza muito, 115 pessoas (46,2%), valoriza, 75 (30,1%), valoriza moderadamente, 38 (15,3%), valoriza algo, 18 (7,2%), e valoriza pouco, 3 (1,2%). Não responderam 30 inquiridos / as (10,8%) (Figura 85).

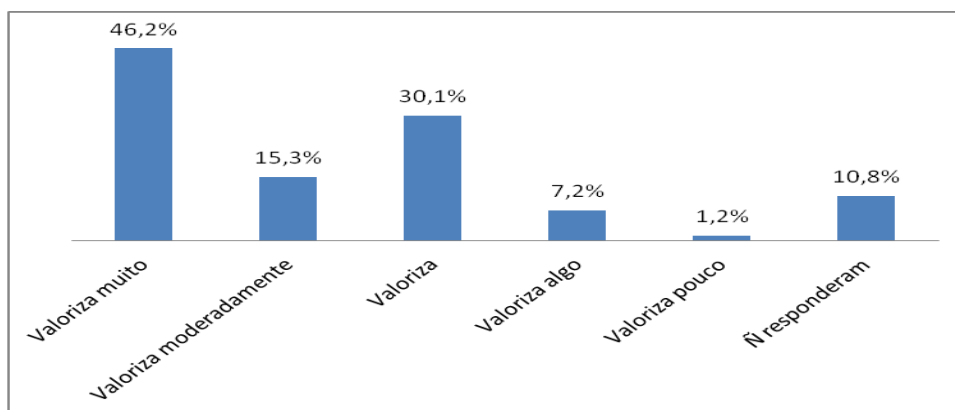


Figura 85 – Questionário: quanto a serem bons para ouvir os desabafos, e ponderados nas apreciações

O grau de *valorização* declarado (3 + 4 + 5 / valoriza moderadamente + valoriza + valoriza muito), foi explicitado por 228 pessoas (91,6%).

Quanto a **darem ânimo e estímulo, combatendo o abatimento e a tristeza**, consideram que valoriza muito, 139 pessoas (54,7%), valoriza, 81 (31,9%), valoriza

moderadamente, 30 (11,8%), valoriza algo, 3 (1,2%), e valoriza pouco, 1 (0,4%). Não responderam 25 inquiridos / as (9,0%) (Figura 86).

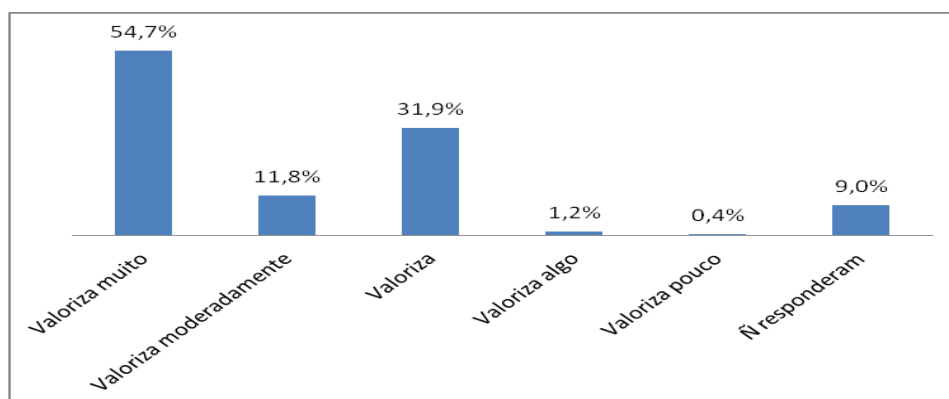


Figura 86 – Questionário: quanto a darem ânimo e estímulo, combatendo o abatimento e a tristeza

O grau de *valorização* declarado (3 + 4 + 5 / valoriza moderadamente + valoriza + valoriza muito), foi explicitado por 250 pessoas (98,4%).

Quanto a **motivarem-no para agir, ter iniciativas, acompanharem-no com frequência**, consideram que valoriza, 78 pessoas (33,5%), valoriza muito, 72 (30,9%), valoriza moderadamente, 54 (23,2%), valoriza algo, 26 (11,2%), e valoriza pouco, 3 (1,3%). Não responderam 46 inquiridos / as (16,5%) (Figura 87).

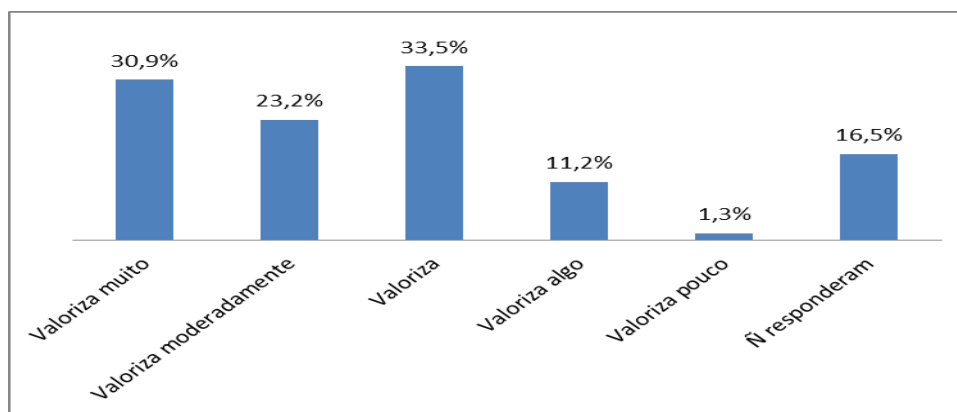


Figura 87 – Questionário: quanto a motivarem-no para agir, ter iniciativas, acompanharem-no com frequência

O grau de *valorização* declarado (3 + 4 + 5 / valoriza moderadamente + valoriza + valoriza muito), foi explicitado por 204 pessoas (87,6%).

Quanto a **aceitarem “cunhas” e resolverem os seus problemas**, consideram que valoriza pouco, 133 pessoas (62,1%), valoriza algo, 46 (21,5%), valoriza

moderadamente, 24 (11,2%), valoriza, 8 (3,7%), e valoriza muito, 3 (1,4%). Não responderam 65 inquiridos / as (23,3%) (Figura 88).

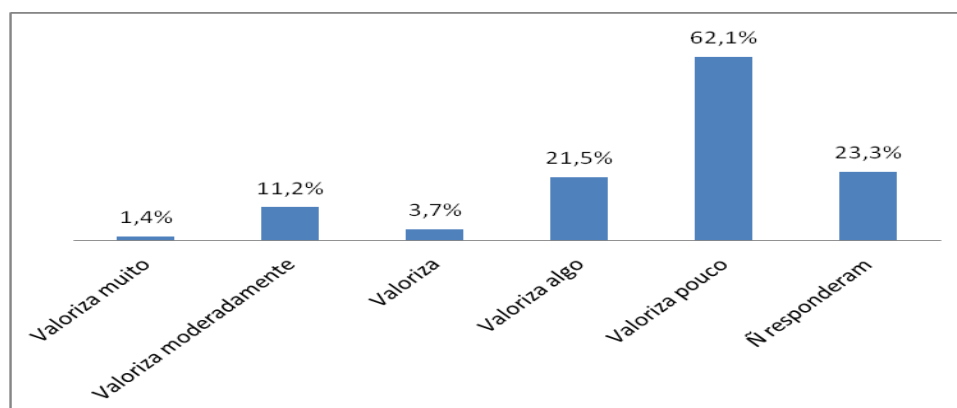


Figura 88 – Questionário: quanto a aceitarem “cunhas” e resolverem os seus problemas

O grau de *valorização* declarado (3 + 4 + 5 / valoriza moderadamente + valoriza + valoriza muito), foi explicitado por 35 pessoas (16,3%).

Quanto a **outra atitude**, considerada mais valorizada, quanto à importância e influência dos seus amigos na sua vida, não houve respostas (0%).

Quanto à **sociedade**:

A - Os inquiridos / as consideram mais importante, quanto ao *que se faz ou poderia fazer, a favor da sociedade*, na escala de 1 a 5 (pouco a muito importante), em média de pontuação obtida, por ordem decrescente, **ser solidário com causas, princípios e valores da comunidade** (4,46 pontos); apoiar iniciativas de grupos, sem se envolver demasiado (3,36); ser activista, ter intervenção comunitária, agir individualmente (3,10); ser dirigente associativo, líder de grupo, ser mobilizador (2,62); e ignorar os movimentos de opinião e acção social (1,89).

Considerando o grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), por ordem decrescente, foi considerado **ser solidário com causas, princípios e valores da comunidade** (98,0%); apoiar iniciativas de grupos, sem se envolver demasiado (80,9%); ser activista, ter intervenção comunitária, agir individualmente (70,1%); ser dirigente associativo, líder de grupo, ser mobilizador (50,3%); e ignorar os movimentos de opinião e acção social (28,7%).

O grau de importância mais frequente foi **moderadamente importante**, quanto a ser dirigente associativo; quanto a ser activista, ter intervenção comunitária, agir individualmente, líder de grupo, ser mobilizador; e quanto a apoiar iniciativas de grupo, sem se envolver demasiado; **muito importante**, quanto a ser solidário com causas, princípios e valores da comunidade; **pouco importante**, quanto a ignorar os movimentos de opinião e acção social; e **algo importante**, também quanto a ser dirigente associativo, líder de grupo, ser mobilizador.

Quanto a **ser dirigente associativo, líder de grupo, ser mobilizador**, consideram moderadamente importante, 59 pessoas (26,5%), bem como algo importante, 59 (26,5), pouco importante, 52 (23,3%), importante, 28 (12,6%), muito importante, 25 (11,2%). Não responderam 56 inquiridos / as (20,1%) (Figura 89).

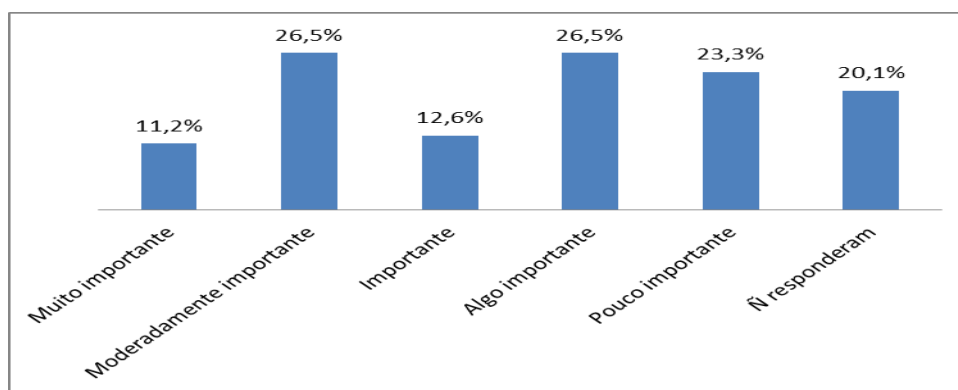


Figura 89 – Questionário: quanto a ser dirigente associativo, líder de grupo, ser mobilizador

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 112 pessoas (50,3%).

Quanto a **ser activista, ter intervenção comunitária, agir individualmente**, consideram moderadamente importante, 68 pessoas (30,4%), importante, 54 (24,1%), muito importante, 35 (15,6%), pouco importante, 34 (15,2%), e algo importante, 33 (14,7%). Não responderam 55 inquiridos / as (19,7%) (Figura 90).

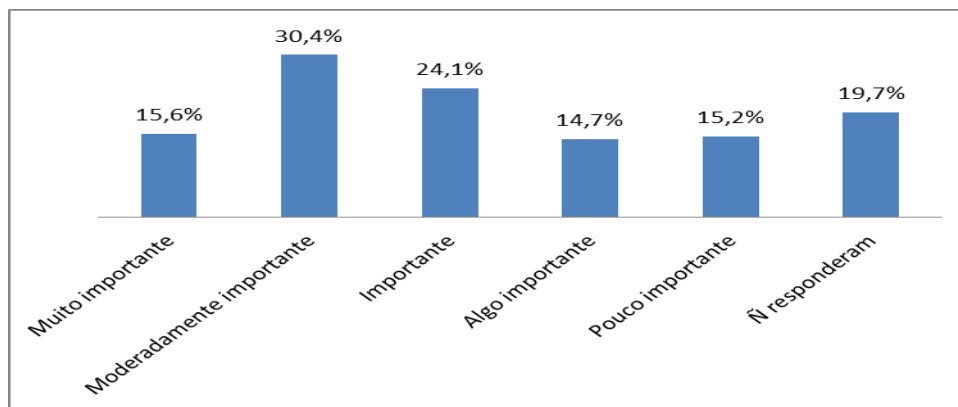


Figura 90 – Questionário: quanto a ser activista, ter intervenção comunitária, agir individualmente

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 157 pessoas (70,1%).

Quanto a **ser solidário com causas, princípios e valores da comunidade**, consideram muito importante, 157 pessoas (61,3%), importante, 66 (25,8%), moderadamente importante, 28 (10,9%), algo importante, 3 (1,2%), e pouco importante, 2 (0,8%). Não responderam 23 inquiridos / as (8,2%) (Figura 91).

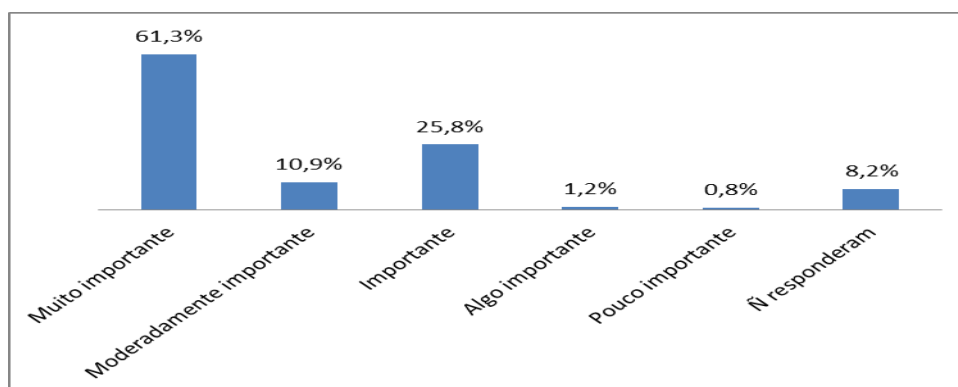


Figura 91 – Questionário: quanto a ser solidário com causas, princípios e valores da comunidade

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante) foi explicitado por 251 pessoas (98,0%).

Quanto a **apoiar iniciativas de grupos, sem se envolver demasiado**, consideram moderadamente importante, 81 pessoas (36,0%), importante, 67 (29,8%), muito importante, 34 (15,1%), algo importante, 33 (14,7%), e pouco importante, 10 (4,4%). Não responderam 54 inquiridos / as (19,4%) (Figura 92).

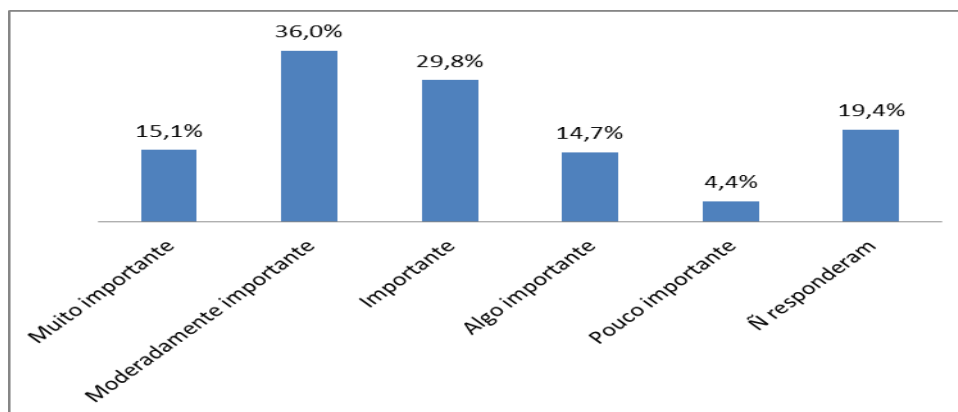


Figura 92 – Questionário: quanto a apoiar iniciativas de grupos, sem se envolver demasiado

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 182 pessoas (80,9%).

Quanto a **ignorar os movimentos de opinião e acção social**, consideram pouco importante, 114 pessoas (52,8%), moderadamente importante, 41 (19,0%), algo importante, 40 (18,5%), importante, 13 (6,0%), e muito importante, 8 (3,7%). Não responderam 63 inquiridos / as (22,6%) (Figura 93).

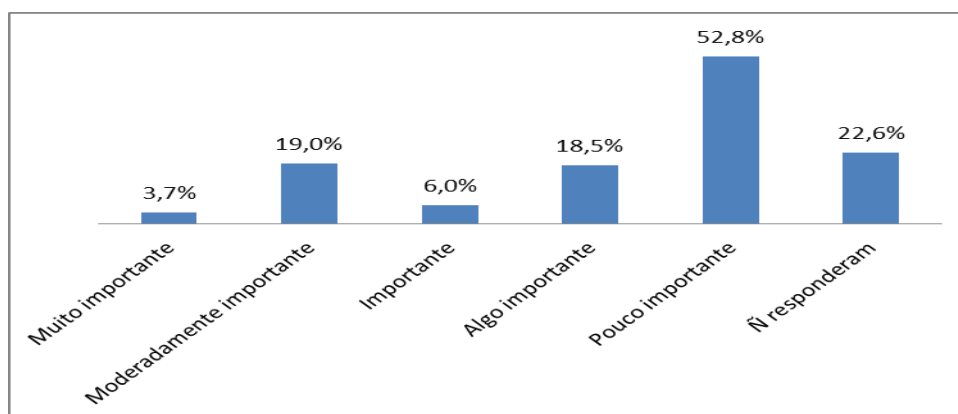


Figura 93 – Questionário: quanto a ignorar os movimentos de opinião e acção social

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 62 pessoas (28,7%).

Quanto a **outra atitude**, considerada mais importante, quanto ao que se faz ou poderia fazer, em favor da sociedade, não houve respostas (0%).

B - Os inquiridos / as consideram mais importante, quanto ao *voluntariado*, na escala de 1 a 5 (pouco a muito importante), em média de pontuação obtida, por ordem decrescente, **ser voluntário é ser solidário** (4,38 pontos); que as organizações de voluntariado não promovam fins indevidos (4,06); cumprir uma missão útil, ocasional, (3,83); que os voluntários não tenham protagonismo e publicidade (3,39); e sentir-se bem consigo, fazendo o que lhe apetece (3,38).

Considerando o grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), por ordem decrescente, foi considerado **ser voluntário é ser solidário** (94,9%); cumprir uma missão útil, ocasional (85,6%); que as organizações de voluntariado não promovam fins indevidos (83,2%); que os voluntários não tenham protagonismo e publicidade (73,7%); e sentir-se bem consigo, fazendo o que lhe apetece (71,9%).

O grau de importância mais frequente foi **muito importante**, quanto a ser voluntário é ser solidário; quanto a cumprir uma missão útil, ocasional; quanto às organizações de voluntariado não promoverem fins indevidos; quanto a que os voluntários não tenham protagonismo e publicidade; e quanto a sentir-se bem consigo, fazendo o que lhe apetece.

Quanto a **sentir-se bem consigo, fazendo o que lhe apetece**, consideram muito importante, 66 pessoas (29,5%), importante, 48 (21,4%), moderadamente importante, 47 (21,0%), pouco importante, 33 (14,7%), e algo importante, 30 (13,4%). Não responderam 55 inquiridos / as (19,7%) (Figura 94).

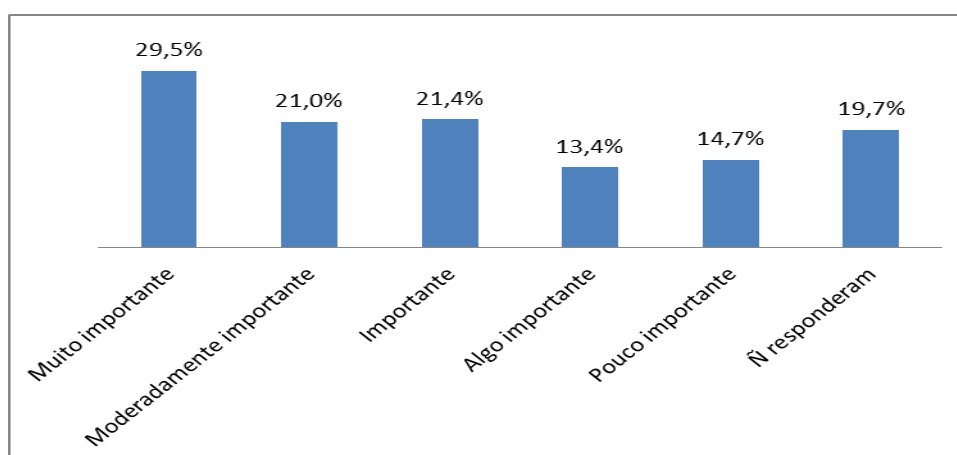


Figura 94 – Questionário: quanto a sentir-se bem consigo, fazendo o que lhe apetece

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante) foi explicitado por 161 pessoas (71,9%).

Quanto a **cumprir uma missão útil, ocasional**, consideram muito importante, 82 pessoas (34,9%), importante, 77 (32,8%), moderadamente importante, 42 (17,9%), algo importante, 23 (9,8%), e pouco importante, 11 (4,7%). Não responderam 44 inquiridos / as (15,8%) (Figura 95).

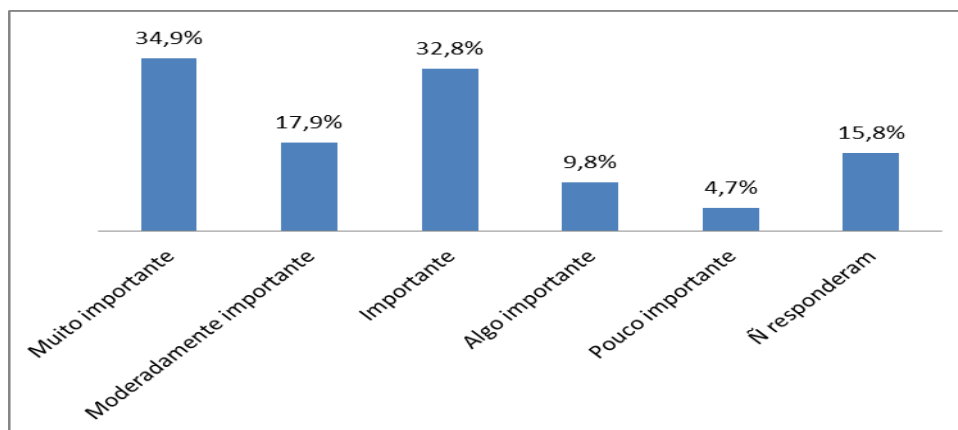


Figura 95 – Questionário: quanto a cumprir uma missão útil, ocasional

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante) foi explicitado por 201 pessoas (85,6%).

Quanto a **ser voluntário é ser solidário**, consideram muito importante, 159 pessoas (62,6%), importante, 51 (20,1%), moderadamente importante, 31 (12,2%), algo importante, 8 (3,1%), e pouco importante, 5 (2,0%). Não responderam 25 inquiridos / as (9,0%) (Figura 96).

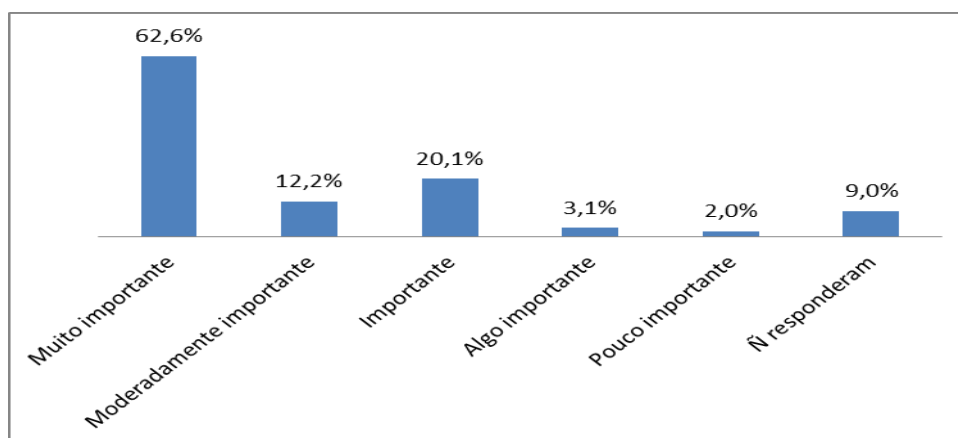


Figura 96 – Questionário: quanto a ser voluntário é ser solidário

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante) foi explicitado por 241 pessoas (94,9%).

Quanto a **que os voluntários não tenham protagonismo e publicidade**, consideram muito importante, 71 pessoas (30,6%), moderadamente importante 54 (23,3%), importante, 46 (19,8%), pouco importante, 36 (15,5%), e algo importante, 25 (10,8%). Não responderam 47 inquiridos / as (16,8%) (Figura 97).

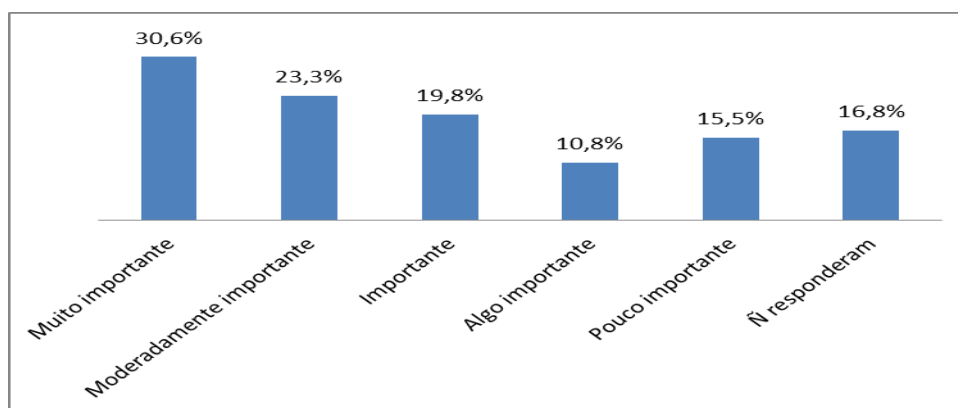


Figura 97 – Questionário: quanto a que os voluntários não tenham protagonismo e publicidade

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante) foi explicitado por 171 pessoas (73,7%).

Quanto a **que as organizações de voluntariado não promovam fins indevidos**, consideram muito importante, 135 pessoas (57,9%), importante, 42 (18,0%), pouco importante, 26 (11,2%), moderadamente importante, 17 (7,3%), e algo importante, 13 (5,6%). Não responderam, 46 inquiridos / as (16,5%) (Figura 98).

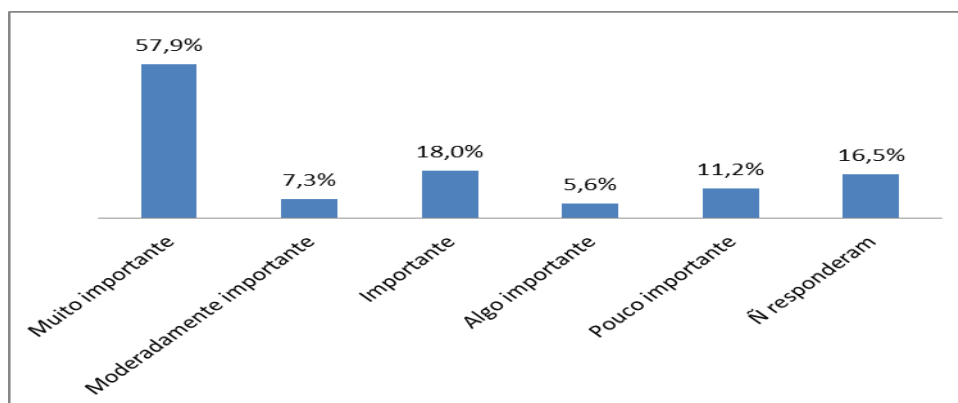


Figura 98 – Questionário: quanto a que as organizações de voluntariado não promovam fins indevidos

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante) foi explicitado por 194 pessoas (83,2%).

Quanto a **outra atitude**, considerada mais importante, quanto ao voluntariado, houve 3 respostas (1,1%), referindo que os voluntários devem ser bom exemplo, que as organizações devem trabalhar em conjunto de forma a rentabilizar melhor os fundos para apoiar mais pessoas, e que as organizações devem ser de “clean” para terem aceitação e adesão social.

C - Os inquiridos / as consideram mais importante, quanto à *sua motivação e preocupações sociais*, na escala de 1 a 5 (pouco a muito importante), em média de pontuação obtida, por ordem decrescente, **combater a pobreza e exclusão social, dando o seu contributo em esforço ou económico** (4,27 pontos); ser voluntário e apoiante activo de causas e ideias, de forma regular ou não (3,93); ter motivação e / ou interesse para participação activa em clubes desportivos, grupos culturais, agremiações recreativas, associações cívicas, partidos políticos ou organizações humanitárias (3,19); ignorar os problemas sociais, não correndo riscos desnecessários a fazer actividades a que não é obrigado (2,10).

Considerando o grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), por ordem decrescente, foi considerado **combater a pobreza e exclusão social, dando o seu contributo em esforço ou económico** (96,0%); ser voluntário e apoiante activo de causas e ideias, de forma regular ou não (93,2%); ter motivação e / ou interesse para participação activa em clubes desportivos, grupos culturais, agremiações recreativas, associações cívicas, partidos políticos ou organizações humanitárias (74,6%); e ignorar os problemas sociais, não correndo riscos desnecessários a fazer actividades a que não é obrigado (32,8%).

O grau de importância mais frequente foi **muito importante**, quanto a combater a pobreza e exclusão social, dando o seu contributo em esforço ou económico; e quanto a ser voluntário e apoiante activo de causas e ideias, de forma regular ou não; **moderadamente importante**, quanto a ter motivação e / ou interesse para participação activa em clubes desportivos, grupos culturais, agremiações recreativas, associações cívicas, partidos políticos ou organizações humanitárias; e **pouco importante**, quanto a

ignorar os problemas sociais, não correndo riscos desnecessários a fazer actividades a que não é obrigado.

Quanto a **ignorar os problemas sociais, não correndo riscos desnecessários a fazer actividades a que não é obrigado**, consideram pouco importante, 91 pessoas (41,9%), algo importante, 55 (25,3%), moderadamente importante, 42 (19,4%), importante, 16 (7,4%), e muito importante, 13 (6,0%). Não responderam 62 inquiridos / as (22,2%) (Figura 99).

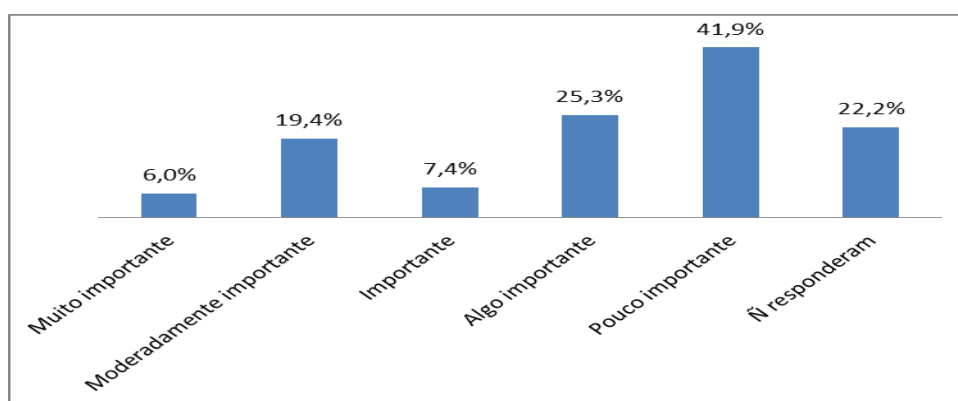


Figura 99 – Questionário: quanto a ignorar os problemas sociais, não correndo riscos desnecessários a fazer actividades a que não é obrigado

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 71 pessoas (32,8%).

Quanto a **ser voluntário e apoiante activo de causas e ideias, de forma regular ou não**, consideram muito importante, 80 pessoas (33,9%), e também importante, 80 pessoas (33,9%), moderadamente importante, 60 (25,4%), algo importante, 12 (5,1%), e pouco importante, 4 (1,7%). Não responderam 43 inquiridos / as (15,4%) (Figura 100).

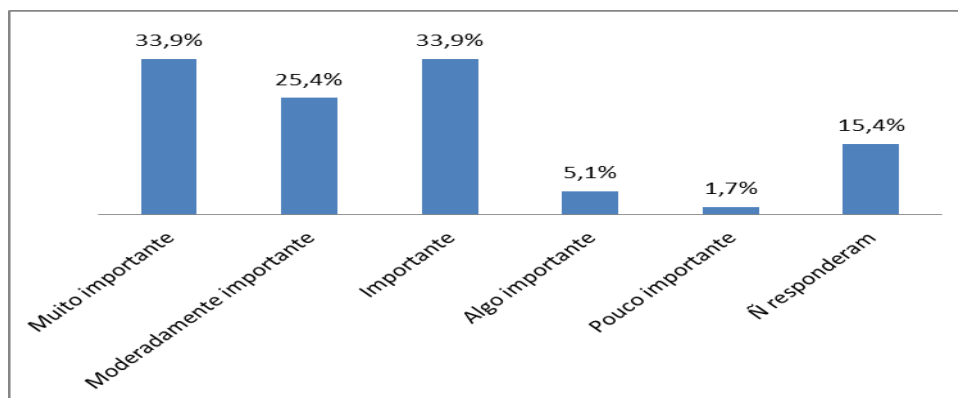


Figura 100 – Questionário: quanto a ser voluntário e apoiante activo de causas e ideias, de forma regular ou não

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 220 pessoas (93,2%).

Quanto a **combater a pobreza e exclusão social, dando o seu contributo em esforço ou económico**, consideram muito importante, 137 pessoas (53,7%), importante, 63 (24,7%), moderadamente importante, 45 (17,6%), algo importante, 6 (2,4%), e pouco importante, 4 (1,6%). Não responderam 24 inquiridos / as (8,6%) (Figura 101).

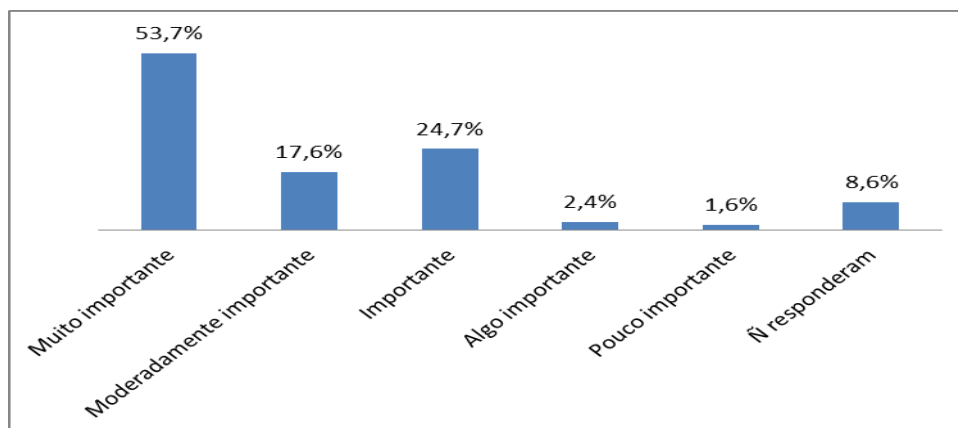


Figura 101 – Questionário: quanto a combater a pobreza e exclusão social, dando o seu contributo em esforço ou económico

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 245 pessoas (96,0%).

Quanto a **ter motivação e / ou interesse para participação activa em clubes desportivos, grupos culturais, agremiações recreativas, associações cívicas, partidos políticos ou organizações humanitárias**, consideram moderadamente importante, 84 pessoas (37,5%), importante, 42 (18,8%), muito importante, 41 (18,3%), algo importante, 33 (14,7%), e pouco importante, 24 (10,7%). Não responderam 55 inquiridos / as (19,7%) (Figura 102).

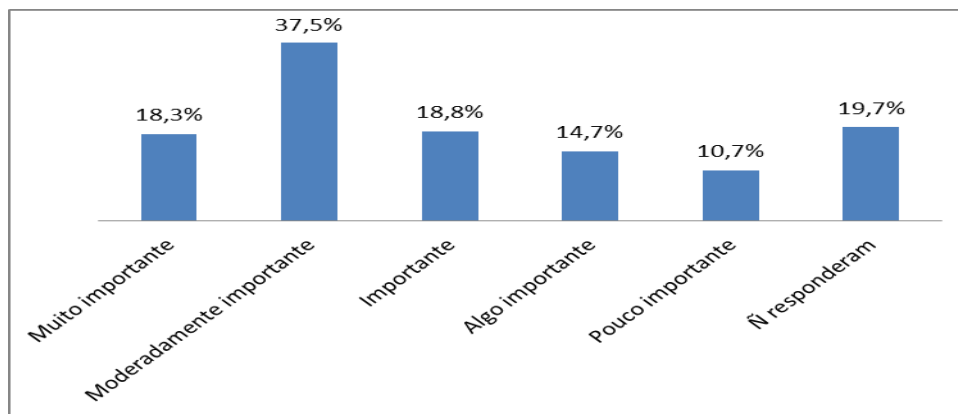


Figura 102 – Questionário: quanto a ter motivação e / ou interesse para participação activa em clubes desportivos, grupos culturais, agremiações recreativas, associações cívicas, partidos políticos ou organizações humanitárias

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 167 pessoas (74,6%).

Quanto a **outra atitude**, considerada mais importante, quanto à sua motivação e preocupações sociais, houve 6 respostas individualizadas (2,2%), relativas a actuação espontânea solidária, consciencialização das problemáticas sociais, contribuição para melhor ambiente promovendo a reciclagem de materiais e preservação das florestas, dar alimentos a pessoas carenciadas, ter sentimento de impotência social, e repartir com os outros.

D - Os inquiridos / as consideram mais importante, quanto à classificação dos **tipos de organizações, instituições e associações**, na escala de 1 a 5 (pouco a muito importante), em média de pontuação obtida, por ordem decrescente, **as organizações humanitárias (ONGD, IPSS, etc.)** (4,46 pontos); os grupos culturais (teatro, cinema, literatura, folclore, etc.) (3,89); as associações cívicas (comissões, causas, petições, etc.) (3,63); as agremiações recreativas e de lazer (jogos, torneios, outras diversões) (3,31); os clubes desportivos (futebol, etc.) (2,53); e os partidos políticos (qualquer que seja) (2,14).

Considerando o grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), por ordem decrescente, foram consideradas **as organizações humanitárias (ONGD, IPSS, etc.)** (95,6%); os grupos culturais (teatro, cinema, literatura, folclore, etc.) (91,8%); as associações cívicas (comissões, causas, petições, etc.) (88,1%); as agremiações recreativas e de lazer (jogos, torneios, outras

diversões) (82,6%); os clubes desportivos (futebol, etc.) (49,3%); e os partidos políticos (qualquer que seja) (36,8%).

O grau de importância mais frequente foi **importante**, quanto aos grupos culturais (teatro, cinema, literatura, folclore, etc.); e quanto às associações cívicas (comissões, causas, petições, etc.); **pouco importante**, quanto aos clubes desportivos (futebol, etc.); e quanto aos partidos políticos (qualquer que seja); **muito importante**, quanto às organizações humanitárias (ONGD, IPSS, etc.); e **moderadamente importante**, quanto às agremiações recreativas e de lazer (jogos, torneios, outras diversões).

Quanto aos **clubes desportivos (futebol, etc.)**, consideram pouco importante, 63 pessoas (28,5%), moderadamente importante, 60 (27,1%), algo importante, 49 (22,2%), importante, 27 (12,2%), e muito importante, 22 (10,0%). Não responderam 58 inquiridos / as (20,8%) (Figura 103).

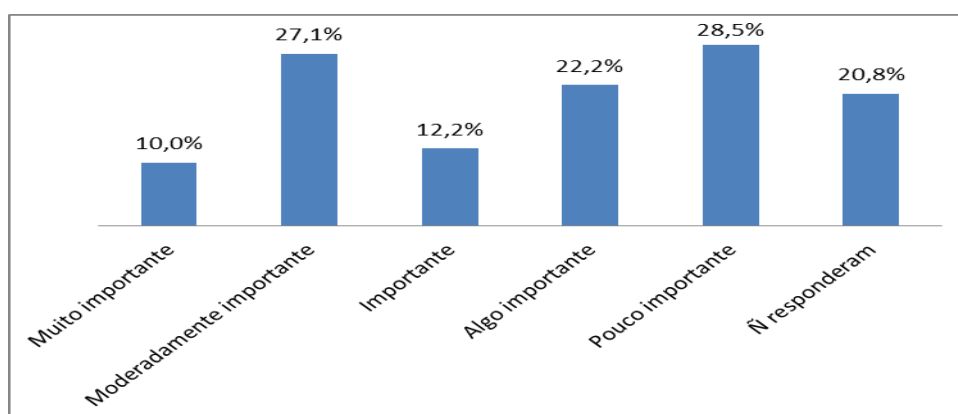


Figura 103 – Questionário: quanto aos clubes desportivos (futebol, etc.)

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 109 pessoas (49,3%).

Quanto aos **grupos culturais (teatro, cinema, literatura, folclore, etc.)**, consideram importante, 82 pessoas (35,5%), muito importante, 73 (31,6%), moderadamente importante, 57 (24,7%), algo importante, 16 (6,9%), e pouco importante, 3 (1,3%). Não responderam 48 inquiridos / as (17,2%) (Figura 104).

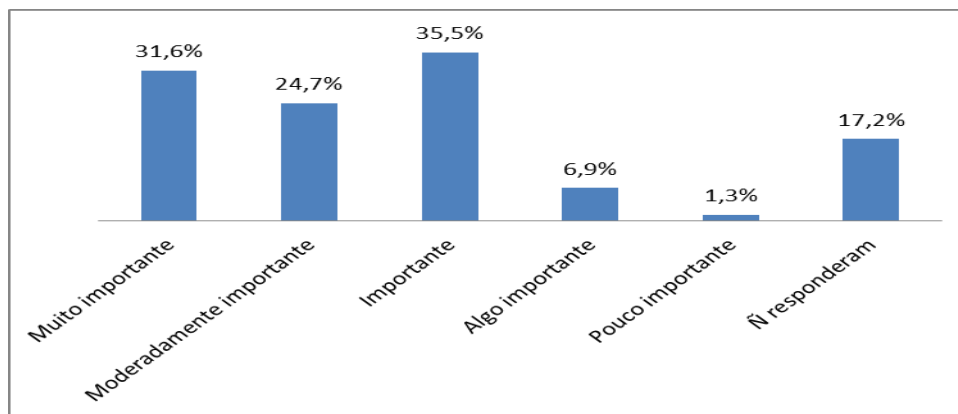


Figura 104 – Questionário: quanto aos grupos culturais (teatro, cinema, literatura, folclore, etc.)

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 212 pessoas (91,8%).

Quanto às **agregações recreativas e de lazer (jogos, torneios, outras diversões)**, consideram moderadamente importante, 93 pessoas (42,5%), importante, 52 (23,7%), muito importante, 36 (16,4%), algo importante, 20 (9,1%), e pouco importante, 18 (8,2%). Não responderam 60 inquiridos / as (21,5%) (Figura 105).

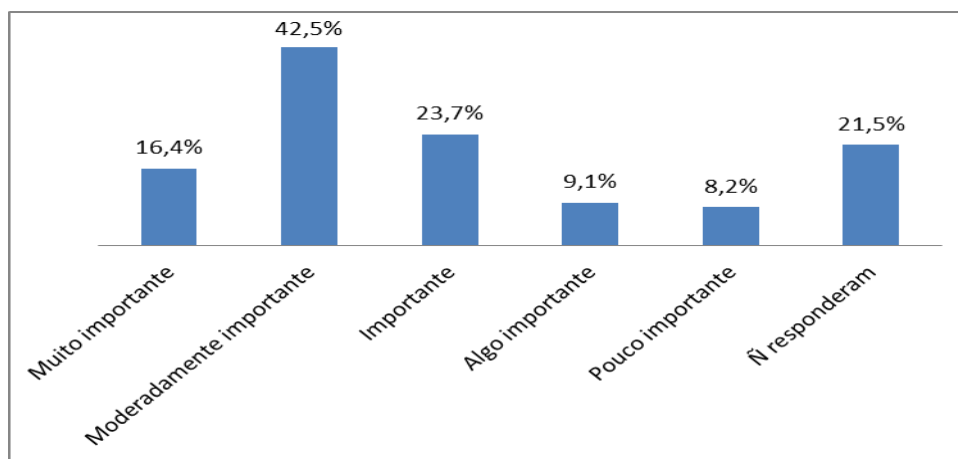


Figura 105 – Questionário: quanto às agregações recreativas e de lazer (jogos, torneios, outras diversões)

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 181 pessoas (82,6%).

Quanto às **associações cívicas (comissões, causas, petições, etc.)**, consideram importante, 78 pessoas (35,6%), moderadamente importante, 67 (30,6%), muito

importante, 48 (21,9%), algo importante, 16 (7,3%), e pouco importante, 10 (4,6%). Não responderam 60 inquiridos / as (21,5%) (Figura 106).

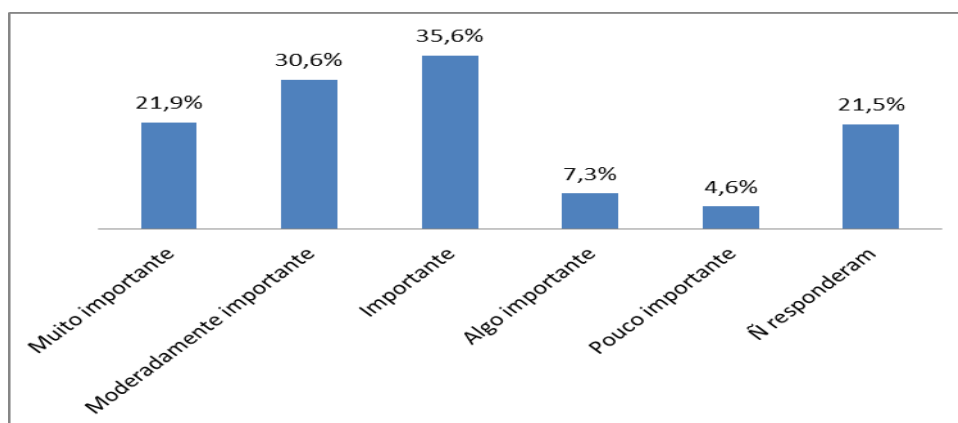


Figura 106 – Questionário: quanto às associações cívicas (comissões, causas, petições, etc.)

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 193 pessoas (88,1%).

Quanto aos **partidos políticos (qualquer que seja)**, consideram pouco importante, 93 (43,5%), moderadamente importante, 45 pessoas (21,0%), algo importante, 42 (19,6%), importante, 23 (10,7%), e muito importante, 11 (5,1%). Não responderam 65 inquiridos / as (23,3%) (Figura 107).

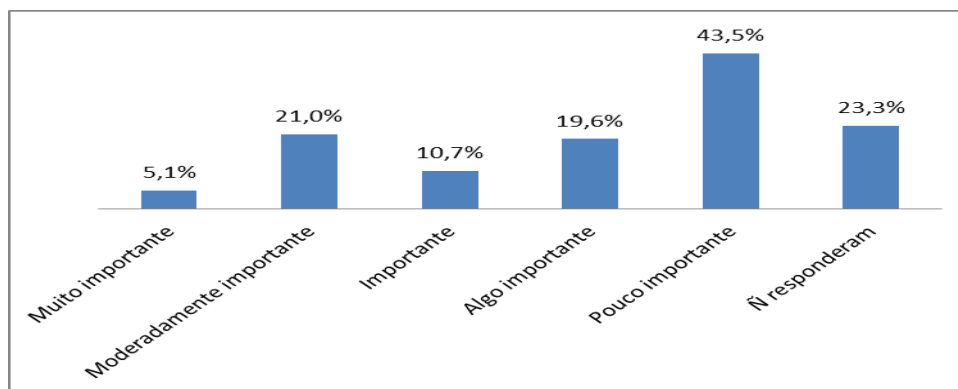


Figura 107 – Questionário: quanto aos partidos políticos (qualquer que seja)

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 79 pessoas (36,8%).

Quanto às **organizações humanitárias (ONGD, IPSS, etc.)**, consideram muito importante, 163 pessoas (66,3%), importante, 48 (19,5%), moderadamente importante,

24 (9,8%), algo importante, 7 (2,8%), e pouco importante, 4 (1,6%). Não responderam 33 inquiridos / as (11,8%) (Figura 108).

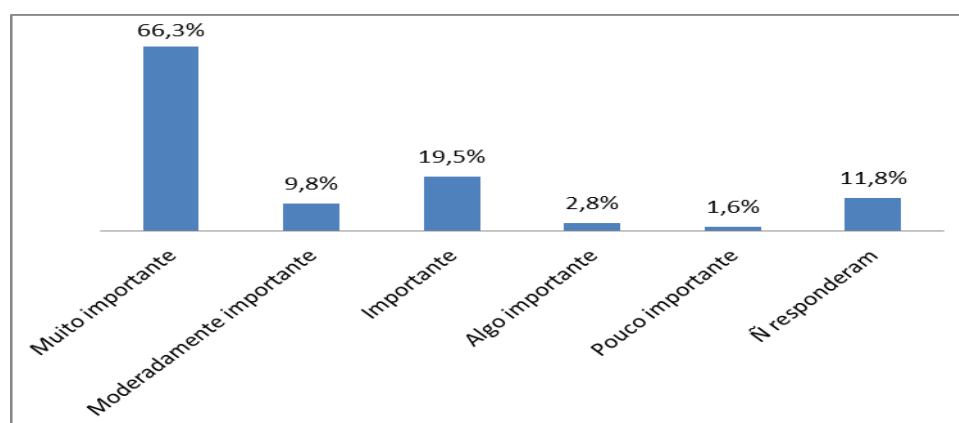


Figura 108 – Questionário: quanto às organizações humanitárias (ONGD, IPSS, etc.)

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 235 pessoas (95,6%).

Quanto a **outra atitude**, considerada mais importante, quanto aos tipos de organizações, instituições e associações, houve 5 respostas individualizadas (1,8%), 2 relativas às organizações religiosas, 1 cada relativa ao Banco Alimentar, e OMS e Assistência Médica Internacional em conjunto, e 1 relativa à intervenção da sociedade civil em cidadania activa.

E - Os inquiridos / as consideram mais importante, quanto ao que acham que *a sociedade deve contribuir para si*, na escala de 1 a 5 (pouco a muito importante), em média de pontuação obtida, por ordem decrescente, **reduzir os factores de risco humano e vulnerabilidade pessoal e familiar** (4,36); dar-lhe segurança e apoio social, evitando a solidão (4,25); dar-lhe os meios de bem-estar biológico e psíquico necessários e suficientes (4,24 pontos); promover e desenvolver a cultura, a arte e o lazer (3,80); proporcionar-lhe recursos economico-financeiros (3,23).

Considerando o grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), por ordem decrescente, foi considerado **dar-lhe os meios de bem-estar biológico e psíquico necessários e suficientes** (94,2%); reduzir os factores de risco humano e vulnerabilidade pessoal e familiar (93,4%); dar-lhe

segurança e apoio social, evitando a solidão (91,7%); promover e desenvolver a cultura, a arte e o lazer (85,1%); e proporcionar-lhe recursos economico-financeiros (70,1%).

O *grau* de importância mais frequente foi **muito importante**, quanto a proporcionar-lhe recursos economico-financeiros; quanto a dar-lhe segurança e apoio social, evitando a solidão; quanto a promover e desenvolver a cultura, a arte e o lazer; quanto a dar-lhe os meios de bem-estar biológico e psíquico necessários e suficientes; e quanto a reduzir os factores de risco humano e vulnerabilidade pessoal e familiar; bem como **moderadamente importante**, quanto a proporcionar-lhe recursos economico-financeiros.

Quanto a **proporcionar-lhe recursos economico-financeiros**, consideram muito importante, 58 pessoas (25,1%), bem como moderadamente importante, 58 (25,1%), importante, 46 (19,9%), pouco importante, 39 (16,9%), e algo importante, 30 (13,0%). Não responderam 48 inquiridos / as (17,2%) (Figura 109).

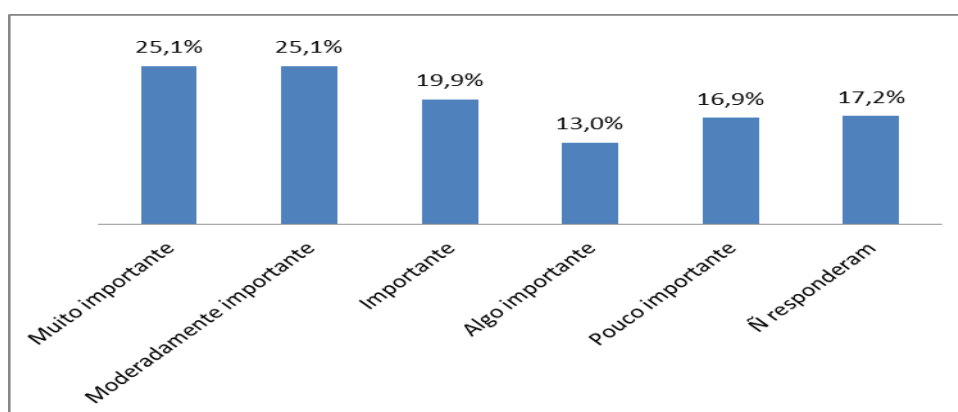


Figura 109 – Questionário: quanto a proporcionar-lhe recursos economico-financeiros

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 162 pessoas (70,1%).

Quanto a **dar-lhe segurança e apoio social, evitando a solidão**, consideram muito importante, 141 pessoas (55,7%), importante, 62 (24,5%), moderadamente importante, 29 (11,5%), algo importante, 15 (5,9%), e pouco importante, 6 (2,4%). Não responderam 26 inquiridos / as (9,3%) (Figura 110).

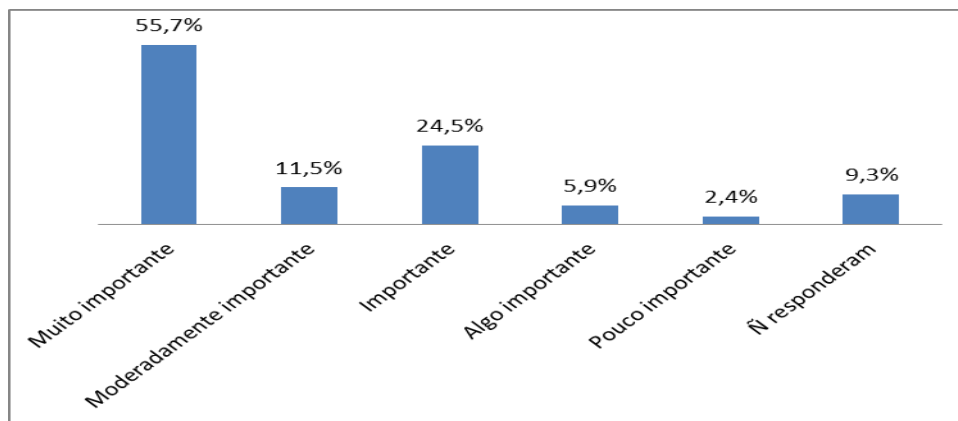


Figura 110 – Questionário: quanto a dar-lhe segurança e apoio social, evitando a solidão

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 232 pessoas (91,7%).

Quanto a **promover e desenvolver a cultura, a arte e o lazer**, consideram muito importante, 87 pessoas (36,3%), importante, 71 (29,6%), moderadamente importante, 46 (19,2%), algo importante, 20 (8,3%), e pouco importante, 16 (6,7%). Não responderam 39 inquiridos / as (14,0%) (Figura 111).

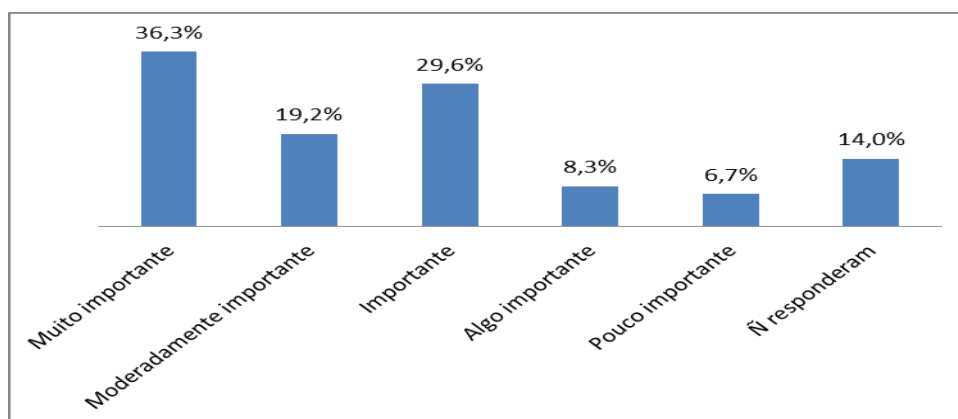


Figura 111 – Questionário: quanto a promover e desenvolver a cultura, a arte e o lazer

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 204 pessoas (85,1%).

Quanto a **dar-lhe os meios de bem-estar biológico e psíquico, necessários e suficientes**, consideram muito importante, 125 pessoas (51,9%), importante, 72 (29,9%), moderadamente importante, 30 (12,4%), pouco importante, 8 (3,3%), e algo importante, 6 (2,5%). Não responderam 38 inquiridos / as (13,6%) (Figura 112).

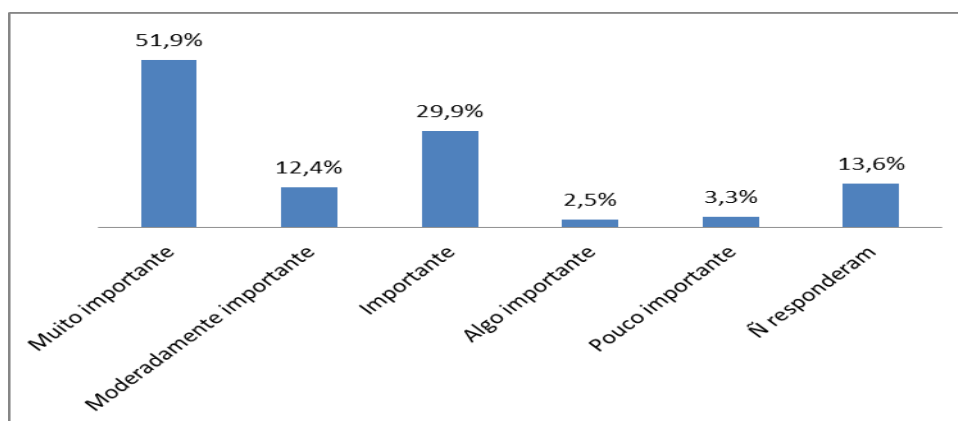


Figura 112 – Questionário: quanto a dar-lhe os meios de bem-estar biológico e psíquico, necessários e suficientes

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 227 pessoas (94,2%).

Quanto a **reduzir os factores de risco humano e vulnerabilidade pessoal e familiar**, consideram muito importante, 141 (58,3%), importante, 68 pessoas (28,1%), moderadamente importante, 17 (7,0%), algo importante, 12 (5,0%), e pouco importante, 4 (1,7%). Não responderam 37 inquiridos / as (13,3%) (Figura 113).

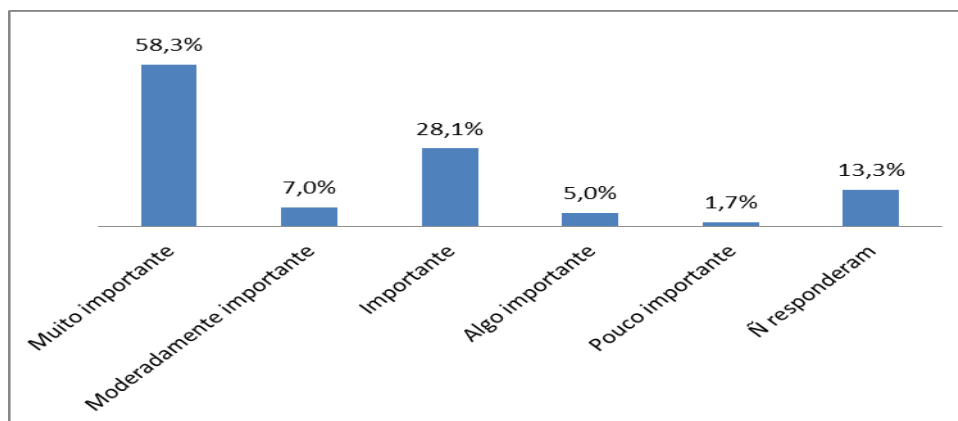


Figura 113 – Questionário: quanto a reduzir os factores de risco humano e vulnerabilidade pessoal e familiar

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 226 pessoas (93,4%).

Quanto a **outra atitude**, considerada mais importante, quanto ao que acha que a sociedade deve contribuir para si, houve 5 respostas (1,8%), relativas à educação cívica,

desenvolvimento de relações interpessoais, direito ao trabalho, redução de impostos na saúde, e ser ela própria (pessoa).

Quanto ao **estilo de vida**:

A - Os inquiridos / as consideram mais importante, quanto à *importância da alimentação e nutrição na sua saúde e bem-estar*, na escala de 1 a 5 (pouco a muito importante), em média de pontuação obtida, por ordem decrescente, **a alimentação e a nutrição devem ser equilibradas e de qualidade para proteger a saúde** (4,84); o aconselhamento alimentar deve ter em conta o stress do dia-a-dia e a situação de saúde (ou doença) de cada pessoa (4,21); a alimentação (alimentos, confecção e indústria) deve ter custos baixos para satisfazer a procura e a necessidade (3,95); o aconselhamento alimentar deve ter em conta o trabalho da pessoa, a sua capacidade económica e os recursos logísticos ao seu dispor (3,79); e a alimentação e nutrição devem ter quantidade, espécie e paladar que proporcionem bem-estar pessoal e social (3,56).

Considerando o grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), por ordem decrescente, foi considerado **a alimentação e a nutrição devem ser equilibradas e de qualidade para proteger a saúde** (98,2%); o aconselhamento alimentar deve ter em conta o stress do dia-a-dia e a situação de saúde (ou doença) de cada pessoa (91,7%); a alimentação (alimentos, confecção e indústria) deve ter custos baixos para satisfazer a procura e a necessidade (87,6%); o aconselhamento alimentar deve ter em conta o trabalho da pessoa, a sua capacidade económica e os recursos logísticos ao seu dispor (80,4%); a alimentação e nutrição devem ter quantidade, espécie e paladar que proporcionem bem-estar pessoal e social (78,3%).

O grau de importância mais frequente foi **muito importante**, quanto à alimentação e a nutrição devem ser equilibradas e de qualidade para proteger a saúde; quanto ao aconselhamento alimentar deve ter em conta o stress do dia-a-dia e a situação de saúde (ou doença) de cada pessoa; e quanto ao aconselhamento alimentar deve ter em conta o trabalho da pessoa, a sua capacidade económica e os recursos logísticos ao seu dispor; quanto à alimentação e nutrição devem ter quantidade, espécie e paladar que

proporcionem bem-estar pessoal e social; e quanto à alimentação (alimentos, confecção e indústria) deve ter custos baixos para satisfazer a procura e a necessidade.

Quanto à **alimentação e a nutrição devem ser equilibradas e de qualidade para proteger a saúde**, consideram muito importante, 243 pessoas (89,7%), importante, 22 (8,1%), pouco importante, 4 (1,5%), moderadamente importante, bem como algo importante, 1 (0,4% cada). Não responderam 8 inquiridos / as (2,9%) (Figura 114).

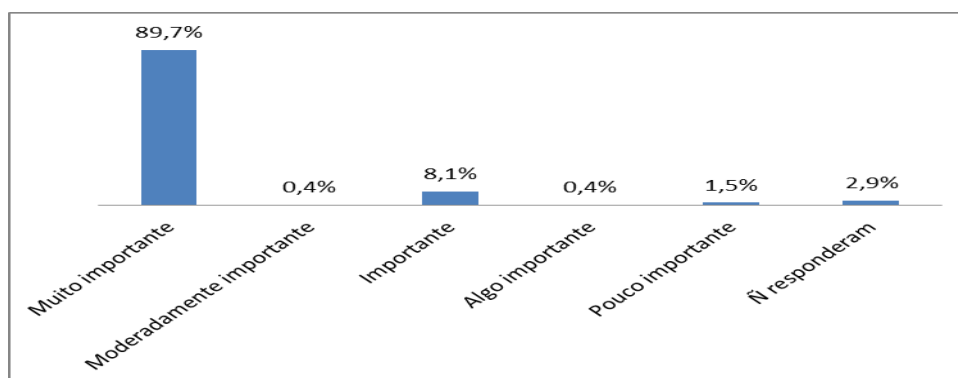


Figura 114 – Questionário: quanto à alimentação e a nutrição devem ser equilibradas e de qualidade para proteger a saúde

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 266 pessoas (98,2%).

Quanto à **alimentação e nutrição devem ter quantidade, espécie e paladar que proporcionem bem-estar pessoal e social**, consideram muito importante, 78 pessoas (31,8%), importante, 64 (26,1%), moderadamente importante, 50 (20,4%), pouco importante, 29 (11,8%), e algo importante, 24 (9,8%). Não responderam 34 inquiridos / as (12,2%) (Figura 115).

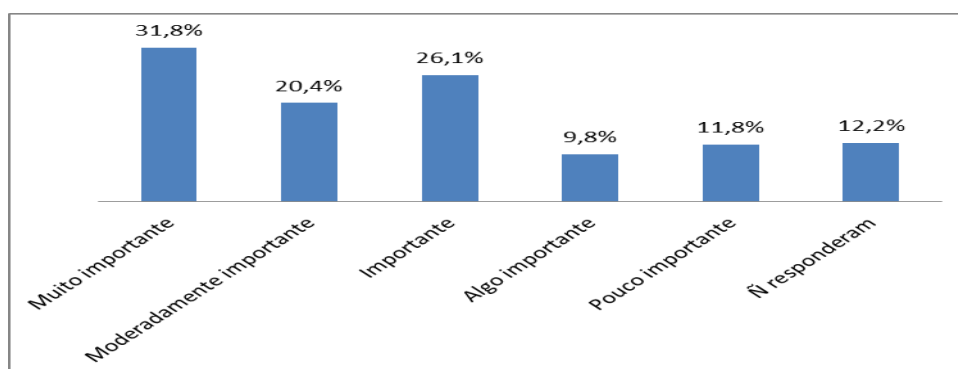


Figura 115 – Questionário: quanto à alimentação e nutrição devem ter quantidade, espécie e paladar que proporcionem bem-estar pessoal e social

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 192 pessoas (78,3%).

Quanto à **alimentação (alimentos, confecção e indústria) deve ter custos baixos para satisfazer a procura e a necessidade**, consideram muito importante, 106 pessoas (42,2%), importante, 73 (29,1%), moderadamente importante, 41 (16,3%), algo importante, 16 (6,4%), e pouco importante, 15 (6,0%). Não responderam 28 inquiridos / as (10,0%) (Figura 116).

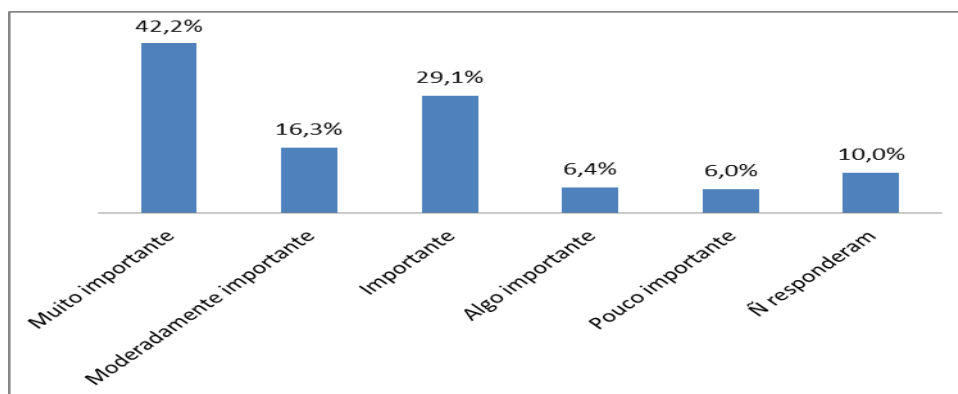


Figura 116 – Questionário: quanto à alimentação (alimentos, confecção e indústria) deve ter custos baixos para satisfazer a procura e a necessidade

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 220 pessoas (87,6%).

Quanto ao **aconselhamento alimentar deve ter em conta o stress do dia-a-dia e a situação de saúde (ou doença) de cada pessoa**, consideram muito importante, 129 pessoas (51,2%), importante, 75 (29,8%), moderadamente importante, 27 (10,7%), algo importante, 14 (5,6%), e pouco importante, 7 (2,8%). Não responderam 27 inquiridos / as (9,7%) (Figura 117).

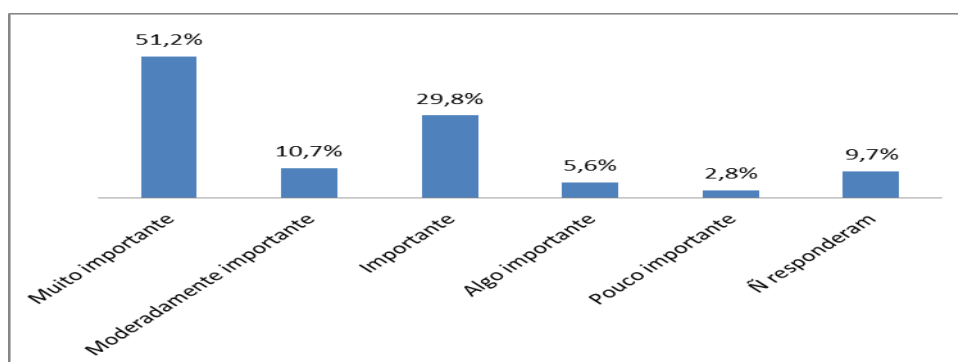


Figura 117 – Questionário: quanto ao aconselhamento alimentar deve ter em conta o stress do dia-a-dia e a situação de saúde (ou doença) de cada pessoa

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 231 pessoas (91,7%).

Quanto ao **aconselhamento alimentar deve ter em conta o trabalho da pessoa, a sua capacidade económica e os recursos logísticos ao seu dispor**, consideram muito importante, 105 (42,0%), importante, 59 pessoas (23,6%), moderadamente importante, 37 (14,8%), algo importante, 26 (10,4%), e pouco importante, 23 (9,2%). Não responderam, 29 inquiridos / as (10,4%) (Figura 118).

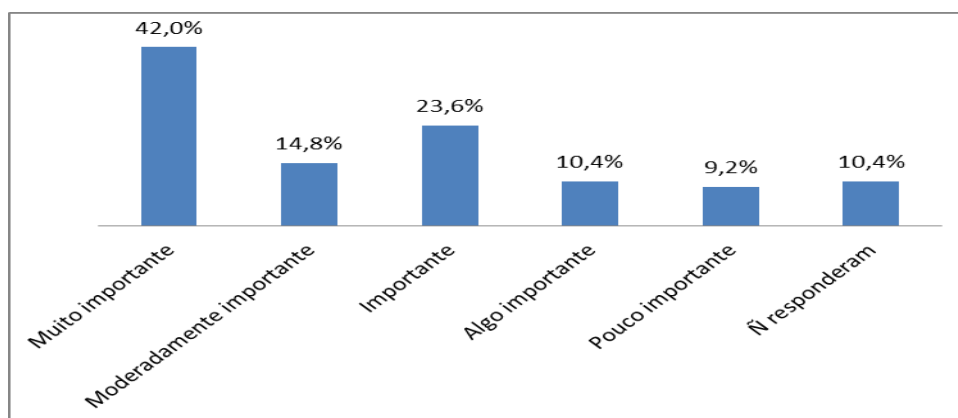


Figura 118 – Questionário: quanto ao aconselhamento alimentar deve ter em conta o trabalho da pessoa, a sua capacidade económica e os recursos logísticos ao seu dispor

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante) foi explicitado por 201 pessoas (80,4%).

Quanto a **outra atitude**, considerada mais importante, quanto à importância da alimentação e nutrição na sua saúde e bem-estar, houve 1 resposta (0,4%), relativa a alimentação ser adequada a cada pessoa consoante o estatuto económico.

B - Os inquiridos / as consideram mais importante, quanto à **importância do exercício físico para a sua saúde e bem-estar**, na escala de 1 a 5 (pouco a muito importante), em média de pontuação obtida, por ordem decrescente, **é ou deve ser uma prioridade na prevenção, cura e reabilitação de doenças da civilização** (4,42); deve ter em conta eventuais limitações de mobilidade e outras doenças já existentes (4,28); é ou deve ser adaptado às características físicas e ao perfil psicológico da pessoa (4,20); é ou deve ser de tipo, intensidade e duração, conforme cada pessoa individualizada (4,08); e deve ser adaptado ao horário laboral, tempo de lazer e conveniência familiar (3,75).

Considerando o grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), por ordem decrescente, foi considerado que **o exercício físico, é ou deve ser adaptado às características físicas e ao perfil psicológico da pessoa (92,8%); é ou deve ser uma prioridade na prevenção, cura e reabilitação de doenças da civilização (92,5%); bem como, deve ter em conta eventuais limitações de mobilidade e outras doenças já existentes (92,5%); é ou deve ser de tipo, intensidade e duração, conforme cada pessoa individualizada (90,1%); e deve ser adaptado ao horário laboral, tempo de lazer e conveniência familiar (79,6%).**

O *grau* de importância, quanto ao exercício físico, em todas as hipóteses, foi **muito importante**, quanto a: é ou deve ser adaptado às características físicas e ao perfil psicológico da pessoa; é ou deve ser de tipo, intensidade e duração, conforme cada pessoa individualizada; é ou deve ser uma prioridade na prevenção, cura e reabilitação de doenças da civilização; deve ter em conta eventuais limitações de mobilidade e outras doenças já existentes; e deve ser adaptado ao horário laboral, tempo de lazer e conveniência familiar.

Quanto ao exercício físico, **é ou deve ser uma prioridade na prevenção, cura e reabilitação de doenças da civilização**, consideram muito importante, 168 pessoas (66,1%), importante, 50 (19,7%), moderadamente importante, 17 (6,7%), algo importante, 12 (4,7%), e pouco importante, 7 (2,8%). Não responderam 25 inquiridos / as (9,0%) (Figura 119).

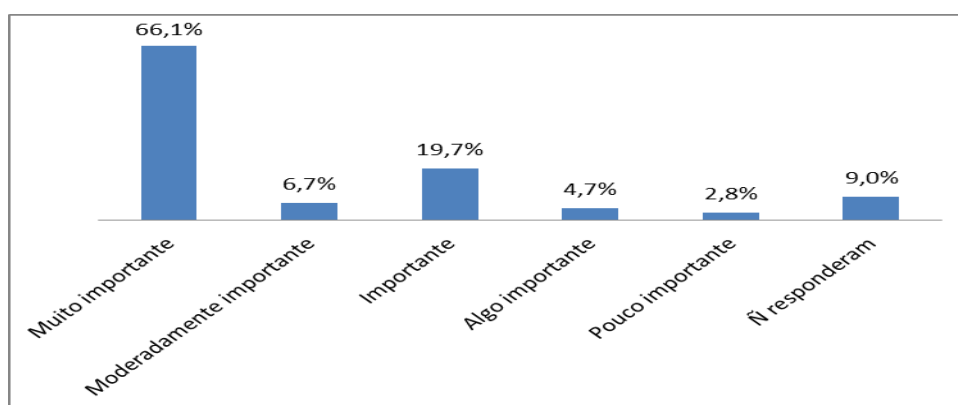


Figura 119 – Questionário: quanto ao exercício físico, é ou deve ser uma prioridade na prevenção, cura e reabilitação de doenças da civilização

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 235 pessoas (92,5%).

Quanto ao exercício físico, **é ou deve ser adaptado às características físicas e ao perfil psicológico da pessoa**, consideram muito importante, 126 pessoas (50,0%), importante, 79 (31,3%), moderadamente importante, 29 (11,5%), pouco importante, 10 (4,0%) e algo importante, 8 (3,2%). Não responderam 27 inquiridos / as (9,7%) (Figura 120).

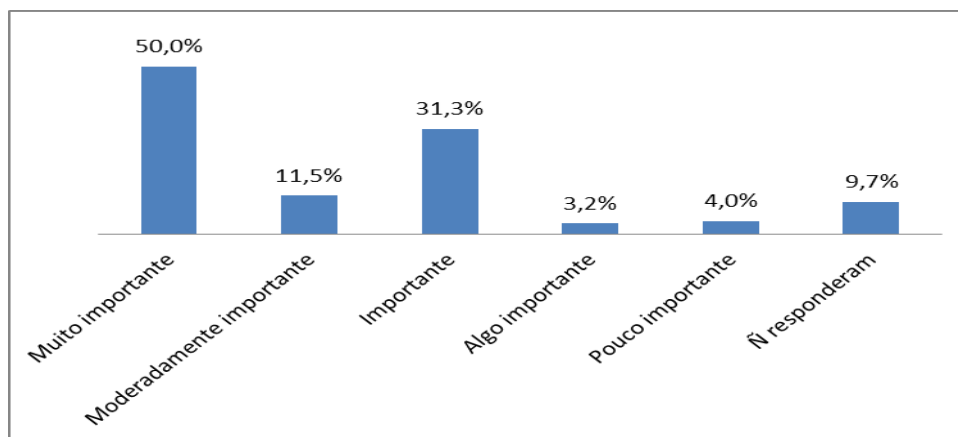


Figura 120 – Questionário: quanto ao exercício físico, é ou deve ser adaptado às características físicas e ao perfil psicológico da pessoa

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 234 pessoas (92,8%).

Quanto ao exercício físico, **é ou deve ser de tipo, intensidade e duração, conforme cada pessoa individualizada**, consideram muito importante, 114 pessoas (46,9%), importante, 66 (27,2%), moderadamente importante, 39 (16,0%), algo importante, 17 (7,0%), e pouco importante, 7 (2,9%). Não responderam 36 inquiridos / as (12,9%) (Figura 121).

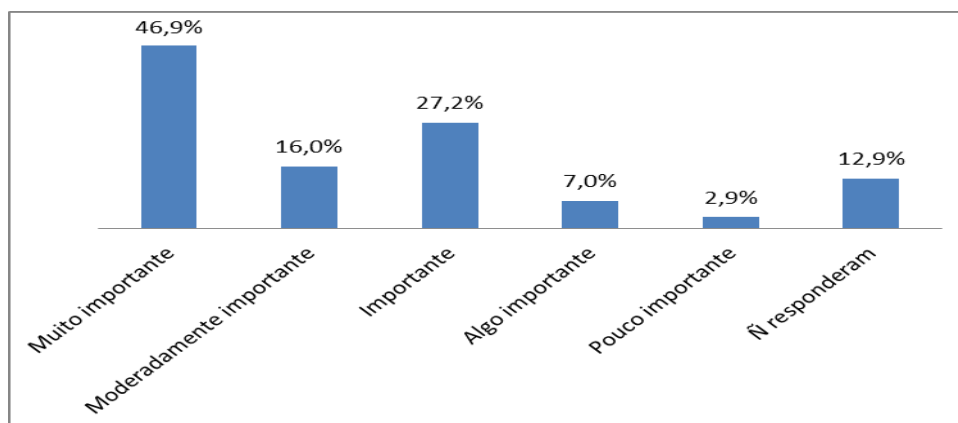


Figura 121 – Questionário: quanto ao exercício físico, é ou deve ser de tipo, intensidade e duração, conforme cada pessoa individualizada

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 219 pessoas (90,1%).

Quanto ao exercício físico, **deve ter em conta eventuais limitações de mobilidade e outras doenças já existentes**, consideram muito importante, 144 pessoas (57,4%), importante, 60 (23,9%), moderadamente importante, 28 (11,2%), algo importante, 12 (4,8%), e pouco importante, 7 (2,8%). Não responderam 28 inquiridos / as (10,0%) (Figura 122).

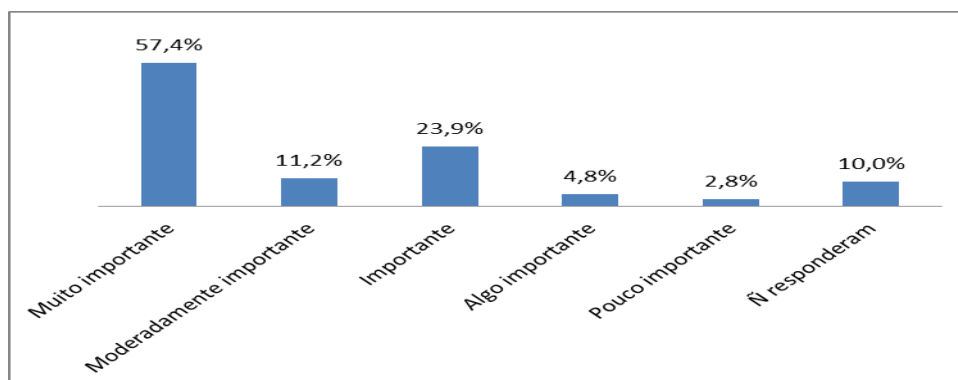


Figura 122 – Questionário: quanto ao exercício físico, deve ter em conta eventuais limitações de mobilidade e outras doenças já existentes

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 232 pessoas (92,5%).

Quanto ao exercício físico, **deve ser adaptado ao horário laboral, tempo de lazer e conveniência familiar**, consideram muito importante, 102 (43,4%), importante, 55 pessoas (23,4%), pouco importante, 35 (14,9%), moderadamente importante, 30 (12,8%), e algo importante, 13 (5,5%). Não responderam 44 inquiridos / as (15,8%) (Figura 123).

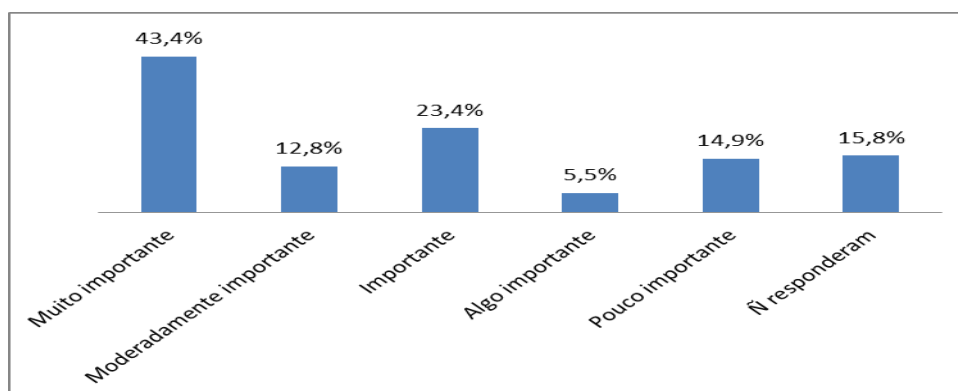


Figura 123 – Questionário: quanto ao exercício físico, deve ser adaptado ao horário laboral, tempo de lazer e conveniência familiar

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 187 pessoas (79,6%).

Quanto a **outra atitude**, considerada mais importante, quanto à importância do exercício físico na sua saúde e bem-estar, houve 5 respostas individualizadas (1,8%), citando que deviam ser consoante a necessidade e horário laboral, os recursos económicos adaptados e a prescrição médica, o exercício físico e a forma contribuem para auto-estima, e a alimentação saudável e o exercício físico são sinais de bem-estar.

C - Os inquiridos / as consideram mais importante, quanto ao **tabagismo, abuso do álcool e consumo de drogas e ao prejuízo que representam para a sua saúde física e mental**, na escala de 1 a 5 (pouco a muito importante), em média de pontuação obtida, por ordem decrescente, **o consumo de drogas leves ou duras conduz à perda de saúde e à viciação** (4,65); o abuso do álcool, agudo ou crónico, prejudica gravemente a saúde, mais cedo ou mais tarde (4,56); a vida familiar é afectada pelos hábitos nocivos, conduzindo ao conflito e à dissolução (4,47); o tabagismo é um malefício, devendo ser completamente eliminado (4,41); e a vida social é melhorada pelo consumo de tabaco, álcool ou substâncias que alteram o estado orgânico e psíquico (1,64).

Considerando o grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), por ordem decrescente, foi considerado que, **o consumo de drogas leves ou duras conduz à perda de saúde e à viciação** (96,8%); o abuso do álcool, agudo ou crónico, prejudica gravemente a saúde, mais cedo ou mais tarde (95,4%); a vida familiar é afectada pelos hábitos nocivos, conduzindo ao conflito e à dissolução (91,1%); o tabagismo é um malefício, devendo ser completamente eliminado (89,2%); a vida social é melhorada pelo consumo de tabaco, álcool ou substâncias que alteram o estado orgânico e psíquico (16,5%).

O grau de importância, quanto ao tabagismo, abuso do álcool e consumo de drogas e ao prejuízo que representam para a sua saúde física e mental, foi **muito importante**: quanto ao consumo de drogas leves ou duras conduz à perda de saúde e à viciação; quanto ao abuso do álcool, agudo ou crónico, prejudica gravemente a saúde, mais cedo ou mais tarde; quanto à vida familiar afectada pelos hábitos nocivos, conduzindo ao conflito e à dissolução; e quanto ao tabagismo como um malefício, devendo ser completamente eliminado; e **pouco importante**, quanto à vida social ser melhorada

pelo consumo de tabaco, álcool ou substâncias que alteram o estado orgânico e psíquico.

Quanto ao hábito: **o tabagismo é um malefício, devendo ser completamente eliminado**, consideram muito importante, 187 pessoas (72,5%), importante, 24 (9,3%), algo importante 23 (8,9%), moderadamente importante 19 (7,4%), e pouco importante, 5 (1,9%). Não responderam 21 inquiridos / as (7,5%) (Figura 124).

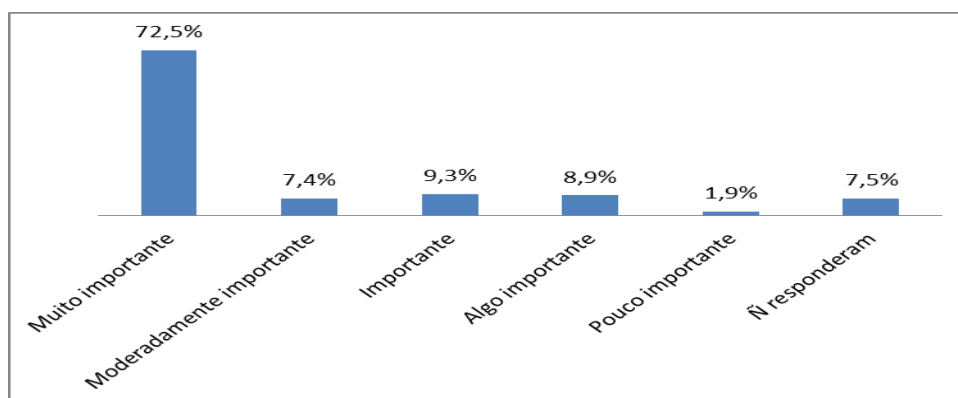


Figura 124 – Questionário: quanto ao hábito, o tabagismo é um malefício, devendo ser completamente eliminado

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 230 pessoas (89,2%).

Quanto ao hábito: **o abuso do álcool, agudo ou crónico, prejudica gravemente a saúde, mais cedo ou mais tarde**, consideram muito importante, 193 pessoas (73,9%), importante, 38 (14,6%), moderadamente importante, 18 (6,9%), algo importante 7 (2,7%), e pouco importante 5 (1,9%). Não responderam 18 inquiridos / as (6,5%) (Figura 125).

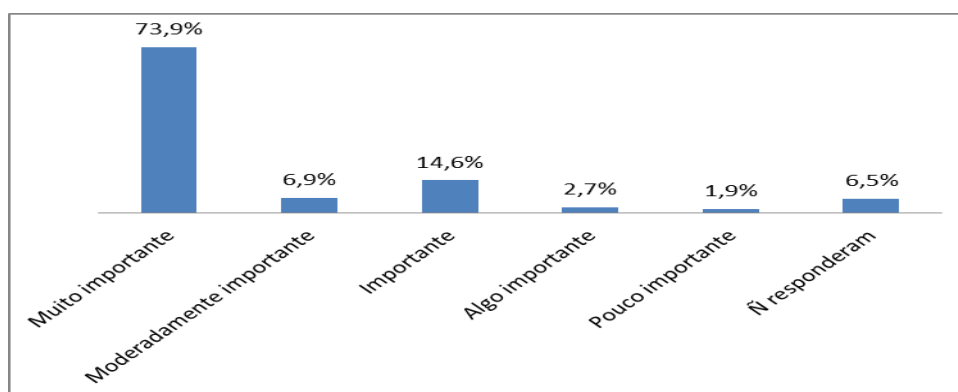


Figura 125 – Questionário: quanto ao hábito, o abuso do álcool, agudo ou crónico, prejudica gravemente a saúde, mais cedo ou mais tarde

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 249 pessoas (95,4%).

Quanto ao hábito: **o consumo de drogas leves ou duras conduz à perda de saúde e à viciação**, consideram muito importante, 202 pessoas (79,8%), importante, 25 (9,9%), moderadamente importante 18 (7,1%), algo importante, 5 (2,0%), e pouco importante 3 (1,2%). Não responderam 26 inquiridos / as (9,3%) (Figura 126).

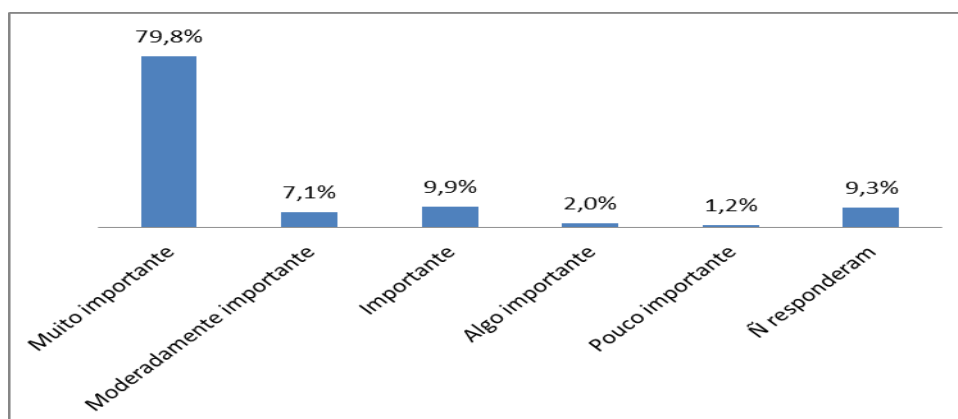


Figura 126 – Questionário: quanto ao hábito, o consumo de drogas leves ou duras conduz à perda de saúde e à viciação

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 245 pessoas (96,8%).

Quanto ao prejuízo: **a vida familiar é afectada pelos hábitos nocivos, conduzindo ao conflito e à dissolução**, consideram muito importante, 180 pessoas (72,6%), importante 34 (13,7%), algo importante 15 (6,0%), moderadamente importante 12 (4,8%), e pouco importante, 7 (2,8%). Não responderam 31 inquiridos / as (11,1%) (Figura 127).

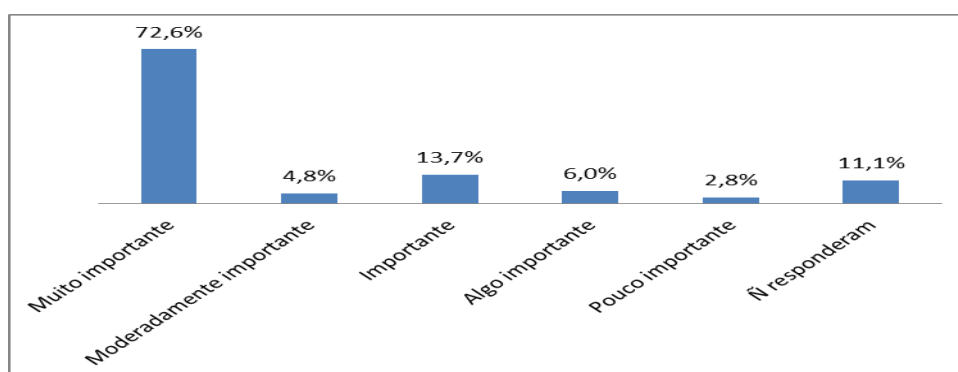


Figura 127 – Questionário: quanto aos hábitos, a vida familiar é afectada pelos hábitos nocivos, conduzindo ao conflito e à dissolução

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 226 pessoas (91,1%).

Quanto ao benefício: **a vida social é melhorada pelo consumo de tabaco, álcool ou substâncias que alteram o estado orgânico e psíquico**, consideram pouco importante 174 pessoas (77,3%), muito importante, 26 (11,6%), algo importante 14 (6,2%), moderadamente importante, 7 (3,1%), e importante, 4 (1,8%). Não responderam 54 inquiridos / as (19,4%) (Figura 128).

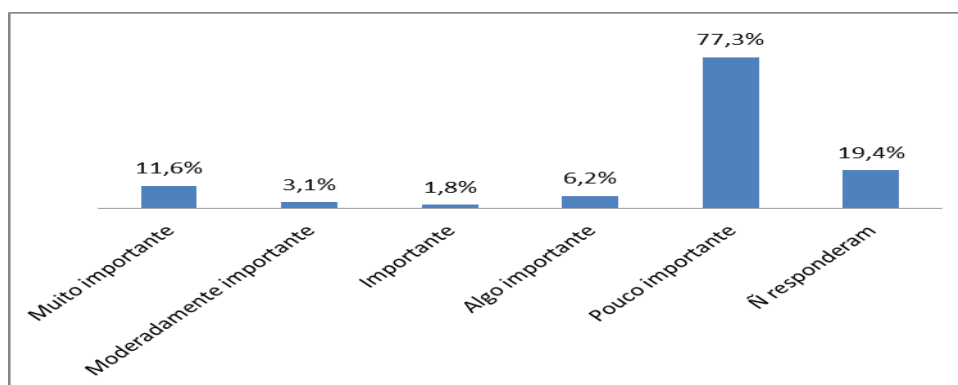


Figura 128 – Questionário: quanto ao benefício, a vida social é melhorada pelo consumo de tabaco, álcool ou substâncias que alteram o estado orgânico e psíquico

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 37 pessoas (16,5%).

Quanto a **outra atitude**, considerada mais importante, relativamente aos hábitos indicados e ao prejuízo que representam para a saúde física e mental, houve 6 respostas individualizadas (2,2%), que referiram que a vida social melhora até certo ponto depois só prejudica, o álcool e o tabaco nada fazem de bem ao social, os hábitos deixam de problematizar, não se devem misturar drogas leves e duras, ser tudo contra as drogas e o álcool, e tudo o que seja considerado vício é mau hábito e prejudicial ao corpo e mente.

D - Os inquiridos / as consideram mais importante, quanto ao ***modo como a participação em actividades culturais influencia a saúde***, na escala de 1 a 5 (pouco a muito importante), em média de pontuação obtida, por ordem decrescente, **a participação regular em espectáculos de música, cinema, teatro, ópera, dança, viagens e turismo cultural, etc.** (3,85); a participação em colóquios, seminários, conferências, jornadas, etc., envolvendo saúde e ambiente (3,54); a participação em

actividades de bairro / condomínio, grupos regionais / festas populares, mostra de rua, feira e quermesses (3,47); a participação em congressos científicos e outras actividades relacionadas também com o trabalho (3,30); considerando a política um acto de cultura, a participação em comícios, sessões de esclarecimento ou convívios partidários ou acções organizadas da sociedade civil / movimentos cívicos (2,28).

Considerando o grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), por ordem decrescente, foi considerada a **participação regular em espectáculos de música, cinema, teatro, ópera, dança, viagens e turismo cultural, etc.** (87,1%); a participação em colóquios, seminários, conferências, jornadas, etc., envolvendo saúde e ambiente (86,2%); a participação em actividades de bairro / condomínio, grupos regionais / festas populares, mostra de rua, feira e quermesses (81,4%); a participação em congressos científicos e outras actividades relacionadas também com o trabalho (77,2%); e considerando a política um acto de cultura, a participação em comícios, sessões de esclarecimento ou convívios partidários ou acções organizadas da sociedade civil / movimentos cívicos (43,8%).

O *grau* de importância, quanto ao modo como a participação em actividades culturais influencia a saúde, foi: **importante**, quanto à participação em colóquios, seminários, conferências, jornadas, etc., envolvendo saúde e ambiente; e quanto à participação em actividades de bairro / condomínio, grupos regionais / festas populares, mostra de rua, feira e quermesses; **muito importante**, quanto à participação regular em espectáculos de música, cinema, teatro, ópera, dança, viagens e turismo cultural, etc.; **moderadamente importante**, quanto à participação em congressos científicos e outras actividades relacionadas também com o trabalho; e **pouco importante**, considerando a política um acto de cultura, a participação em comícios, sessões de esclarecimento ou convívios partidários ou acções organizadas da sociedade civil / movimentos cívicos.

Quanto à **participação regular em espectáculos de música, cinema, teatro, ópera, dança, viagens e turismo cultural, etc.**, consideram muito importante, 90 pessoas (37,5%), importante, 67 (27,9%), moderadamente importante, 52 (21,7%), algo importante, 19 (7,9%), pouco importante, 12 (5,0%). Não responderam 39 inquiridos / as (14,0%) (Figura 129).

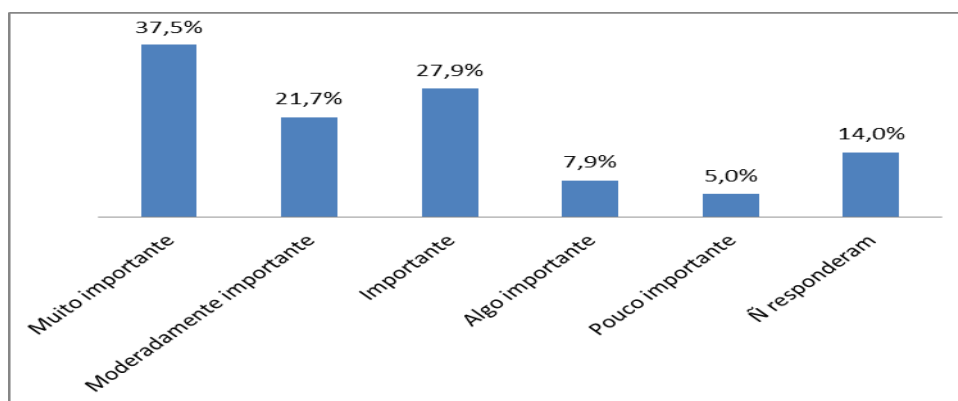


Figura 129 – Questionário: quanto à participação regular em espectáculos de música, cinema, teatro, ópera, dança, viagens e turismo cultural, etc.

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 209 pessoas (87,1%).

Quanto à **participação em colóquios, seminários, conferências, jornadas, etc., envolvendo saúde e ambiente**, consideram importante, 74 pessoas (32,2%), moderadamente importante, 64 (27,8%), muito importante, 52 (22,6%), algo importante, 27 (11,7%), e pouco importante, 13 (5,7%). Não responderam 49 inquiridos / as (17,6%) (Figura 130).

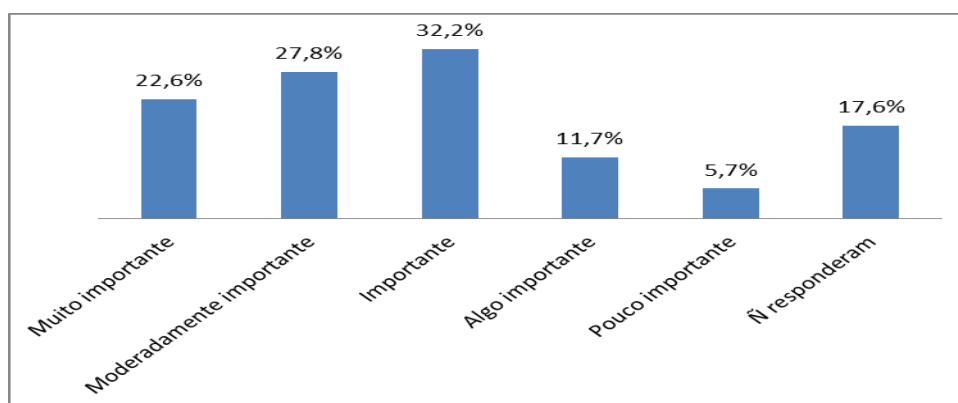


Figura 130 – Questionário: quanto à participação em colóquios, seminários, conferências, jornadas, etc., envolvendo saúde e ambiente

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 190 pessoas (82,6%).

Quanto à **participação em congressos científicos e outras actividades relacionadas também com o trabalho**, consideram moderadamente importante, 74 pessoas (33,2%),

importante, 59 (26,5%), muito importante, 39 (17,5%), algo importante, 32 (14,3%), e pouco importante, 19 (8,5%). Não responderam 56 inquiridos / as (20,1%) (Figura 131).

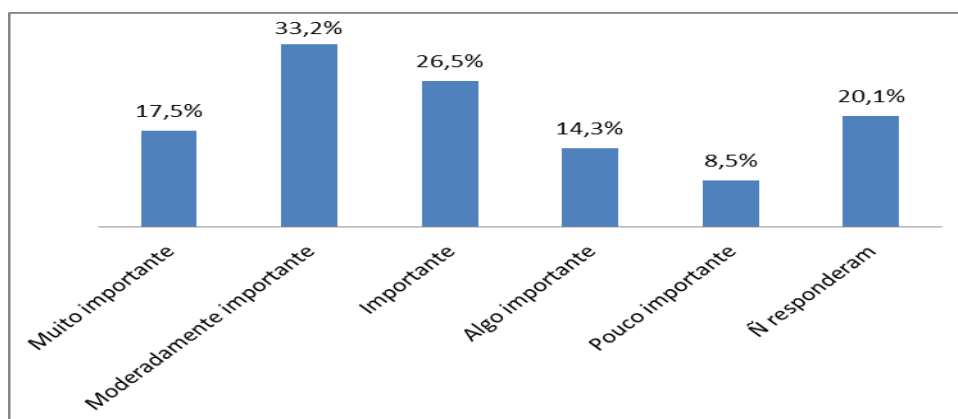


Figura 131 – Questionário: quanto à participação em congressos científicos e outras actividades relacionadas também com o trabalho

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 172 pessoas (77,2%).

Quanto à **participação em actividades de bairro / condomínio, grupos regionais / festas populares, mostra de rua, feira e quermesses**, consideram importante, 84 pessoas (35,6%), moderadamente importante, 62 (26,3%), muito importante, 46 (19,5%), algo importante, 24 (10,2%), e pouco importante, 20 (8,5%). Não responderam 43 inquiridos / as (15,4%) (Figura 132).

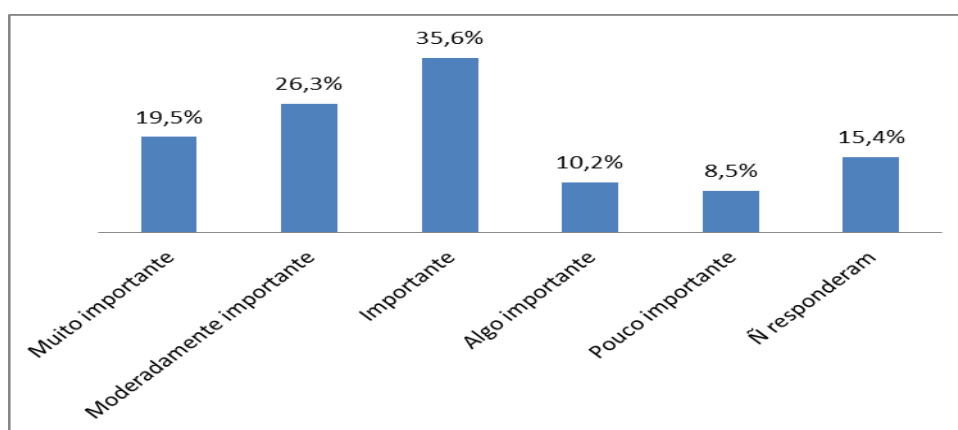


Figura 132 – Questionário: quanto à participação em actividades de bairro / condomínio, grupos regionais / festas populares, mostra de rua, feira e quermesses

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 192 pessoas (81,4%).

Considerando a política um acto de cultura, a participação em comícios, sessões de esclarecimento ou convívios partidários ou acções organizadas da sociedade civil / movimentos cívicos, consideram pouco importante, 86 pessoas (39,3%), algo importante, 37 (16,9%), moderadamente importante, 59 (26,9%), importante, 23 (10,5%), e muito importante, 14 (6,4%). Não responderam 60 inquiridos / as (21,5%) (Figura 133).

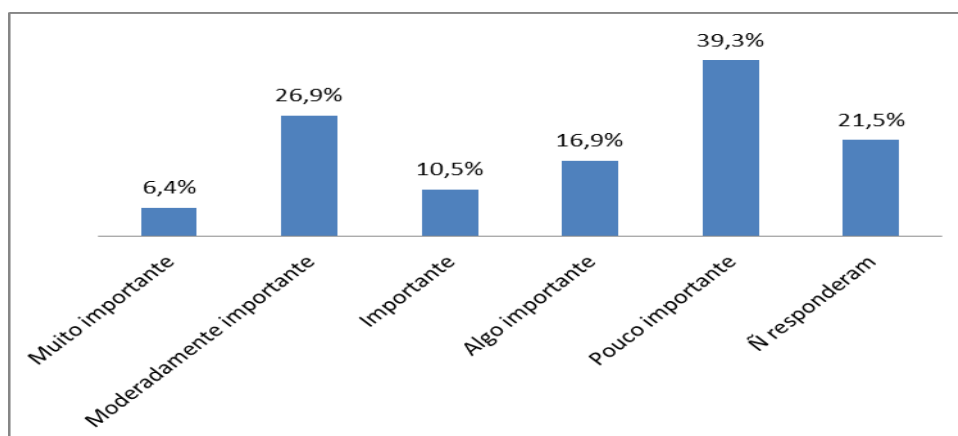


Figura 133 – Questionário: considerando a política um acto de cultura, quanto à participação em comícios, sessões de esclarecimento ou convívios partidários ou acções organizadas da sociedade civil / movimentos cívicos

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante) foi explicitado por 96 pessoas (43,8%).

Quanto a **outra atitude**, considerada importante, sobre o modo como a participação em actividades culturais influencia a saúde, houve 1 resposta (0,4%), referindo que tudo o que dê informação à sociedade não nos prejudica.

E - Os inquiridos / as consideram mais importante, quanto à *forma como o grau de promiscuidade afecta a saúde*, na escala de 1 a 5 (pouco a muito importante), em média de pontuação obtida, por ordem decrescente, **os comportamentos de risco sexual que envolvem consequências para os praticantes, parceiros e famílias** (4,30); através do meio ambiente e da poluição química e sanitária que envolva a zona de habitação (4,11); através da habitação própria ou em uso, por ausência de condições de espaço, higiene e salubridade (4,10); o ambiente de trabalho desregrado e indisciplinado, ou de opressão e limitação de direitos em saúde (3,86); e a participação em grupos de rotura social, com utilização de agressividade, violência e espírito classista (3,70).

Considerando o grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), por ordem decrescente, foram considerados **os comportamentos de risco sexual que envolvem consequências para os praticantes, parceiros e famílias** (89,1%); através da habitação própria ou em uso, por ausência de condições de espaço, higiene e salubridade (87,3%); através do meio ambiente e da poluição química e sanitária que envolva a zona de habitação (86,5%); pelo ambiente de trabalho desregrado e indisciplinado, ou de opressão e limitação de direitos em saúde (82,9%); e pela participação em grupos de rotura social, com utilização de agressividade, violência e espírito classista (75,1%).

O *grau* de importância, sobre a forma como o grau de promiscuidade afecta a saúde, foi **muito importante**, em todas as hipóteses (quanto aos comportamentos de risco sexual que envolvem consequências para os praticantes, parceiros e famílias; através da habitação própria ou em uso, por ausência de condições de espaço, higiene e salubridade; através do meio ambiente e da poluição química e sanitária que envolva a zona de habitação; pelo ambiente de trabalho desregrado e indisciplinado, ou de opressão e limitação de direitos em saúde; e pela participação em grupos de rotura social, com utilização de agressividade, violência e espírito classista).

Quanto à forma como o grau de promiscuidade afecta a saúde, **através do meio ambiente e da poluição química e sanitária que envolva a zona de habitação**, consideram muito importante, 134 pessoas (56,8%), importante, 42 (17,8%), moderadamente importante, 28 (11,9%), algo importante, 16 (6,8%), bem como pouco importante, 16 (6,8%). Não responderam 43 inquiridos / as (15,4%) (Figura 134).

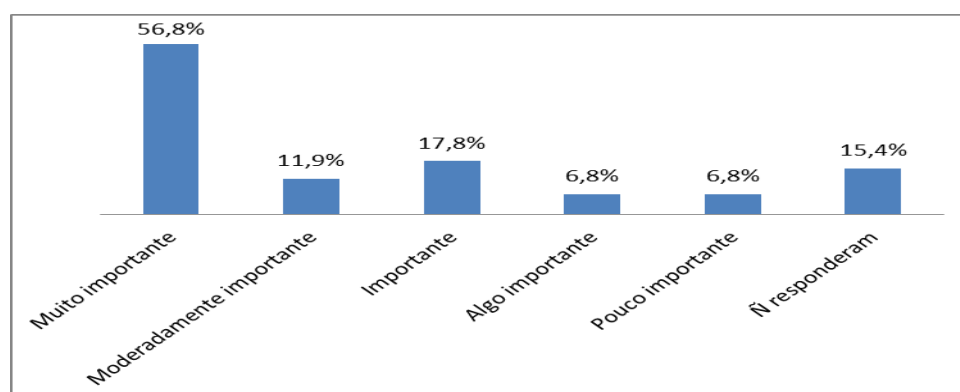


Figura 134 – Questionário: quanto à forma como o grau de promiscuidade afecta a saúde, através do meio ambiente e da poluição química e sanitária que envolva a zona de habitação

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 204 pessoas (86,5%).

Quanto à forma como o grau de promiscuidade afecta a saúde, **através da habitação própria ou em uso, por ausência de condições de espaço, higiene e salubridade**, consideram muito importante, 124 pessoas (54,4%), importante, 47 (20,6%), moderadamente importante, 28 (12,3%), pouco importante, 15 (6,6%), e algo importante, 14 (6,1%). Não responderam 51 inquiridos / as (18,3%) (Figura 135).

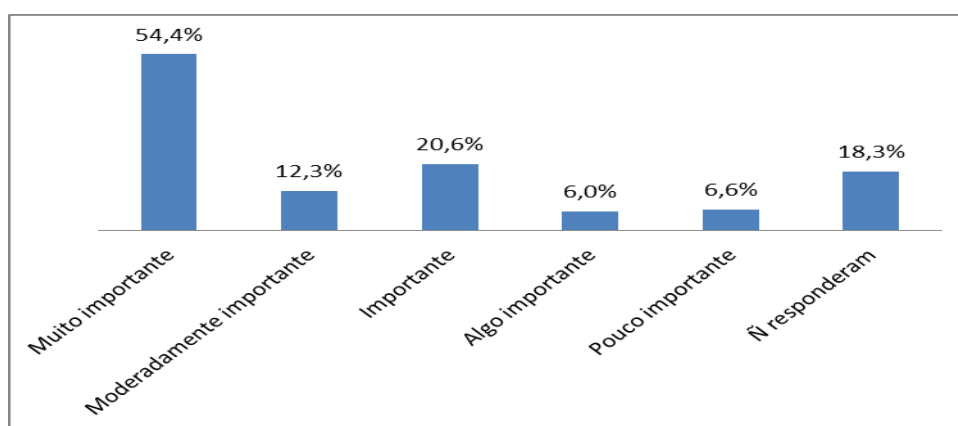


Figura 135 – Questionário: quanto à forma como o grau de promiscuidade afecta a saúde, através da habitação própria ou em uso, por ausência de condições de espaço, higiene e salubridade

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 199 pessoas (87,3%).

Quanto à forma como o grau de promiscuidade afecta a saúde, pela **participação em grupos de rotura social, com utilização de agressividade, violência e espírito classista**, consideram muito importante, 94 pessoas (44,1%), importante, 43 (20,2%), pouco importante, 29 (13,6%), algo importante, 24 (11,3%), e moderadamente importante, 23 (10,8%). Não responderam 66 inquiridos / as (23,7%) (Figura 136).

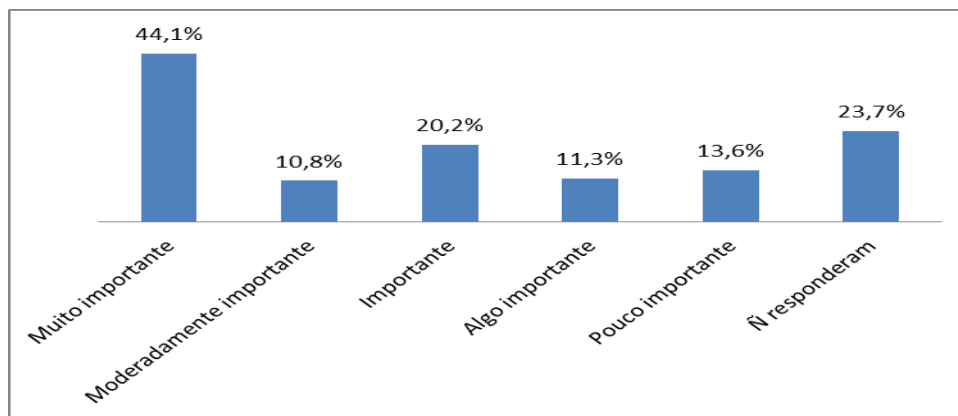


Figura 136 – Questionário: quanto à forma como o grau de promiscuidade afecta a saúde, pela participação em grupos de rotura social, com utilização de agressividade, violência e espírito classista

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 160 pessoas (75,1%).

Quanto à forma como o grau de promiscuidade afecta a saúde, pelo **ambiente de trabalho desregrado e indisciplinado, ou de opressão e limitação de direitos em saúde**, consideram muito importante, 97 pessoas (43,7%), importante, 52 (23,4%), moderadamente importante, 35 (15,8%), algo importante, 20 (9,0%), e pouco importante, 18 (8,1%). Não responderam 57 inquiridos / as (20,4%) (Figura 137).

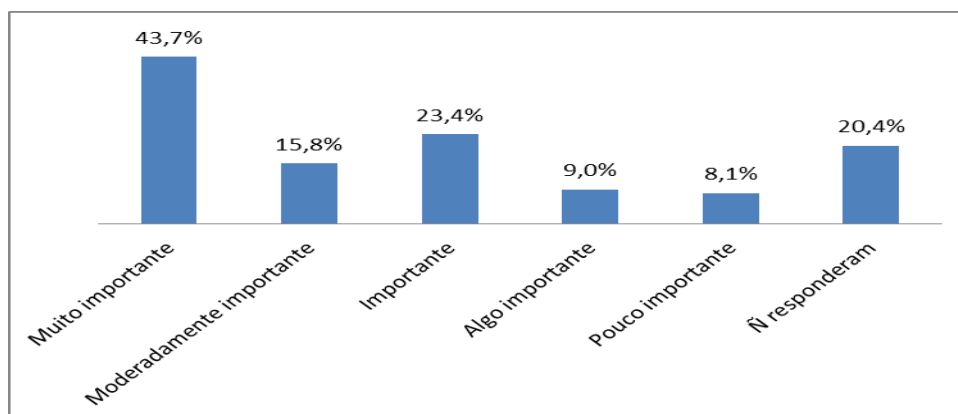


Figura 137 – Questionário: quanto à forma como o grau de promiscuidade afecta a saúde, pelo ambiente de trabalho desregrado e indisciplinado, ou de opressão e limitação de direitos em saúde

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 184 pessoas (82,9%).

Quanto à forma como o grau de promiscuidade afecta a saúde, pelos **comportamentos de risco sexual que envolvem consequências para os praticantes, parceiros e famílias**, consideram muito importante 148 (67,0%), importante, 31 pessoas (14,0%), moderadamente importante, 18 (8,1%), pouco importante, 15 (6,8%), e algo importante, 9 (4,1%). Não responderam, 58 inquiridos / as (20,8%) (Figura 138).

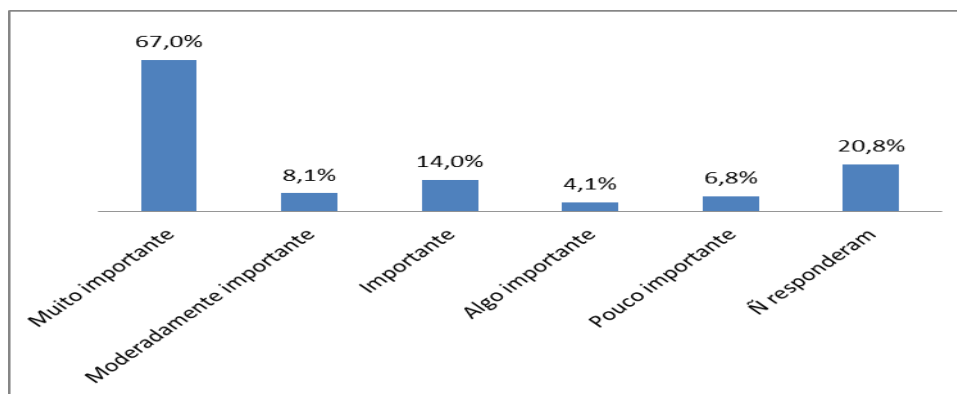


Figura 138 – Questionário: quanto à forma como o grau de promiscuidade afecta a saúde, pelos comportamentos de risco sexual que envolvem consequências para os praticantes, parceiros e famílias

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 197 pessoas (89,1%).

Quanto a **outra atitude**, considerada importante, sobre a forma como o grau de promiscuidade afecta a saúde, houve 2 respostas (0,7%), referindo que os graus de promiscuidade afectam os níveis de saúde, e que ser promíscuo e irresponsável pode prejudicar uma vida irreversivelmente.

Quanto às **morbilidades**:

A - Os inquiridos / as consideram mais importante, quanto à *forma como as doenças crónicas afectam a saúde*, na escala de 1 a 5 (pouco a muito importante), em média de pontuação obtida, por ordem decrescente, **afectam a auto-imagem e a auto-estima, podem afectar a personalidade, perturbam a relação familiar, influenciam o meio ambiente e cultural da pessoa** (4,11); através dos sintomas, queixas e mal-estar, poder ter várias doenças, tomar muitos medicamentos e com efeitos secundários (4,06); pela inadaptação à dor e incapacidade, perda de amigos e laços familiares, desmotivação de trabalho e utilidade pessoal (4,03); pela existência de complicações, expectativa de vida

difícil e futuro incerto, a ideia assustadora de morte (3,89); e pela preocupação quanto às condições de apoio institucional (apoio hospitalar, centro de saúde, apoio domiciliário, centro de dia, lar) (3,86).

Considerando o grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), por ordem decrescente, foi considerado, **pela inadaptação à dor e incapacidade, perda de amigos e laços familiares, desmotivação de trabalho e utilidade pessoal** (92,5%); afectam a auto-imagem e a auto-estima, podem afectar a personalidade, perturbam a relação familiar, influenciam o meio ambiente e cultural da pessoa (90,8%); pela existência de complicações, expectativa de vida difícil e futuro incerto, a ideia assustadora de morte (88,6%); através dos sintomas, queixas e mal-estar, poder ter várias doenças, tomar muitos medicamentos e com efeitos secundários (87,5%); e pela preocupação quanto às condições de apoio institucional (apoio hospitalar, centro de saúde, apoio domiciliário, centro de dia, lar) (82,5%).

O grau de importância, sobre a forma como as doenças crónicas afectam a saúde, foi **muito importante**, pela inadaptação à dor e incapacidade, perda de amigos e laços familiares, desmotivação de trabalho e utilidade pessoal; afectam a auto-imagem e a auto-estima, podem afectar a personalidade, perturbam a relação familiar, influenciam o meio ambiente e cultural da pessoa; pela existência de complicações, expectativa de vida difícil e futuro incerto, a ideia assustadora de morte; através dos sintomas, queixas e mal-estar, poder ter várias doenças, tomar muitos medicamentos e com efeitos secundários; e pela preocupação quanto às condições de apoio institucional (apoio hospitalar, centro de saúde, apoio domiciliário, centro de dia, lar).

Quanto à forma como as doenças crónicas afectam a saúde, **através dos sintomas, queixas e mal-estar, poder ter várias doenças, tomar muitos medicamentos e com efeitos secundários**, consideram muito importante, 119 pessoas (48,0%), importante, 71 (28,6%), moderadamente importante, 27 (10,9%), algo importante, 17 (6,9%), pouco importante 14 (5,6%). Não responderam 31 inquiridos / as (11,1%) (Figura 139).

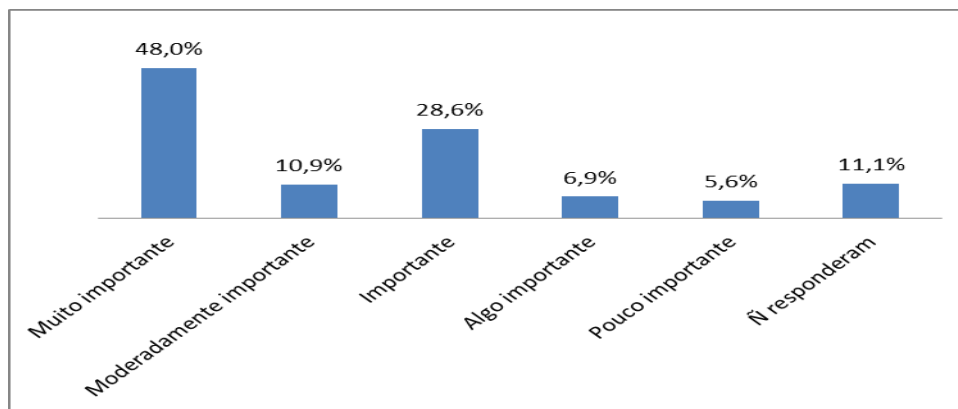


Figura 139 – Questionário: quanto à forma como as doenças crónicas afectam a saúde, através dos sintomas, queixas e mal-estar, poder ter várias doenças, tomar muitos medicamentos e com efeitos secundários

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 217 pessoas (87,5%).

Quanto à forma como as doenças crónicas afectam a saúde, **afectam a auto-imagem e a auto-estima, podem afectar a personalidade, perturbam a relação familiar, influenciam o meio ambiente e cultural da pessoa**, consideram muito importante, 115 pessoas (47,9%), importante, 68 (28,3%), moderadamente importante, 35 (14,6%), algo importante, 12 (5,0%), e pouco importante, 10 (4,2%). Não responderam 39 inquiridos / as (14,0%) (Figura 140).

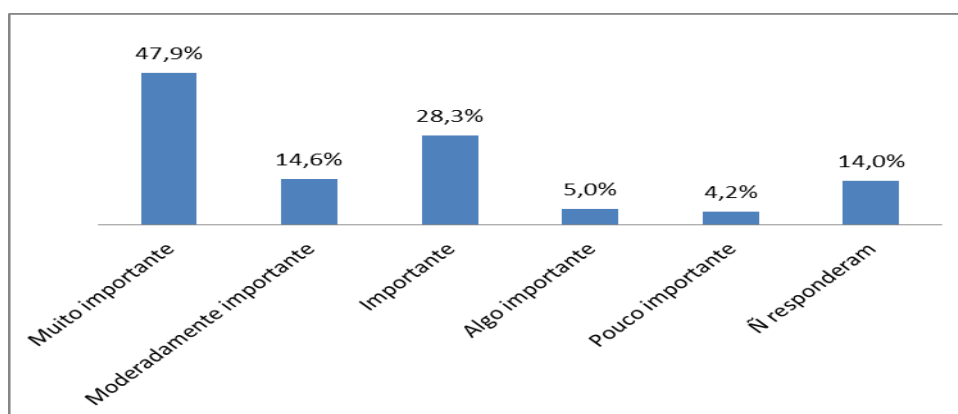


Figura 140 – Questionário: quanto à forma como as doenças crónicas afectam a saúde, afectam a auto-imagem e a auto-estima, podem afectar a personalidade, perturbam a relação familiar, influenciam o meio ambiente e cultural da pessoa

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 218 pessoas (90,8%).

Quanto à forma como as doenças crónicas afectam a saúde, **pela inadaptação à dor e incapacidade, perda de amigos e laços familiares, desmotivação de trabalho e utilidade pessoal**, consideram muito importante, 100 pessoas (41,7%), importante, 73 (30,4%), moderadamente importante, 49 (20,4%), algo importante, 11 (4,6%), e pouco importante, 7 (2,9%). Não responderam 39 inquiridos / as (14,0%) (Figura 141).

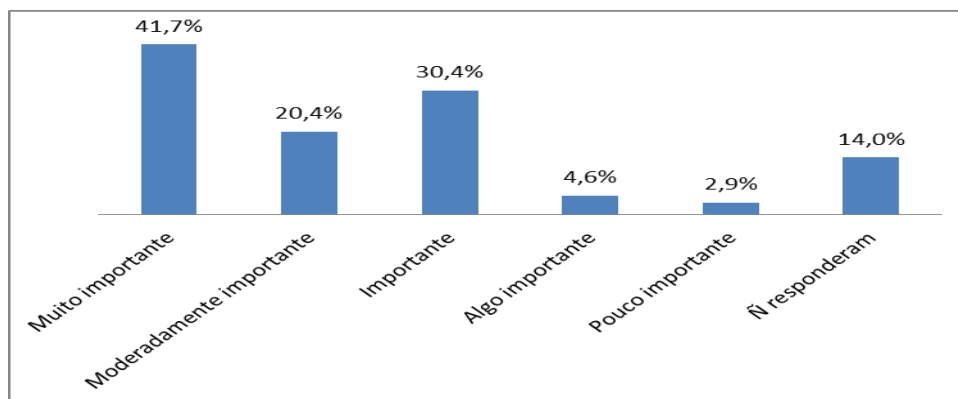


Figura 141 – Questionário: quanto à forma como as doenças crónicas afectam a saúde, pela inadaptação à dor e incapacidade, perda de amigos e laços familiares, desmotivação de trabalho e utilidade pessoal

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 222 pessoas (92,5%).

Quanto à forma como as doenças crónicas afectam a saúde, **pela existência de complicações, expectativa de vida difícil e futuro incerto, a ideia assustadora de morte**, consideram muito importante, 94 pessoas (39,5%), importante, 65 (27,3%), moderadamente importante, 52 (21,8%), pouco importante, 14 (5,9%), algo importante, 13 (5,4%). Não responderam 41 inquiridos / as (14,7%) (Figura 142).

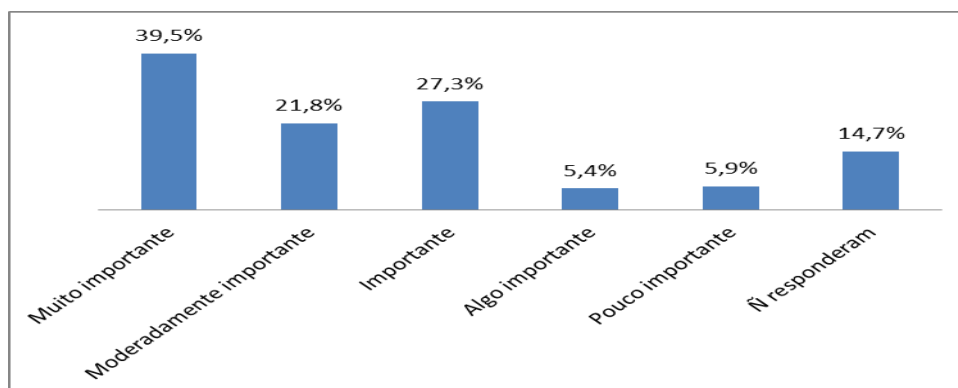


Figura 142 – Questionário: quanto à forma como as doenças crónicas afectam a saúde, pela existência de complicações, expectativa de vida difícil e futuro incerto, a ideia assustadora de morte

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 211 pessoas (88,6%).

Quanto à forma como as doenças crónicas afectam a saúde, **pela preocupação quanto às condições de apoio institucional (apoio hospitalar, centro de saúde, apoio domiciliário, centro de dia, lar)**, consideram muito importante 101 (42,3%), importante, 65 pessoas (27,2%), moderadamente importante, 31 (13,0%), algo importante, 23 (9,6%), e pouco importante, 19 (7,9%). Não responderam 40 inquiridos / as (14,3%) (Figura 143).

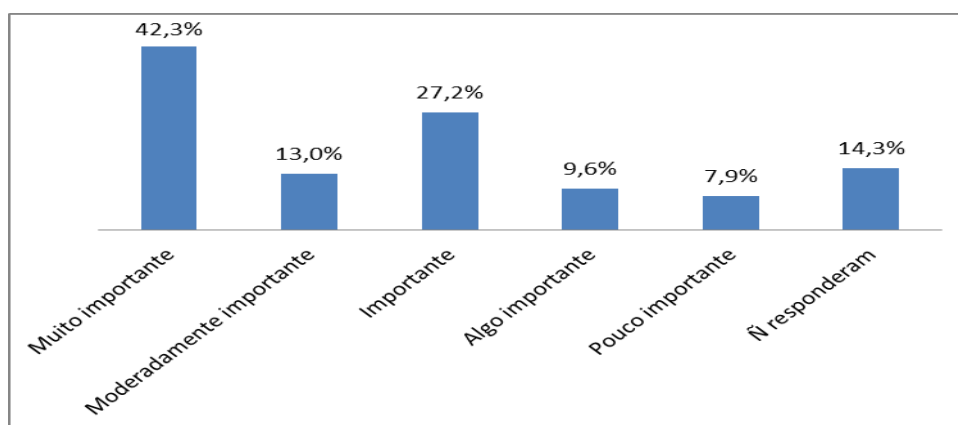


Figura 143 – Questionário: quanto à forma como as doenças crónicas afectam a saúde, pela preocupação quanto às condições de apoio institucional (apoio hospitalar, centro de saúde, apoio domiciliário, centro de dia, lar)

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 197 pessoas (82,5%).

Quanto a **outra atitude**, considerada importante, sobre a forma como as doenças crónicas afectam a saúde, houve 4 respostas individualizadas (1,4%), referindo a falta de assistência na velhice, devia existir um centro de apoio para doentes crónicos, o lar para idosos devia ter pessoas bem formadas, e uma doença crónica é doença continuada.

B - Os inquiridos / as consideram mais importante, quanto à *forma como as limitações da vida diária provocadas pela situação de doença são prejudiciais*, na escala de 1 a 5 (pouco a muito importante), em média de pontuação obtida, por ordem decrescente, **pela incapacidade física e motora, com perda de autonomia dessas funções** (4,48); pela limitação intelectual para organização da vida pessoal e familiar (4,30); pela dependência nas actividades de dia-a-dia – higiene, sustentabilidade económica e

segurança (4,26); pela perda da autonomia, emprego e capacidade de exercício profissional (4,21); e pela perda da dinâmica e boa relação entre as pessoas, amigos e família (3,86).

Considerando o grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), por ordem decrescente, foi considerado, **pela incapacidade física e motora, com perda de autonomia dessas funções** (94,4%); pela limitação intelectual para organização da vida pessoal e familiar (91,3%); pela dependência nas actividades de dia-a-dia – higiene, sustentabilidade económica e segurança (90,1%); pela perda da autonomia, emprego e capacidade de exercício profissional (86,7%); e pela perda da dinâmica e boa relação entre as pessoas, amigos e família (84,0%).

O *grau* de importância, sobre a forma como as limitações da vida diária provocadas pela situação de doença são prejudiciais, foi **muito importante**, pela incapacidade física e motora, com perda de autonomia dessas funções; pela limitação intelectual para organização da vida pessoal e familiar; pela dependência nas actividades de dia-a-dia – higiene, sustentabilidade económica e segurança; pela perda da autonomia, emprego e capacidade de exercício profissional; e pela perda da dinâmica e boa relação entre as pessoas, amigos e família.

Quanto à forma como as limitações da vida diária provocadas pela situação de doença são prejudiciais, **pela incapacidade física e motora, com perda de autonomia dessas funções**, consideram muito importante, 170 pessoas (67,7%), importante, 51 (20,3%), moderadamente importante, 16 (6,4%), algo importante, 8 (3,2%), pouco importante, 6 (2,4%). Não responderam 28 inquiridos / as (10,0%) (Figura 144).

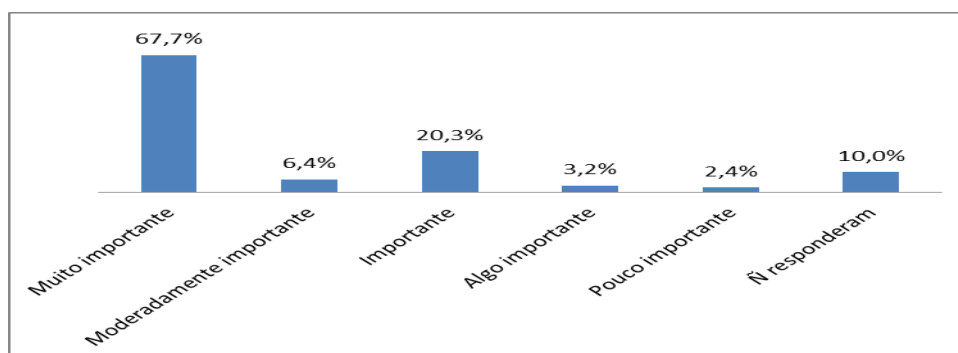


Figura 144 – Questionário: quanto à forma como as limitações da vida diária provocadas pela situação de doença são prejudiciais, pela incapacidade física e motora, com perda de autonomia dessas funções

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 237 pessoas (94,4%).

Quanto à forma como as limitações da vida diária provocadas pela situação de doença são prejudiciais, **pela limitação intelectual para organização da vida pessoal e familiar**, consideram muito importante, 146 pessoas (59,8%), importante, 54 (22,1%), moderadamente importante, 23 (9,4%), algo importante, 13 (5,3%), e pouco importante, 8 (3,3%). Não responderam 35 inquiridos / as (12,5%) (Figura 145).

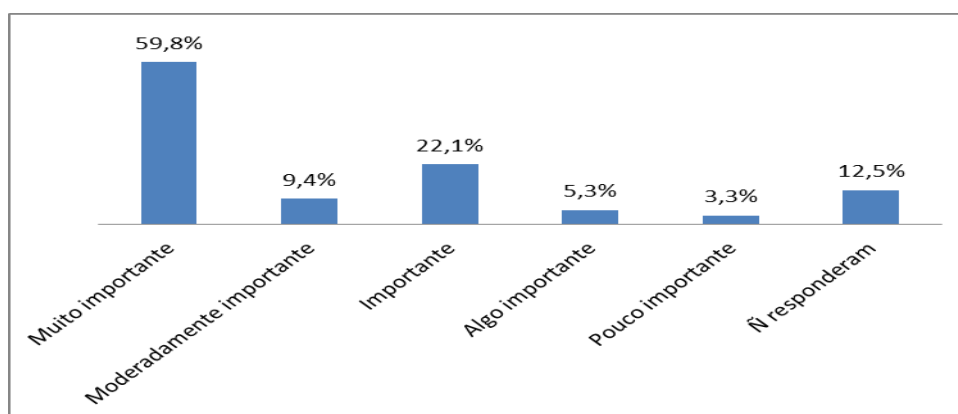


Figura 145 – Questionário: quanto à forma como as limitações da vida diária provocadas pela situação de doença são prejudiciais, pela limitação intelectual para organização da vida pessoal e familiar

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante) foi explicitado por 223 pessoas (91,3%).

Quanto à forma como as limitações da vida diária provocadas pela situação de doença são prejudiciais, **pela perda da dinâmica e boa relação entre as pessoas, amigos e família**, consideram muito importante, 95 pessoas (40,1%), importante, 72 (30,4%), moderadamente importante 32 (13,5%), algo importante, 19 (8,0%), bem como pouco importante 19 (8,0%). Não responderam 42 inquiridos / as (15,1%) (Figura 146).

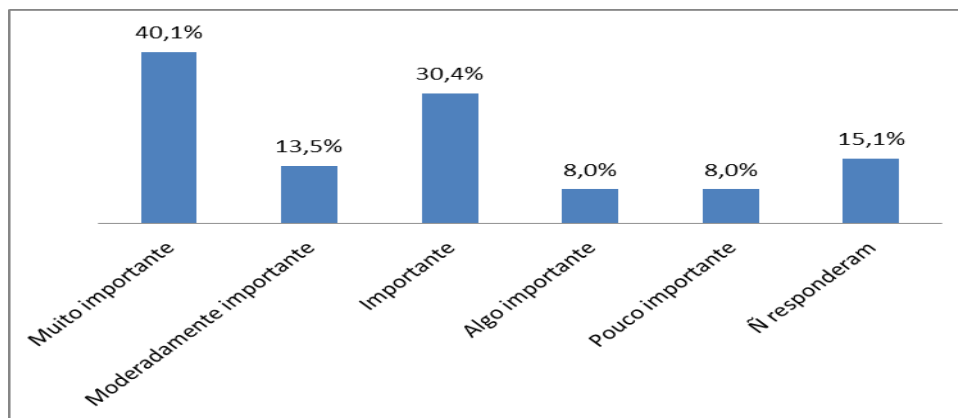


Figura 146 – Questionário: quanto à forma como as limitações da vida diária provocadas pela situação de doença são prejudiciais, pela perda da dinâmica e boa relação entre as pessoas, amigos e família

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante) foi explicitado por 199 pessoas (84,0%).

Quanto à forma como as limitações da vida diária provocadas pela situação de doença são prejudiciais, **pela perda da autonomia, emprego e capacidade de exercício profissional**, consideram muito importante, 144 pessoas (60,0%), importante 45 (18,8%), algo importante 22 (9,2%), moderadamente importante 19 (7,9%), e pouco importante, 10 (4,2%). Não responderam 39 inquiridos / as (14,0%) (Figura 147).

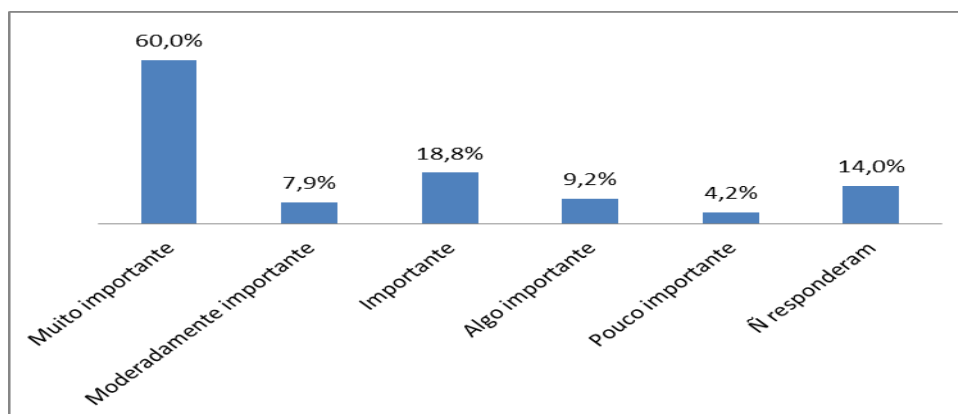


Figura 147 – Questionário: quanto à forma como as limitações da vida diária provocadas pela situação de doença são prejudiciais, pela perda da autonomia, emprego e capacidade de exercício profissional

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 208 pessoas (86,7%).

Quanto à forma como as limitações da vida diária provocadas pela situação de doença são prejudiciais, **pela dependência nas actividades de dia-a-dia – higiene, sustentabilidade económica e segurança**, consideram muito importante, 153 pessoas (62,7%), importante, 42 (17,2%), moderadamente importante, 25 (10,2%), pouco importante, 17 (7,0%), e algo importante, 7 (2,9%). Não responderam 35 inquiridos / as (12,5%) (Figura 148).

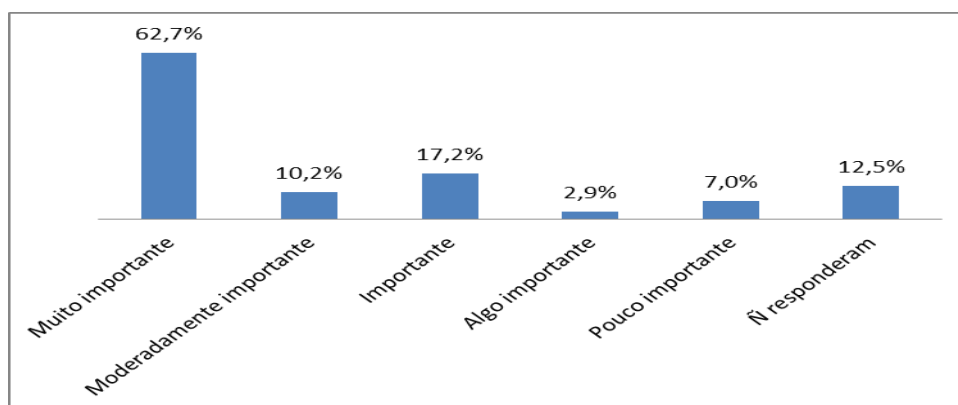


Figura 148 – Questionário: quanto à forma como as limitações da vida diária provocadas pela situação de doença são prejudiciais, pela dependência nas actividades de dia-a-dia – higiene, sustentabilidade económica e segurança

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante) foi explicitado por 220 pessoas (90,1%).

Quanto a **outra atitude**, considerada importante, quanto à forma como as limitações da vida diária provocadas pela situação de doença são prejudiciais, houve 4 respostas (1,4%), 2 respostas referindo a saúde, e 1 resposta cada, referindo a criação de um centro de dia, e a dificuldade em gerir a vida pessoal, trabalho e família.

C - Os inquiridos / as consideram mais importante, quanto à **forma como a acção dos cuidadores de idosos e doentes crónicos lhes é prejudicial à sua vida pessoal, profissional e familiar**, na escala de 1 a 5 (pouco a muito importante), em média de pontuação obtida, por ordem decrescente, **quando há falta de apoio dos cuidados continuados da rede pública** (4,15); alterando a motivação, empenho, dedicação e afecto para os idosos e doentes crónicos (3,55); interferindo com a vida profissional, suas responsabilidades e compromissos (3,52); reduzindo a capacidade económica, com menos remuneração e menos regalias para os cuidadores (3,47); e reduzindo a

capacidade intelectual e de estudo e novas hipóteses de qualificação, graduação e emprego (3,20).

Considerando o grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), por ordem decrescente, foi considerado, **quando há falta de apoio dos cuidados continuados da rede pública** (88,7%); alterando a motivação, empenho, dedicação e afecto para os idosos e doentes crónicos (80,9%); reduzindo a capacidade intelectual e de estudo e novas hipóteses de qualificação, graduação e emprego (79,5%); interferindo com a vida profissional, suas responsabilidades e compromissos (79,3%); e reduzindo a capacidade económica, com menos remuneração e menos regalias para os cuidadores (68,2%).

O grau de importância, sobre a forma como a acção dos cuidadores de idosos e doentes crónicos lhes é prejudicial à sua vida pessoal, profissional e familiar, foi: **muito importante**, quando há falta de apoio dos cuidados continuados da rede pública; e quando altera a motivação, empenho, dedicação e afecto para os idosos e doentes crónicos; **importante**, quando há interferência com a vida profissional, suas responsabilidades e compromissos; e quando reduz a capacidade intelectual e de estudo e novas hipóteses de qualificação, graduação e emprego; e **moderadamente importante**, quando reduz a capacidade económica, com menos remuneração e menos regalias para os cuidadores.

Quanto à forma como a acção dos cuidadores de idosos e doentes crónicos lhes é prejudicial à sua vida pessoal, profissional e familiar, **reduzindo a capacidade intelectual e de estudo e novas hipóteses de qualificação, graduação e emprego**, consideram importante, 58 pessoas (28,0%), moderadamente importante, 44 (21,3%), muito importante, 41 (19,8%), pouco importante, 35 (16,9%), algo importante, 29 (14,0%). Não responderam 72 inquiridos / as (25,8%) (Figura 149).

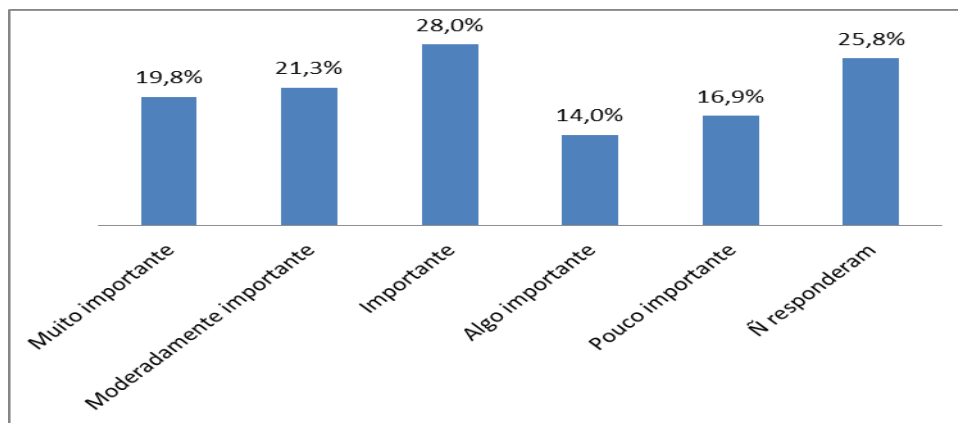


Figura 149 – Questionário: quanto à forma como a acção dos cuidadores de idosos e doentes crónicos lhes é prejudicial à sua vida pessoal, profissional e familiar, reduzindo a capacidade intelectual e de estudo e novas hipóteses de qualificação, graduação e empregos

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 143 pessoas (69,1%).

Quanto à forma como a acção dos cuidadores de idosos e doentes crónicos lhes é prejudicial à sua vida pessoal, profissional e familiar, **interferindo com a vida profissional, suas responsabilidades e compromissos**, consideram importante, 62 pessoas (30,0%), muito importante, 53 (25,6%), moderadamente importante, 49 (23,7%), algo importante, 25 (12,1%), e pouco importante, 18 (8,7%). Não responderam 72 inquiridos / as (25,8%) (Figura 150).

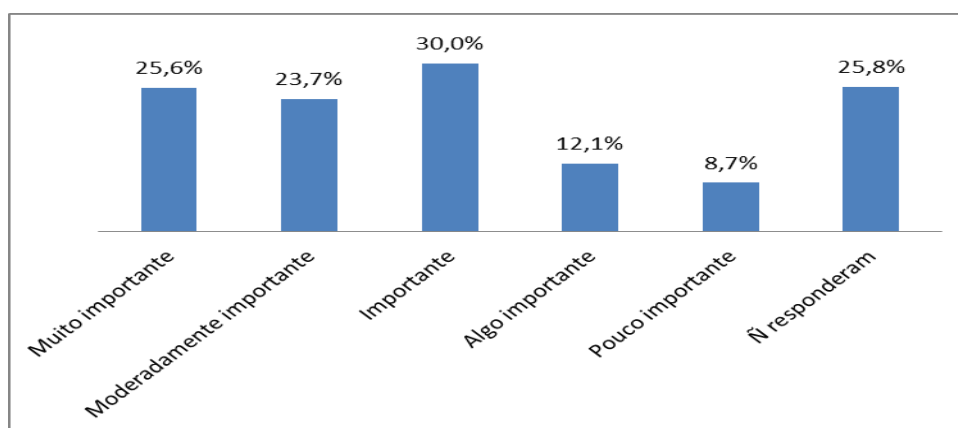


Figura 150 – Questionário: quanto à forma como a acção dos cuidadores de idosos e doentes crónicos lhes é prejudicial à sua vida pessoal, profissional e familiar, interferindo com a vida profissional, suas responsabilidades e compromissos

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 164 pessoas (79,3%).

Quanto à forma como a acção dos cuidadores de idosos e doentes crónicos lhes é prejudicial à sua vida pessoal, profissional e familiar, **alterando a motivação, empenho, dedicação e afecto para os idosos e doentes crónicos**, consideram muito importante, 65 pessoas (30,2%), moderadamente importante, 60 (27,9%), importante, 49 (22,8%), algo importante, 21 (9,8%), e pouco importante, 20 (9,3%). Não responderam 64 inquiridos / as (22,9%) (Figura 151).

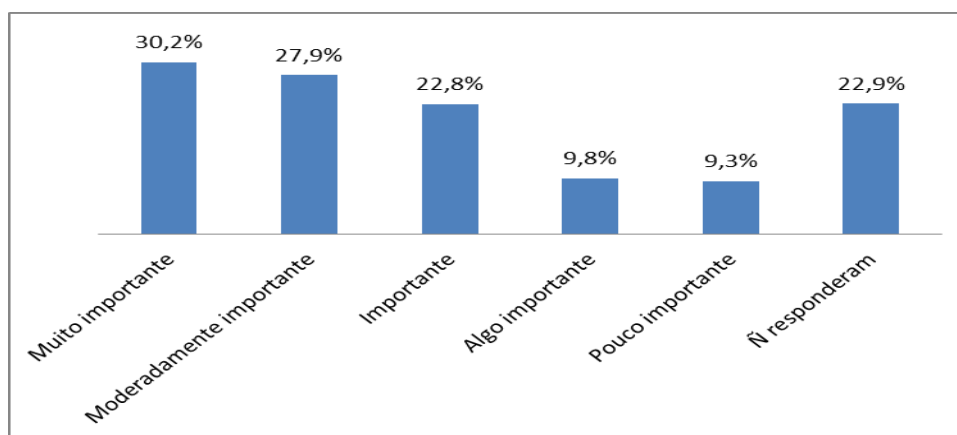


Figura 151 – Questionário: quanto à forma como a acção dos cuidadores de idosos e doentes crónicos lhes é prejudicial à sua vida pessoal, profissional e familiar, alterando a motivação, empenho, dedicação e afecto para os idosos e doentes crónicos

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 174 pessoas (80,9%).

Quanto à forma como a acção dos cuidadores de idosos e doentes crónicos lhes é prejudicial à sua vida pessoal, profissional e familiar, **reduzindo a capacidade económica, com menos remuneração e menos regalias para os cuidadores**, consideram moderadamente importante, 58 pessoas (27,8%), muito importante, 55 (26,3%), importante, 53 (25,4%), algo importante, 22 (10,5%), e pouco importante, 21 (10,0%). Não responderam 70 inquiridos / as (25,1%) (Figura 152).

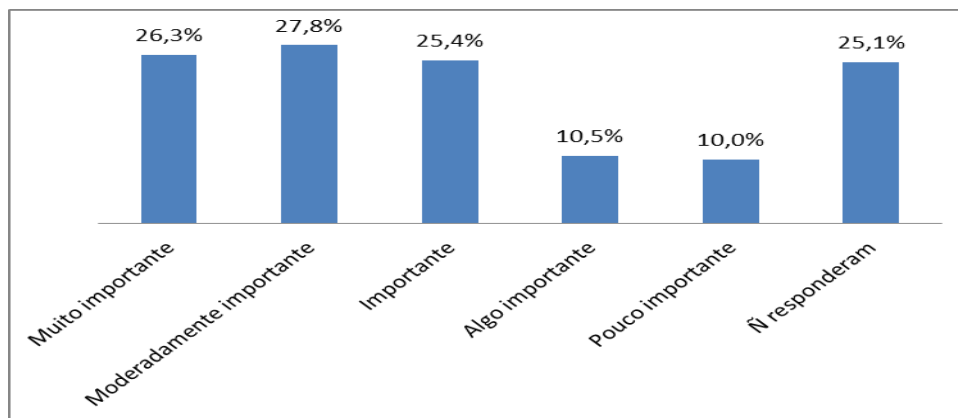


Figura 152 – Questionário: quanto à forma como a acção dos cuidadores de idosos e doentes crónicos lhes é prejudicial à sua vida pessoal, profissional e familiar, reduzindo a capacidade económica, com menos remuneração e menos regalias para os cuidadores

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 166 pessoas (79,5%).

Quanto à forma a acção dos cuidadores de idosos e doentes crónicos lhes é prejudicial à sua vida pessoal, profissional e familiar, **quando há falta de apoio dos cuidados continuados da rede pública**, consideram muito importante, 123 (55,9%), importante, 49 pessoas (22,3%), moderadamente importante, 23 (10,5%), pouco importante, 17 (7,7%), algo importante, 8 (3,6%). Não responderam 59 inquiridos / as (21,1%) (Figura 153).

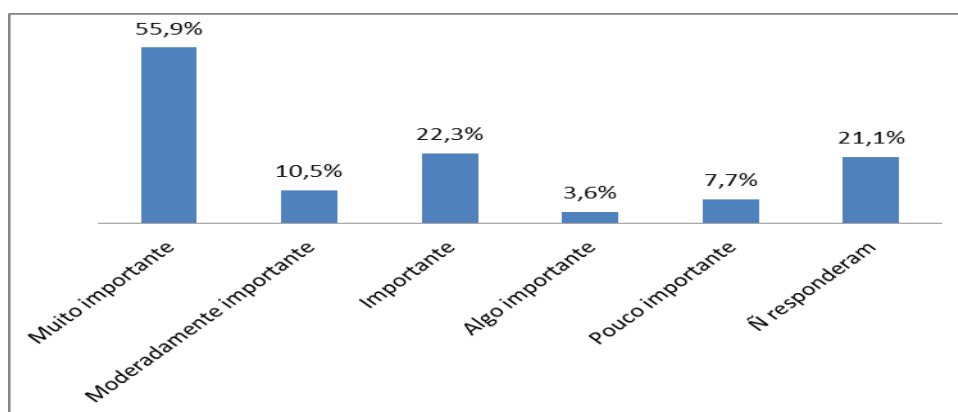


Figura 153 – Questionário: quanto à forma como a acção dos cuidadores de idosos e doentes crónicos lhes é prejudicial à sua vida pessoal, profissional e familiar, quando há falta de apoio dos cuidados continuados da rede pública

O grau de *importância* declarado (3 + 4 + 5 / moderadamente importante + importante + muito importante), foi explicitado por 195 pessoas (88,7%).

Quanto a **outra atitude**, considerada importante, quanto à forma como a acção dos cuidadores de idosos e doentes crónicos lhes é prejudicial à sua vida pessoal, profissional e familiar, houve 8 respostas individualizadas (2,9%), referindo não ter experiência, haver colaboração da família, afectar rotinas diárias, os idosos serem bem tratados nos lares e no seu lar (1 resposta cada), a debilitação física e mental do cuidador e a sua incapacidade (1 resposta cada), e afirmar ser cuidadora de idoso com todo o amor e carinho.

DISCUSSÃO

A – Áreas de análise em Saúde da Pessoa e critérios específicos

A imagem do conceito de bem-estar, habitualmente associado à beleza humana e paisagística indutora de impulsos, a propagação comercial de ambições e desejos a atingir, as influências do marketing pressionante e repetitivo indutor de memorização, os opinion-makers creditados, fantasiosos ou manipuladores, são factores que contribuem para a opinião dos portugueses.

Mas a sua estrutura psicológica personalizada, a sua inserção na sociedade, os direitos e regalias assumidos e tradutores de qualidade de vida, as razões e dificuldades de equilíbrio orçamental, o compromisso de responsabilidade estabelecido com a rede (família, amigos), as intercorrências depauperantes do estado de saúde, conduzem os portugueses a ser assertivos e coerentes, não se dilacerando autofagicamente nem podendo ser qualificados como de nível baixo, ou até ignorante.

A.1 - Quanto à **REALIZAÇÃO PESSOAL**

A.1.1 - **Grau de importância, quanto à Saúde**

Ter saúde não é atingir o estado de perfeição absoluta, inatingível, mas conseguir o equilíbrio vital, em senso, oportunidade e acção.

Em saúde, a saúde física pode ser *importante* na vida da pessoa, por ser uma componente ancestral da vida que perpassa gerações no proteger, cuidar e sofrer, pela crença na trilogia popular “saúde, dinheiro e amor”, ou pelo receio e sentimento de perda do estado orgânico, ou pode ser *pouco importante*, por a pessoa ser saudável, por situação de euforia, ou por estado de consciência com irrealismo ou ausência de crítica.

A relevância da saúde mental na vida da pessoa, independentemente dos outros factores pessoais, personalizados ou sociais, justificam a sua individualização como elemento característico, podendo ser entendida como essencial e *mais importante* para o desempenho individual, familiar e social, valorização da consciência crítica, ou pudor de impacto negativo na sociedade, ou pode ser *pouco importante* por ausência de

quaisquer perturbações, por imaturidade e aventura, ou por desprimor de actos reflexos secundários já não percebidos.

A saúde afectiva pode ser *importante* por constituir uma fonte de equilíbrio e apoio em problemas de saúde, laborais e sociais, por transmitir segurança e sentimentos aprazíveis, ou por ser princípio de união, ou pode ser *pouco importante* por ser origem de disfunções da relação humana, pela promoção do isolamento e vida independente, ou pela patologia secundária a acontecimentos e traumas.

A saúde sexual pode ser *importante* como postura predominante de conjugação de sentimentos incluindo o prazer, pela satisfação sexual como realização pessoal ou função da família, ou pelo estado com reflexos na boa qualidade de vida, ou pode ser *pouco importante* por constituir uma desvalorização ou rejeição da vivência sexual com ou sem reflexos na saúde mental de forma temporária ou permanente, seja por opção, atitude momentânea ou trauma instalado, por existência de mitos e preconceitos, ou por pedagogia de sublimação da sexualidade.

A saúde familiar pode ser *importante* como parte integrante na sua saúde global, como factor de influência aliciente, ou por espírito de união conjugal, parental, fraternal e laços genéticos colaterais, ou ser *pouco importante* por ser perturbadora na vida das pessoas, por estado de disfunção familiar instalado, ou por tendência para o individualismo e não coesão.

A.1.2 - Grau de contributo, quanto ao bem-estar

A profissão e emprego adequados são *contributo* para o bem-estar, pelos reflexos na produtividade, pela competência e adequação dos bens, pela garantia de sustentabilidade, ou pelo gosto de desempenho, ou *contribuem menos*, por serem desvalorizados por a profissão e emprego representarem uma frustração, pela inadequação ao perfil vocacional ou por ser vínculo formal como obstáculo ao lazer.

A boa situação económico-financeira pode ser *contributo* para o bem-estar por estabilidade do agregado familiar, ser aplicação do conceito popularmente vulgarizado “saúde, dinheiro e amor” como ambição suprema, ou aproveitar oportunidades, bens e serviços, ou pode ter *menor contributo* por motivar análises individuais personalizadas

por vezes antagónicas sobre as prioridades de vida, por dispensar necessidades e desperdiçar oportunidades, por ter egocentrismo ou privilegiar a solidariedade.

As metas traçadas pela pessoa, resultantes dos seus objectivos de vida, consumadas pela sua realização plena, podem ser *contributo* para o bem-estar por gerar capacitação, satisfação, tranquilidade e bem-estar a par da saúde, por estabelecer prioridades e impedimentos de execução, ou por aderir a ideologia, convicção e práticas comuns, ou podem ser *menor contributo*, por não existirem objectivos motivadores para além dos já consumados, por falta de raciocínio e definição de metas, ou por atitude de incoerência desregrada.

A capacidade de realização e intervenção pode ser *contributo* para o bem-estar por suporte e competência da pessoa que contribui para a sua realização individual, com reflexos na sociedade e no mundo global, por *sensum latum* para contributo universal, ou por ideação workaholic, ou pode ser *menor contributo* por falta de iniciativa própria ou não estimulada, por desejo de não empoderamento, ou por inacção e preguiça no sentido literal.

Ter a rede de relações humanas que se quer pode ser um *contributo* para o bem-estar por desiderato da pessoa após a família da qual faz parte como socialização e usufruto, por ânsia de comunicação, ou por necessidade de interagir, ou pode ser *menor contributo*, por ser uma obrigação limitativa do espaço isolado da pessoa, por integração social perene ou volátil não desejada, ou por interferência contrastante com timidez ou incapacidade.

A.1.3 – Graus de valorização / apreciação, quanto ao espaço de lazer

Está justificada a relevância do lazer associado à cultura pelo supracitado, quanto à realização pessoal e benefícios em saúde, dos hobbies não viciosos, o entretenimento e arte, a comunicação lúdica ficcional através da imagem e som, o coleccionismo e a prática de bricolage.

Podem ser *valorizados* no espaço de lazer, quando há motivação para formas específicas lúdicas, quando há alegria, prazer e satisfação na execução, ou quando há capacidade de modelagem e perfeccionismo, ou podem ser *desvalorizados* se tidas como perda de

tempo e inutilidade, se há rigor, vicissitudes e exigências de confecção não apreciadas, ou se motivam aborrecimento por desmotivação ou saturação.

Ter actividades de competição e prémios eventuais pode ser *valorizado*, por ser estímulo para uma prática saudável, por honra, prestígio e usufruto até económico, ou por intuição e espírito competitivo, ou pode ser *desvalorizado* por considerar deturpação do objectivo central de realização de acção sem ganho secundário, por mérito de execução relativo, ou por risco de síndrome do medo do sucesso.

A aquisição de formação complementar e / ou específica (estudar, aprender) pode ser *valorizada* por ânsia de conhecimento e aptidão, como acção lúdica confundindo-se com necessidade académica ou profissional, ou como uma oportunidade de ocupação de tempos livres com ganho secundário, ou pode ser *desvalorizada* por ser desnecessária para o desempenho profissional, por ser acto ou vinculação opressivo e impeditivo de alternativas de lazer mais adequadas ao perfil da pessoa, ou por não ser considerada rentável.

Ser útil aos outros (família, amigos, sociedade) pode ser *valorizado* pela pessoa por disposição, vontade e sentido de ser útil, por sentimento de ajuda e sentido humanitário, ou por contribuição pessoal reconhecida e apreciada, ou pode ser *desvalorizado* por perfil frívolo e egocêntrico, por atitude distante dos problemas, ou tão-somente por ignorância e apatia.

Ter repouso, fruição e tranquilidade podem ser *valorizados* por constituir um objectivo legítimo e recuperador, serem sugestivos de dolce far niente, ser uma panaceia para legitimar a inactividade, ou ser estado transitório de preguiça e gosto pela ociosidade, ou podem ser *desvalorizados* por sobrecarga de trabalho e responsabilidades, por activismo assoberbado e controlador, ou por perfil de relaxamento difícil.

A.1.4 – Graus de valorização / estima, quanto às características do perfil

Ser responsável, empenhado e dedicado, pode ser *valorizado* pela pessoa por inerência substantiva do perfil, por reconhecer essas características como uma qualidade que desenvolve ou a desenvolver, ou por exigência e acicate circunstancial do meio em que se insere, ou pode ser *desvalorizado* por ausência de sentido autocrítico da pessoa, por considerar despiciendo a responsabilidade, pelo empenho e dedicação estarem

direccionados para outros factores de personalidade, ou por ter características e atitudes de desmotivação, desinteresse e irresponsabilidade.

Ser tranquilo, ponderado e equilibrado, pode ser *valorizado e estimado* por inerência do pensamento e pensar, lógica e psicologia, por necessidade e contraponto aos estímulos stressores, ou por ser um benefício face à sua experiência de vida e concepção individual, ou pode ser *desvalorizado* por incapacidade de assumpção, por ser um prejuízo face à sua experiência de vida e concepção individual, ou por prevalecerem o distress, a irreflexão e os episódios por surtos / instabilidade.

Ter sentido da descoberta, interesse pela inovação e desejo de aventura pode ser *valorizado*, por ser motivador e impulso sem frenagem para a pessoa, por ser explanação de tensões e pulsões, ou por ser objectivo criativo e de risco assumido, ou pode ser *desvalorizado* por não ter life-motiv, ter atitude e preferência de exercício do quotidiano, ter falta de criatividade e moderação permanente, ou constituir um risco e conduta a não perseguir por insegura e não comprovadamente eficaz.

Ser solidário, ter emoção, ser ou estar apaixonado pode ser *valorizado* por constituir uma entelúquia (um estado de perfeição na realização pessoal), por ser conjugação de sentimentos de proximidade, ou por ser gerador de positividade, ambição ou causas, ou ser *desvalorizado* por constituir uma desilusão por inatingível ou estado não procurado, por promoção do egocentrismo, frieza e o facto “não gostar”, ou por incapacidade de dinâmica da relação.

Ser alegre, divertido, comunicador pode ser *valorizado* como um estado, uma característica, um objectivo a perseguir, uma atitude que faz sentir bem, ou um espírito estruturado de interacção, ou pode ser *desvalorizado* por intimismo e timidez, pelo culto da tristeza, aborrecimento e incomunicação, ou pelos resultados não esperados.

A.2 – Quanto à **FAMÍLIA**:

A.2.1 – **Tipo de família**

Cada uma das hipóteses colocadas corresponde à definição do tipo de família já aqui caracterizado e em “Novos Tipos de Família, Plano de Cuidados”, de Caniço et al, podendo verificar-se mais do que uma hipótese em cada família, seja quanto à estrutura

/ dinâmica global, como quanto à relação conjugal e relação parental, embora algumas hipóteses se auto-excluam (Caniço et al, 2011d).

Os *tipos de família* considerados são assim, quanto à *estrutura / dinâmica global*: díade nuclear, família grávida, família nuclear, família alargada, família com prole extensa, família reconstruída, família homossexual, família monoparental, família dança a dois, família unitária, família de co-habitação, família comunitária, família hospedeira, família adoptiva, família consanguínea, família com dependente, família com fantasma, família acordeão, família flutuante, família descontrolada e família múltipla.

Quanto à *relação conjugal*, os tipos de família são a família tradicional, família moderna, família fortaleza, família companheirismo, família paralela e família associação.

Quanto à *relação parental*, os tipos de família são família estável, família rígida, família super-protectora, família permissiva, família centrada nos pais, família centrada nos filhos e família sem objectivos.

Não encontramos literatura retratando 4 *novos tipos de família*, que identificámos, conforme já expresse e justificado: a família grávida, a família consanguínea, a família múltipla e a família centrada nos pais.

Acrescente-se, no caso da *família grávida*, particularmente na sociedade ocidental, a envolvência crescente do companheiro e (eventual) restante prole no estado psico-social da grávida e da família, inclusivamente no acompanhamento do parto e da vigilância perinatal, na divisão de tarefas na fase de gravidez e puerpério.

Identificámos a *família consanguínea*, conforme o número de casos crescentes retratados na comunicação social, envolvendo inclusive o incesto, alguns com muitos anos de duração, até extrema violência e existência de descendentes, e sequelas psicológicas crónicas inerentes, que exigem cuidados de saúde, apoio à família e (re)integração social.

A *família múltipla*, seja o homem ou a mulher o elemento identificado, é assumida ou escondida, na sociedade oriental ou ocidental, como uma opção de vida conjunta de relação, em função do estatuto cultural, primazia de género e maior descendência, ou por contexto ideológico libertário, satisfação e desejo prevalente.

A *família centrada nos pais*, surge na sociedade competitiva e de privilégio do status profissional, pela ambição de sucesso e promoção de estatuto socio-económico dos pais, auto-estima elevada e fulgor de mediatização, descurando a vida de relação familiar em contexto de equilíbrio, necessidades e ganhos.

Madalena Alarcão e Ana Paula Relvas preferem designar *novas formas de família*, quanto a contextos familiares que, entendem, mais não são do que variantes do ciclo vital da família que estudou, e cambiantes do desenvolvimento familiar “normal” cujas particularidades e vicissitudes sinalizam. Consideram ainda que existem poucos estudos que ajudem a construir um olhar não enviesado sobre essas famílias, a co-construir com elas diálogos para crescer na sua especificidade e a ter um conhecimento mais ajustado às realidades familiares (Relvas & Alarcão, 2007).

Mais uma razão para abordarmos os vários tipos ou formas de família, com o objectivo central de construir um *plano de cuidados* a cada família, independentemente da necessidade de terapia familiar eventual, quando os seus próprios recursos e o apoio do médico de família não bastarem, a cargo do terapeuta familiar.

Utilizamos a designação *agregado familiar* para os habitantes na mesma residência fixa (ainda que possa existir segunda habitação, como no caso dos estudantes), enquanto Adelina Gimeno utiliza o termo *unidade de convívio* para se referir às pessoas que vivem no mesmo lar, aplicando-se a famílias e grupos, mesmo que os não considere famílias (com grau de parentesco de segunda ordem ou partilha de habitação) (Gimeno, 2001a).

A.2.2 – O grau de satisfação familiar, a funcionalidade, a transformação

Com o grau de satisfação com o tipo de família, a funcionalidade específica da família e a mudança na composição e dinâmica, procuramos saber, através dos pacientes identificados como respondentes, do estado relacional das famílias e, de forma autocrítica, da sua capacidade para a *transformação* necessária que conduza à materialização da esperança e expectativa.

A.3 - Quanto ao **TRABALHO**:

A.3.1 – Grau de importância e satisfação, quanto ao estatuto profissional

A profissão a exercer, em exercício ou exercida, que se considera adequada à formação obtida, pode ser *importante e satisfatório* como função e consequência directa da formação adquirida, com correspondência agradável entre a vocação e a práxis, ou pode ser *pouco importante* por constituir apenas uma obrigação inerente à preparação técnica, exercida no âmbito dos conhecimentos, aptidões e atitudes, por ainda não haver ligação teoria à prática, ou haver índice de adaptação à profissão desajustado.

O trabalho e o emprego, adequados ao gosto pessoal, podem ser *importantes e satisfatórios* por corresponder à formação profissional, haver realização pessoal e haver estímulo de desempenho e qualificação, ou podem ser *pouco importantes* por serem exercidos em área profissional ou de serviço que não valorize os conteúdos previamente adquiridos, ou por ser desanimador para a pessoa.

O local de trabalho pode ser *importante e satisfatório* por ser factor de bem-estar pessoal e de união familiar, ou haver rotinas e oportunidades de relação familiar continuada, ou pode ser *pouco importante* por ser desequilibrador, em saúde ocupacional e da família, em função da distância, custos económicos ou não acompanhamento das fases evolutivas da família.

A duração e o horário de trabalho podem ser considerados *importantes e satisfatórios*, em equilíbrio trabalho / lazer / responsabilidade familiar e social, ou podem ser *pouco importantes* por serem factores stressores individuais, com impacto na produtividade, haver taxa de erro na qualidade da laboração, haver propensão para acidentes, saúde da pessoa em risco, deterioração da relação e dinâmica familiar ou ainda por ausência de acção social desejada.

As condições logísticas e de materiais de trabalho podem ser *importantes e satisfatórias* por adequadas à tipologia da actividade e produção, ser promotoras da boa inserção no trabalho, ou serem estimuladoras para a vida familiar e social, ou podem ser *pouco importantes* por haver determinantes para mau desempenho, haver indicadores inapropriados, ou ser factor para desentendimento ou litígio, com reflexos globais.

A.3.2 – Grau de importância e satisfação, quanto à relação laboral

A relação de proximidade com os colegas de trabalho pode *ser importante e satisfatória* por ser conseguida, ou por representar uma rede de suporte com equiparação à rede de amigos, ou pode ser *pouco importante* por não ter relevância por pressão produtiva laboral, por haver acção concorrencial ou por perfis ideológicos de menor compatibilidade.

O ambiente de trabalho, em harmonia sem conflitualidade, pode ser *importante e satisfatório*, por constituir um quadro suplementar ao bom ambiente familiar, ou por ser alternativo a este se houver disfunção familiar, mas pode ser *pouco importante* quando marcado pela instabilidade ou capacidade não evidente, ser sonogado e demarcado do convívio social, ou ser degenerador de perturbação de saúde mental.

A organização do trabalho produtivo, partilhado e rentável, pode ser *importante e satisfatória* por constituir, além de fonte de rendimento, um estímulo para maior rendibilidade, satisfação laboral e eco nos pares, ou pode ser *pouco importante* por representar apenas regulação normativa, haver mecanicidade de execução ou haver risco de falha humana.

A relação profissional com a entidade patronal e seus responsáveis, pode ser *importante e satisfatória*, por ser exemplo de responsabilidade mútua geradora de riqueza, de emprego e de condições sociais, ou pode ser *pouco importante* por ser conflituosa, ser marcada pela prepotência e / ou pelo desleixo e falta de brio, ou ser geradora de desemprego, de incumprimento salarial e de conflitos insanáveis.

As relações humanas com o público, os fornecedores externos ou outros contactantes, podem ser *importantes e satisfatórias*, por constituir aproveitamento do espaço de trabalho para promover diálogo, ou por afirmação de personalidade, com fins utilitários e de serviços, ou podem ser *pouco importante* por ser mais um estímulo stressor por inadequação, por saturação ou por distanciamento desejado do público-alvo.

4.7.3.3 – Grau de importância, quanto à remuneração

Estar satisfeito com a sua remuneração, que considere adequada ao seu valor, pode ser *importante* por ser sustentáculo dos seus objectivos pessoais, familiares e sociais, e por proporcionar a qualidade de vida e inserção na sociedade que ele pretende, ou pode ser *pouco importante* por a sua remuneração não prover os seus objetivos reais ou

considerados como tal, provocando-lhe stress, ser contributo para acidentes por perda de racionalidade, ou haver sentimento de revolta e tipo de vida desestruturado no quadro da relação e da participação colectiva.

O acto de acumular mais trabalhos e empregos para ter melhor remuneração (mais trabalhar para mais ganhar), pode ser *importante* por ser um estímulo para ultrapassar as suas próprias capacidades, gerar a criatividade na (s) função / funções, ou ter usufruto compensatório e estabilidade, ou pode ser *pouco importante* por representar um sentido de apropriação de bens, considerados necessários ou supérfluos, que liberte o egocentrismo, provocar perda de saúde física e mental e reduzir o conciliábulo familiar.

Pode ser *importante* não ter preocupação com o valor da remuneração necessária e suficiente que auferir, para ter fruição de padrão de vida e dispensar estímulos stressores, ou pode ser *pouco importante* reflectir e ponderar sobre a remuneração adquirida, por desmotivação em valores económicos e estatuto, por outras incumbências de formação e trabalho não remunerado ou por dar prioridade ao lazer, acção cultural e bem-estar físico e mental.

Assegurar a sustentabilidade e da família, através da remuneração, pode ser *importante* por ser uma concepção prioritária e suprema, em quadro de valores, relação e estabilidade, ou pode ser *pouco importante* por representar quadro com baixa auto-estima e / ou auto-imagem, considerar o “salve-se quem puder” em apatia e “laissez faire, laissez passer”, ou até por disfunção e pré-rotura familiar em quebra de solidariedade grupal.

Pode ser *importante* garantir remuneração avultada por gosto e adquirir e fazer o que não necessita, por apreciação pessoal, por status de poder e usufruto de bens, por oportunidade de aquisição ou promoção do desejo hiperactivo e egoísmo, ou pode ser *pouco importante* por falta de incentivo ou ocasião, por limitar a sua disponibilidade, por ter reduzido sentimento de posse ou perturbar o equilíbrio adquirido essencial.

A.3.4 – Grau de importância, quanto à igualdade de oportunidades

Ter as mesmas oportunidades que os seus colegas, para idênticas qualificações, pode ser *importante* por ser motivador de dedicação, ser uma atitude reivindicativa, ou levar a aperfeiçoamento do desempenho, ou pode ser *pouco importante* por não promoção de

circunstância e sua execução devido a impreparação pessoal, por injustiça tutelar ou por mecanismo de frustração devido a antecedentes laborais.

Ser promovido por mérito ou antiguidade, para incentivo e realização no trabalho pode ser *importante* por ser um objectivo pessoal e direito consuetudinário, ser um reconhecimento inter pares bem-vindo, ou ser uma chancela hierárquica gratificante, ou pode ser considerado *pouco importante* pelo conceito inviável no contexto, por praxis imutável ou ser indesejado por mais responsabilizante.

Obter dividendos para melhor estatuto económico pode ser *importante* por ser atitude para um patamar de relevo, classe ou poder, ser convicção e orientação laboral para progredir em sucesso financeiro, ou haver protagonismo ou culto da personalidade, ou ser considerado *pouco importante* por não constituir nenhuma referência valorativa no seu perfil e conviventes em que se insere, por haver desinteresse ou ter incapacidade.

Ser valorizado como recurso humano, em detrimento dos materiais e meios de produção, pode ser considerado *importante* por levar a pessoa ao grau de satisfação major, por despertar de sensibilidade, motivação e empenho, por rendimento laboral e produção ampla, ou ser *pouco importante* por se sentir desvalorizada pessoalmente, ser equiparada a objecto ou recurso dispensável, não ter perspectivas de vida profissional e agregação familiar.

Não haver discriminação de género masculino e feminino no trabalho pode ser *importante*, por ser tido como um conceito e direito óbvio, ou haver reflexos no bom ambiente laboral e qualificação do trabalho em exercício, ou ser *pouco importante* por ser visto como distinção com menorização de funções, haver concorrência indesejada ou haver preconceito de primazia ou subordinação.

A.3.5 – Grau de importância, quanto à influência do trabalho e a família

Haver independência total do trabalho em relação à família pode ser *importante* por representar isenção entre as funções profissionais assumidas e a preservação dos laços familiares, ou haver trabalho qualitativo e estabilidade e segurança na família, ou ser *pouco importante* pela sua perda, por sobrecarga mútua da relação trabalho-família, por risco de imperfeição e probabilidade de acidentes laborais e perturbação da homeostase familiar, consoante o grau de importância atribuído.

O objectivo de o trabalho não interferir com a afectividade familiar pode ser considerado *importante*, considerando o afecto ser essencial para o desenvolvimento humano pessoal necessário e útil, ou ser *pouco importante*, desvalorizado ou esquecido, criando “longe e distância” entre as pessoas do agregado familiar e reflexos no trabalho, por ausência, mistura de sensações e actos técnicos ou incapacidade de realização pessoal e profissional.

A família não alterar a produtividade do trabalho, pode ser *importante* por compreensão da função laboral, por respeito pela entidade patronal e / ou pelo familiar directo em desempenho ou até ser um reforço e estímulo, ou ser *pouco importante* por a família condicionar o labor quantitativo, por pressão insustentável sobre o trabalhador, idiosincrasia do próprio ou exigências de apoio não disponível.

Ser origem de conflitos, quer no trabalho quer na família, pode ser *importante* por determinar intromissão entre a relação laboral e a relação familiar sem fronteiras definidas ou cumpridas de parte a parte, ou ser *pouco importante* por se manter a estabilidade bilateral, por trabalho profissional compensatório e por funções familiares enquadradas e exercidas sem paradoxos.

Ser factor de equilíbrio, quer no trabalho quer na família, pode ser *importante* para o tecido produtivo como para a família, em objectivos e resultados traçados e ganhos, ou ser *pouco importante* por originar desequilíbrio por saturação de múltiplas metas, haver ausência de incentivos laborais, ou haver incompreensão e desenraizamento familiar.

A.4 – Quanto aos **AMIGOS**:

A.4.1 – **Grau de apreciação, quanto às características dos seus amigos**

Entre as características dos amigos, terem apreço, gosto, interesse não material, pode ser *apreciado* para aproximação por identificação do quotidiano comum e emoções, ou por serem facilitadores do convívio e sentimentos, ou pode ser *pouco apreciado* por ser um fenómeno de rejeição por diferenciação das actividades e práticas regulares, académicas, profissionais ou de lazer, e não ser facilitador de objectivos comuns.

Os amigos demonstrarem afeição, estima, companheirismo, pode ser *apreciado* pela criação e consolidação de laços de comunhão, ternura e bem-estar, ou pode ser *pouco apreciado*, por centralidade na própria pessoa e seus ditames e por não se promoverem fontes de união.

Os amigos serem disponíveis, dedicados, amigos da família, pode ser *apreciado* como reforço positivo, garantia de ajuda e solução de problemas individuais ou influenciando o agregado, ou pode ser *pouco apreciado* por ser um aborrecimento, uma forma de pressão, colagem e vias de intromissão na vida privada da pessoa.

Os amigos terem causas comuns, incluindo causa social, clube e / ou partido, pode ser *apreciado* como mais-valia por sensibilidade e bem-fazer, por afinidade e alegria comum ou interesse grupal e intervenção pública, ou pode ser *pouco apreciado* por visão social diferente, por menor pendor desportivo e / ou recreativo, ou por razões de princípio ético, espaço político e interesses diferentes.

Os amigos serem aliados, divertidos, distraírem-no(a), pode ser *apreciado* como qualidades que traduzem unidade e prazer, complementando a personalidade e o entendimento comum, ou pode ser *pouco apreciado* e dispensável por valorização do individualismo, por estado de humor permanente, ou por concentração desejada.

A.4.2 – Grau de valorização, quanto às qualidades e capacidades dos seus amigos

A aparência e a capacidade de atracção física dos amigos pode ser *valorizada* em função de estímulo pessoal, ou do reconhecimento no grupo de amigos e do impacto social, ou pode ser *pouco valorizada* por não equiparação a outras qualidades de proximidade, afecto e desempenho, por futilidade e polivalência de sentimentos ou por risco de perfil de instabilidade emocional.

O seu conhecimento e competência pessoal e/ ou profissional podem ser *valorizados* como admiração e idolatria, ser complemento de perfil e ajuda interpares, ter vantagem na dinâmica da relação pessoal e profissional, ou podem ser *pouco valorizados* como génese de distanciamento, por perfil introspectivo não sociável, ou por obstinação em detrimento da relação.

A sua capacidade de compreensão e interajuda pode ser *valorizada* como essencial para o sentido de vida da pessoa, como “ombro” amigo em situação de dificuldade, como

virtude e força, ou pode ser *pouco valorizada* como recurso existente na falta de outras qualidades, por inerência e obrigação devido ao estatuto de amigo, ou por paralelismo e equiparação com o próprio.

A sua experiência pessoal e / ou profissional pode representar *valorização* da sapiência e práxis, ser uma mais-valia e ganho acrescido, um conforto e tranquilidade, ou pode ser *pouco valorizada* por constituir lição não desejada, ser travão à inovação, ou ser exercício entendido como mediocridade.

A confiança e segurança que os amigos lhe transmitem, podem ser *valorizadas* como crédito e garantia, ser bem-estar e esperança, ter honestidade e reforço de aproximação, ou podem ser *pouco valorizadas* por desinteressante e aborrecido, ser impeditivo de acto e aventura, ou não ter graça nem estímulo.

A.4.3 – Grau de valorização, quanto às actividades dos amigos

A participação em redes sociais (facebook, twitter, etc.) pode ser *valorizada* por comunicação intensa, meio de aproximação e integração na vida quotidiana afectiva e laboral, ou por valorização de tecnologias da informação e não desperdício de tempo, ou pode ser *pouco valorizada* por representar desmotivação, inapetência e apatia, ser invasão de privacidade, desconfiança e meio inapropriado para a relação pessoal.

A participação em grupos de reflexão (análise científica, técnica, política, ambiental ou outra) pode ser *valorizada* como vínculo académico, profissional ou de intervenção social estimulador, haver compromisso assumido e desejado, ou haver incentivo e / ou retorno secundário, fruição e prazer, ou pode ser *pouco valorizada* por ocupação não rentável economicamente, por resultados não apreciados, ou por ausência de afirmação ou inibição.

A participação ou liderança de grupos de intervenção / acção (causas sociais, voluntariado, solidariedade), pode ser *valorizada* como aprendizagem da realidade antropológica em sociedade, por sentimento humanitário apreciado e apoiado, ou por actividade e qualidade como verdadeiros ídolos, ou pode ser *pouco valorizada* por impedimento de outras prioridades e tempo, por protagonismo não valorizado, por promoção do egocentrismo, ou por insensibilidade para causas públicas.

Serem úteis de forma individual e não estarem organizados, pode ser *valorizado* por ser o verdadeiro amigo, ser aquele com quem se conta sempre, haver o espaço insubstituível, a relação perfeita, ou pode ser *pouco valorizado* por constituir um meio de pressão de difícil gestão, uma obrigação do estatuto de amigo, ou a inutilidade em vez da função.

Os amigos não terem actividades de comunicação por sistema, pode ser *valorizado* por serem desinteressantes como amigos, terem a incomunicação como característica, haver isolamento e inexistência de rede benéfica, ou haver perturbação da capacidade de relação, ou pode ser *pouco valorizado* não ser uma obrigação implícita, ser dispensável entre amigos, ou haver alternativas de ligação.

A.4.4 – Grau de valorização, quanto à importância e influência dos amigos na sua vida

Os amigos terem uma vida exemplar, em qualidade, capacidade e moral, pode ser *valorizado* por ser exemplo de vida e referência, ser conjugação de valor e ética, ou haver desejo de atingir o seu nível e quiçá suplantá-lo, ou pode ser *pouco valorizado* por querer seguir o seu próprio caminho sem influências externas, ter outros conceitos e valores, ou não ter amigos disponíveis.

Os amigos serem bons para ouvir os desabafos, e ponderados nas apreciações, pode ser *valorizado* como qualidade máxima e ajustada, ter objectivo em relação ao fundamento “ser amigo”, ou ser ajuda criteriosa com resultados adequados e sem motivos insidiosos, ou pode ser *pouco valorizado* por ser uma intromissão na peculiaridade da pessoa, uma lição / aprendizagem não desejada, ou não haver amigos.

Os amigos darem ânimo e estímulo, combatendo o abatimento e a tristeza, pode ser *valorizado*, por combater uma fase difícil que não se pretende duradoura, apoiar um problema em saúde ou bem-estar, ou resolver um dilema e apresentar solução, ou pode ser *pouco valorizado* por força própria e auto-crítica adequada, por os amigos não serem oportunos na questão específica, ou por a /s decisão / decisões serem da competência e capacidade do próprio.

Os amigos motivarem-no para agir, ter iniciativas, acompanharem-no com frequência, pode ser *valorizado* como a essência da amizade, por gerar mobilização – acção útil, ou

por ser solidário/a, ou pode ser *pouco valorizado* por não constituir fonte de ideias e actos, por ser indisponível ou apenas interesseiro, por ser “amigo da onça”.

Os amigos aceitarem “cunhas” e resolverem os problemas dos outros, pode ser *valorizado* por ser a função principal dos amigos, ser o recurso em vigor assumido pelo próprio, ou acreditar na simbologia da “cunha” como “instituição” e recomendação especial que intercede de forma decisiva, ou pode ser *pouco valorizado* por ser considerado um acto desprezível, ser indigno da competência e da relação saudável, eventualmente com contrapartidas que não se desejam nem se dispõem a facilitar.

A.5 – Quanto à **SOCIEDADE**:

A.5.1 – **Grau de importância, quanto ao que faz ou poderia fazer, a favor da sociedade**

Ser dirigente associativo, líder de grupo, ser mobilizador, pode ser *importante* por convicção ideológica e capacidade de direcção, por integração no meio e interesse paralelo, ou por usufruto de benesses e prebendas, ou pode ser *pouco importante* por inapetência e inadequação do perfil, por desinteresse pelo intervencionismo e causas, ou por baixa auto-estima e auto-imagem.

Ser activista, ter intervenção comunitária, agir individualmente, pode ser *importante* por gosto e incentivo pessoal, por boa interacção com a comunidade, ou por querer actuar sem suporte organizado, ou pode ser *pouco importante* por sentido de lazer, por inibição de integração no meio, ou por outras prioridades pessoais ou familiares.

Ser solidário com causas, princípios e valores da comunidade pode ser *importante* como um desejo e incentivo de vida, por sentir-se bem consigo próprio, por ter educação e formação sem egoísmo, ou por ser útil à sociedade, ou pode ser *pouco importante* por concepção materialista, por gasto de tempo e recursos, por desenraizamento e desinserção social.

Apoiar iniciativas de grupos, sem se envolver demasiado, pode ser *importante* como linha orientadora, por sensibilização-acção quanto baste, por acumulação de cargos e funções, ou por motivação específica para determinada acção, ou pode ser *pouco*

importante por desconhecimento da realidade, factos e acontecimentos, por dar prioridade aos objectivos pessoais e da família, ou por ser introvertido e pouco sociável.

Ignorar os movimentos de opinião e acção social pode ser *importante* por ausência de ideias e ideais (sem projecção, modelos, exigências morais ou da razão), por antecedentes traumáticos, ou por egocentrismo, ou pode ser *pouco importante* por não o dever fazer, por consciência do ser, por integração comunitária, ou por valorizar a vida colectiva.

A.5.2 – Grau de importância, quanto ao voluntariado

Sentir-se bem consigo, fazendo o que lhe apetece, pode ser *importante* para o equilíbrio pessoal, para a valorização do “ego” e estímulo de continuidade de acção, para a filosofia de vida, ou pode ser *pouco importante* por haver fontes de inquietude, por objectivo de aquisição de concepção e imagem externa, ou por perturbação depressiva.

Cumprir uma missão útil, ocasional, pode ser *importante* por ser um dever contributivo especial, por vontade de experiência inovadora, ou por reequilíbrio emocional, ou pode ser *pouco importante* por ser considerado sacrifício indesejado, ser doutrina não relevada, ou ser acto de incapacidade.

Ser voluntário é ser solidário pode ser *importante* concepção e realização de vida, ser valorização da saúde das pessoas como a saúde social, ser exercício da benemerência e prestação, ou pode ser *pouco importante* por subordinação de interesse alheio ao seu próprio interesse, por ausência de generosidade, ou por doença ou incapacidade.

Que os voluntários não tenham protagonismo e publicidade pode ser *importante* por vontade própria, por não ser objectivo das atitudes, por haver dispensabilidade da propaganda de bem-fazer, ou pode ser *pouco importante*, por também trazer benefícios pessoais ou organizativos, por não constituir descaracterização do voluntariado, ou por ser forma de comunicação não deletéria.

Que as organizações de voluntariado não promovam fins indevidos, pode ser *importante* para beneficiários a ser ajudados serem os adequados, por haver bons resultados da acção e credibilidade, ou por valorização da acção social, ou pode ser *pouco importante*

por más experiências anteriores e perda de auto-crítica, por interesses obscuros, ou por ilicitude a qualquer preço.

A.5.3 – Grau de importância, quanto à motivação e preocupações sociais

Ignorar os problemas sociais, não correndo riscos desnecessários a fazer actividades a que não é obrigado, pode ser considerado *importante* para ter estabilidade pessoal e familiar, ter falta de criatividade e senso humanista, ou ter tendência para isolamento, ou pode ser *pouco importante* como prova de insensibilidade social que não se deseja, por incompreensão dos problemas dos outros a lamentar, ou por atitude condenável por egoísmo.

Ser voluntário e apoiante activo de causas e ideias, de forma regular ou não, pode ser *importante* por consciência e voluntarismo, por valorização dos direitos humanos, ou por compromisso de participação na construção de mundo melhor, ou pode ser *pouco importante* por ser considerado um dispêndio de tempo e recursos, por não reconhecimento da cidadania como valor, ou por sobrevalorização do percurso individual em si e seus ganhos.

Combater a pobreza e exclusão social, dando o seu contributo em esforço ou económico, pode ser *importante* por ser valorizado por bondade e benfeitoria, por exercício de cidadania e apoio, ou por compreensão dos objectivos de desenvolvimento do milénio, ou pode ser *pouco importante* por ser quadro social indesejado, por ideologia de supremacia de classe e estatuto, ou por desumano ou malévolo.

Ter motivação e / ou interesse para participação activa em clubes desportivos, grupos culturais, agremiações recreativas, associações cívicas, partidos políticos ou organizações humanitárias pode ser *importante* por ser um desafio e coerência de atitude, por responsabilidade social e satisfação pessoal, ou por anseio de liderança, ou pode ser *pouco importante* por definição de negatividade como pretexto, por estar fora da realidade colectiva, ou por manifestação de maledicência e desprezo.

A.5.4 – Grau de importância, quanto aos tipos de organizações, instituições e associações

Os clubes desportivos (futebol, etc.) podem ser *importantes* por estado de união perene e satisfação, por quadro de emoção e paixão, ou por explosão de agressividade e fanatismo, ou podem ser *pouco importantes* por estatuto de classe superior e baixo carácter, por actividade não essencial à vida humana, ou por inveja de regalias ou desdém por rivalidade.

Os grupos culturais (teatro, cinema, literatura, folclore, etc.) podem ser *importantes* por educação e formação, por necessidade de fruição do acto cultural, por ser meio de repouso, conhecimento e prazer, ou podem ser *pouco importantes* por não ser recurso e bem produtivo prioritário, por ignorância da expressão e arte, por perturbação para o status adquirido.

As agremiações recreativas e de lazer (jogos, torneios, outras diversões) podem ser *importantes* por ser escape para os estímulos stressores, por cultura física de participação ou apreciação, ou por valorização da competição, preguiça ou alegria, ou podem ser *pouco importantes* por ser consideradas aborrecidas e desmotivantes, por panaceia não desejável, ou por serem grupúsculos pacóvios ou de iliteracia.

As associações cívicas (comissões, causas, petições, etc.) podem ser *importantes* por serem consideradas o culto do civismo e positividade, ser a intervenção cívica em cidadania e mobilização, ou ser a mudança necessária e complementar à acção estatal, ou podem ser *pouco importantes* por se imiscuïrem no formalismo regulamentar, por serem meio de persuasão pessoal e pressão organizada, ou por gerar causas perturbadoras.

Os partidos políticos (quaisquer que sejam) podem ser *importantes* por serem veículos de legitimidade democrática, por exercício do poder em proximidade e serviço público, ou por expressão de ideias para o bem comum, ou podem ser *pouco importantes* por incoerência e compadrio, por elite e imunidade, ou por sumptuosidade e promiscuidade.

As organizações humanitárias (ONGD, IPSS, etc.) podem ser *importantes* por exercício de função social benemérita, por ser recurso humano elogiável por princípios, causas e valores humanos, ou por dedicação à comunidade sem privilégios, ou podem ser *pouco importantes* por haver casos de práticas públicas com fins ilícitos, por intriga e desconfiança, ou por emulação ou inferioridade.

A.5.5 – Grau de importância quanto ao contributo da sociedade para si

A sociedade proporcionar-lhe recursos económico-financeiros pode ser *importante* por necessidade de sustentabilidade, por retribuição de serviço prestado, ou por exigência em função de direito assumido, ou pode ser *pouco importante*, por independência económico-financeira, por contributo individual escasso, ou por maior importância de recursos para situações de carência extrema.

A sociedade dar-lhe segurança e apoio social, evitando a solidão, pode ser *importante* por garantia de tranquilidade e integração, por ser estímulo para mais e melhor trabalho, ou por ser forma de combate ao isolamento e disfuncionalidade familiar, ou pode ser *pouco importante* por autonomia individual de recursos, por enquadramento familiar necessário e suficiente, ou por discordância pelo sistema de articulação e gestão social.

A sociedade promover e desenvolver a cultura, a arte e o lazer, pode ser *importante* por gosto na actividade lúdica, por conceito de apropriação da produção de letras e artes para fruição, ou por responsabilidade da sociedade na promoção extra-laboral, ou pode ser *pouco importante* por inação própria estrutural ou circunstancial, por ausência de responsabilidade e não competência da sociedade, ou por desvalorização de conhecimentos, artes e ofícios e inadequação ao prazer.

A sociedade dar-lhe os meios de bem-estar biológico e psíquico, necessários e suficientes, pode ser *importante* por ser considerado um direito e equilíbrio em saúde, ser um estatuto de bem-estar promotor de rendimento pessoal, ou ser uma responsabilidade social de organização da sociedade, ou pode ser *pouco importante* por sentir-se bem e feliz sem dependências externas, ter a noção de responsabilidade individual, ou ter a liberdade de definir opções e comportamentos em saúde.

A sociedade reduzir os factores de risco humano e vulnerabilidade pessoal e familiar, pode ser *importante* por ser função da organização do estado, promover a manutenção do bem-estar individual e colectivo do agregado familiar, ou gerar meios de produção e rendimento úteis ao cidadão, ou pode ser *pouco importante* por ser considerado desvalorização do risco e consequências, ser interferência indesejável na autonomia do cidadão, ou haver predisposição para o isolamento e não reconhecimento da sociedade organizada.

A.6 – Quanto ao **ESTILO DE VIDA**:

A.6.1 – **Grau de importância, quanto à alimentação e nutrição na saúde e bem-estar**

A alimentação e a nutrição devem ser equilibradas e de qualidade para proteger a saúde pode ser *importante*, porque é uma evidência científica, proporciona além da saúde o bem-estar pessoal, familiar e global, e promove o gosto pessoal, ou pode ser *pouco importante* por experiência e desencanto pessoal, por perturbação psíquica, ou por incompreensão de objectivos.

A alimentação e nutrição devem ter quantidade, espécie e paladar que proporcionem bem-estar pessoal e social, pode ser *importante* porque dá prazer aos sentidos, porque integra fontes de nutrientes e preparação adequada, ou previne e reduz doenças, ou pode ser *pouco importante* pela noção de obrigação independente da motivação, pela desvalorização dos sentidos e alimentação, ou pela situação de doença limitativa.

A alimentação (alimentos, confecção e indústria) deve ter custos baixos para satisfazer a procura e a necessidade, pode ser *importante* por prioridade sanitária e civilizacional, por mecanismo de regulação de transacções, ou por existência de dificuldades económicas, ou pode ser *pouco importante* por auto-suficiência, por não reconhecimento do estado social, por interesses em venda ou troca de bens consumíveis correlacionados.

O aconselhamento alimentar deve ter em conta o stress do dia-a-dia e a situação de saúde (ou doença) de cada pessoa pode ser *importante* por adequação às dificuldades pessoais de mobilização, por status de saúde e recursos familiares, por melhorar a taxa de cumprimento das regras alimentares saudáveis, ou por constituir mais ganhos em saúde, ou pode ser *pouco importante* por desmotivação para o cumprimento das indicações dos profissionais de saúde, por limitação da autonomia física e capacidade mental, ou por inviabilidade de mudança de estilo de vida alimentar.

O aconselhamento alimentar deve ter em conta o trabalho da pessoa, a sua capacidade económica e os recursos logísticos ao seu dispor, pode ser *importante* por permissividade do tipo de trabalho, por situação financeira que permite maleabilidade de alterações e manutenção de regras e disciplina alimentar, ou por oportunidade em

tempo e espaço para aplicação de dieta, ou pode ser *pouco importante*, por inadaptação explícita às condições necessárias expostas, por consequências em emprego e laboração, ou por atitude de rejeição.

A.6.2 – Grau de importância do exercício físico para a saúde e bem-estar

O exercício físico é ou deve ser uma prioridade na prevenção, cura e reabilitação de doenças da civilização pode ser *importante* por aplicação de conceito teórico e evidência, por experiência individual devida a patologia definida, ou por resultados positivos em intercorrência pessoal ou familiar, ou pode ser *pouco importante* por vida sedentária persistente, por não adesão a programas específicos, ou por vivência sem ganhos objectivos em saúde.

O exercício físico é ou deve ser adaptado às características físicas e ao perfil psicológico da pessoa, pode ser *importante* por manifestação de força de vontade própria, por aproveitamento das vantagens e redução do risco em saúde, ou por conhecimento do biótipo, ou pode ser *pouco importante* por indisponibilidade e desmotivação, por imagem de rigor indesejado e utilidade duvidosa, ou por reflexos positivos não imediatos.

O exercício físico é ou deve ser de tipo, intensidade e duração, conforme cada pessoa individualizada, pode ser *importante* por bom critério de adaptabilidade pessoal, por percepção de padrões standard e graus, ou por ausência de impacto negativo, ou pode ser *pouco importante* por existência de mitos e crenças em saúde e doença, por incapacidade de gestão pessoal e profissional, ou por haver formas variáveis e dispêndio de tempo útil.

O exercício físico deve ter em conta eventuais limitações de mobilidade e outras doenças já existentes, pode ser *importante* por se aplicar à própria pessoa, haver doença crónica estabelecida e programa de exercício físico que contemple adaptação, ou ter relação benefício – risco favorável, ou pode ser *pouco importante* por ser ineficaz devido a degradação do estado de saúde, provocar mal-estar e sofrimento, ou não haver recursos logísticos para a situação específica.

O exercício físico deve ser adaptado ao horário laboral, tempo de lazer e conveniência familiar, pode ser *importante* por não interferência na dinâmica do dia-a-dia quotidiano,

por permitir a manutenção das relações interpares, familiares e de amigos sem flutuação de percurso, ou por se sentir bem, ou pode ser *pouco importante* por rejeição liminar, por trefismo assoberbado, ou por estado de espírito para outros fins.

A.6.3 – Grau de importância, quanto aos hábitos e ao prejuízo que representam para a saúde física e mental

Evitar o tabagismo é um malefício, devendo ser completamente eliminado, pode ser *importante* por receio das consequências em saúde, por mal-estar pessoal, familiar ou social, ou por ser despesa considerável, ou pode ser *pouco importante* por não apetência, por incapacidade de não abandono, ou por ausência de afirmação e conceitos.

Evitar o abuso do álcool, agudo ou crónico, que prejudica gravemente a saúde, mais cedo ou mais tarde, pode ser *importante* por receio de efeitos secundários e dependência, por impacto social na comunidade, ou por experiências anteriores negativas, ou pode ser *pouco importante* por não ser um hábito instalado e fomentador de desejo, por habituação e ausência de auto-crítica, ou por assumpção do risco em saúde e tipo de vida social.

Evitar o consumo de drogas leves ou duras, que conduz à perda de saúde e à viciação pode ser *importante* por conhecimentos adquiridos ou praticados, pela gravidade em saúde da dependência, ou pelo encargo económico que representa, ou pode ser *pouco importante* por conflito entre a pessoa e a sociedade, pela fase idílica da consumo, ou por influência do grupo social de integração.

A vida familiar é afectada pelos hábitos nocivos, conduzindo ao conflito e à dissolução, pode ser *importante* por auto-defesa do agregado familiar, por concepção do relevo da harmonia familiar, ou por receio do impacto nos membros do agregado, ou pode ser *pouco importante*, por predominância da vida pessoal e desvalorização da vida familiar, por disfuncionalidade familiar prévia, ou por fase de rotura familiar iminente.

A vida social é melhorada pelo consumo de tabaco, álcool ou substâncias que alteram o estado orgânico e psíquico, pode ser *importante* pela sensação de bem-estar imediato, secundarização e esquecimento dos problemas em curso, ou pela influência e supremacia no grupo de amigos, ou pode ser *pouco importante* por compreensão dos malefícios sobrepondo-se aos benefícios do hábito, por irrelevância do hábito face à

vida social do próprio, ou por ter alternativas de socialização com base em conceitos de prazer e saúde.

A.6.4 – Grau de importância, quanto à participação em actividades culturais e influência na saúde

A participação regular em espectáculos de música, cinema, teatro, ópera, dança, viagens e turismo cultural, leitura, etc., pode ser *importante* por motivação artística e para as letras, por ser acto de lazer como bem-estar, ou por usufruto da cultura como contributo para a saúde, ou pode ser *pouco importante* por indisponibilidade e não prioridade, por ausência de gosto e apreciação, ou por estado de humor e atitude de rejeição.

A participação em colóquios, seminários, conferências, jornadas, etc., envolvendo saúde e ambiente, pode ser *importante* por desejo de conhecimento da ciência e do mundo global, por reconhecimento da ecologia e ambiente como factos de risco e prioridade, ou por ser contributo para melhoria do futuro e das novas gerações, ou pode ser *pouco importante* por impreparação e desmotivação temática, por incompreensão da gestão de recursos ambientais necessária e útil, ou por egocentrismo e presunção.

A participação em congressos científicos e outras actividades relacionadas também com o trabalho pode ser *importante* por necessidade e ânsia do conhecimento e evidência, por vontade de promoção pessoal, ou por melhoria de estatuto económico, ou pode ser *pouco importante* por inadequação ao seu estatuto laboral ou aposentação, por desvalorização do ensino / aprendizagem, ou por ocupação sem reflexos no quotidiano.

A participação em actividades de bairro / condomínio, grupos regionais / festas populares, mostra de rua, feira e quermesses, pode ser *importante* por expressão de alegria e senso contributivo, por boa integração comunitária, ou por combate ao sedentarismo, ou pode ser *pouco importante* por ser considerado aborrecimento e interacção não desejada, por interferência no elitismo pessoal, ou por desconsideração pela cultura popular.

Considerando a política um acto de cultura, a participação em comícios, sessões de esclarecimento ou convívios partidários ou acções organizadas da sociedade civil / movimentos cívicos, pode ser *importante* por contributo para a sociedade e expressão cívica, por vontade de protagonismo em ideias e concretização, ou por oportunidade de

progressão e carreira, ou pode ser *pouco importante* por actividade desacreditada e não reconhecida como válida, por falta de característica e estímulo pessoal para o desempenho, ou por não compaginação de interesses e seriedade.

A.6.5 – Grau de importância, quanto ao grau de promiscuidade e influência na saúde

A promiscuidade, através do meio ambiente e da poluição química e sanitária que envolva a zona de habitação, pode ser *importante* por deterioração do ambiente e consequências em saúde e vida animal, por ser geradora de interesses económicos e industriais, ou por atrair pessoas não recomendáveis em honestidade e princípios, ou pode ser *pouco importante* por estar distante do meio pessoal e não o afectar negativamente, por partilhar as motivações negociais obscuras, ou por preferir o risco em função do lucro.

A promiscuidade, através da habitação própria ou em uso, por ausência de condições de espaço, higiene e salubridade, pode ser *importante* por habitat digno como direito não exercido, por falta de recursos económicos e consequências em saúde, ou por estimular padrões de comportamento insocial e doença, ou pode ser *pouco importante* por assumpção de classes sociais distintas, por direito à habitação como acto ilusório, ou pela personalidade ser relevante não justificando as condições e actos materiais.

A promiscuidade, através da participação em grupos de rotura social, com utilização de agressividade, violência e espírito classista, pode ser *importante* porque afecta ou desequilibra a saúde mental da pessoa, porque prejudica os direitos individuais e as regras em sociedade, ou porque traz consequências graves na preservação da vida humana e multiculturalidade, ou pode ser *pouco importante* por espírito de desumanidade e vingança, por sentimento de revolta por índole própria e acontecimentos pessoais, ou por envolvimento sem auto-crítica de gestos e actos desestruturadores da sociedade.

A promiscuidade, no ambiente de trabalho desregrado e indisciplinado, ou de opressão e limitação de direitos em saúde, pode ser *importante* porque afecta a qualidade de produção e bem-estar pessoal, porque induz actos organizados de contestação e reorganização laboral, ou porque é atentado à regulação e direitos humanos, ou pode ser

pouco importante por abstencionismo e insensibilidade, por receio de consequências e revanchismo, ou por primazia de outros factores da vida pessoal e/ou familiar.

A promiscuidade, através dos comportamentos de risco sexual, que envolvem consequências para os praticantes, parceiros e famílias, pode ser *importante* porque põe em causa a vida pessoal e comum, porque é objecto de crítica social e do meio, ou porque destrói a unidade do agregado, ou pode ser *pouco importante* por irresponsabilidade perante a vida, por atracção e desejo de aventura e experiência, ou por desprezo pelo impacto comunitário.

A.7 – Quanto às **MORBILIDADES**:

A.7.1 – **Grau de importância, quanto à forma como as doenças crónicas afectam a saúde**

As doenças crónicas afectarem a saúde através dos sintomas, queixas e mal-estar, poder ter várias doenças, tomar muitos medicamentos e com efeitos secundários pode ser *importante* por má tolerância aos problemas de saúde, por receio de polipatologia e ideia de agravamento, ou por iatrogenia e suas consequências, ou pode ser *pouco importante* por capacidade de resistência, por desinteresse pela vida, ou por má “compliance” terapêutica e abandono da prescrição clínica.

As doenças crónicas afectarem a auto-imagem, a auto-estima e a personalidade, perturbar a relação familiar e influenciar o meio ambiente e cultural da pessoa, pode ser *importante* por valorização pessoal preservada, por desejo de estabilidade familiar, ou por interesse na qualidade de vida e inserção na sociedade, ou pode ser *pouco importante* por atitude ou doença depressiva, por conflitualidade familiar instalada e desregulada, ou por tendência para o isolamento e desinteresse pela vida comum.

Em caso de doença crónica, haver inadaptação à dor e incapacidade, perda de amigos e laços familiares, desmotivação de trabalho e utilidade pessoal, pode ser *importante* por má aceitabilidade e baixa tolerância ao sofrimento e à disfunção, por vontade de relação social e familiar sólida, ou pela noção do trabalho como dever e contributo, ou pode ser *pouco importante* por estado de saúde e capacidades preservadas e não imaginada a sua

deterioração, por individualismo e desvalorização da família e amigos, por ociosidade, aversão ao trabalho ou desinteresse assumido.

Ainda em caso de doença crónica, haver existência de complicações, expectativa de vida difícil e futuro incerto, a ideia assustadora de morte, pode ser *importante* por temor do agravamento de doença e sequelas em saúde, por antevisão de catástrofe pessoal e familiar, ou por rejeição da morte e apego à vida, ou pode ser *pouco importante* por sonegação e irrealismo, por conformismo pelo percurso de vida, ou por naturalidade da morte ou falta de motivação pela vida.

Em situação de doença crónica, haver preocupação quanto às condições de apoio institucional (apoio hospitalar, centro de saúde, apoio domiciliário, centro de dia, lar), pode ser *importante* por desejo de garantia de continuidade de cuidados, por assegurar o apoio no trajecto de vida e doença, por intimidação por falta de recursos económicos ou logísticos, ou pode ser *pouco importante* por estatuto financeiro e garantias de sustentabilidade pessoal, por boa relação familiar estruturada, ou por desvalorizar acontecimentos e futuro.

A.7.2 – Grau de importância, quanto à forma como as limitações da vida diária provocadas pela situação de doença crónica são prejudiciais

As limitações de vida diária, provocadas por situação de doença, havendo incapacidade física e motora, com perda de autonomia dessas funções, podem ser *importantes* por sofrimento físico e mental, por grau de dependência elevado, ou por não realização pessoal, ou podem ser *pouco importantes* por ser acontecimento não verificado intramuros, por ter acontecido aos outros não envolvendo a pessoa e família, ou por ser inimaginável facto e consequências.

As limitações de vida diária, provocadas por situação de doença, havendo limitação intelectual para organização da vida pessoal e familiar, podem ser *importantes* pela relevância da saúde mental, pela qualidade de vida pessoal e familiar inviável, ou pela improdutividade académica e desempenho, ou podem ser *pouco importantes* por não compaginação do acontecimento eventual, por sublimação das sequelas, ou por distanciamento em casos conhecidos.

As limitações de vida diária, provocadas por situação de doença, havendo perda da dinâmica e boa relação entre as pessoas, amigos e família, podem ser *importantes* por unidade socio-familiar em risco, pelo núcleo central de relação em desintegração, ou pelo receio de não ajuda, ou podem ser *pouco importantes* por quadro de relações sem mutação, por situação depressiva pessoal, ou por afastamento dos amigos por desinteresse.

As limitações de vida diária, provocadas por situação de doença, havendo perda da autonomia, emprego e capacidade de exercício profissional, podem ser *importantes* por zelo e brio profissional, por constrangimentos económicos inerentes, ou por tristeza e / ou revolta pelo quadro, ou podem ser *pouco importantes* por inacção laboral, por instabilidade e menosprezo pela segurança pessoal e bens, ou por garantia de recursos financeiros.

As limitações de vida diária, provocadas por situação de doença, havendo dependência nas actividades de dia-a-dia (higiene, sustentabilidade económica e segurança), podem ser *importantes* por compreensão da incapacidade global, por sentimento de perda do último reduto de qualidade de vida, ou por desastre de vida pessoal iminente, ou podem ser *pouco importantes* por existência de recursos institucionalizados, por perfil isento de ansiedade, ou por não ser crível a situação.

A.7.3 – Grau de importância, quanto à forma como a acção dos cuidadores de idosos e doentes crónicos lhes é prejudicial à sua vida pessoal, profissional e familiar

A acção dos cuidadores de idosos e doentes crónicos ser prejudicial à vida pessoal, profissional e familiar do cuidador, através da redução da capacidade intelectual e de estudo e de novas hipóteses de qualificação, graduação e emprego, pode ser *importante* por ocupação de tempo imprescindível para formação ou exercício, por impedimento de aquisição de conhecimentos e práticas, ou por ausência de controlo de memória, concentração e atenção, ou pode ser *pouco importante* por graduação de importância trabalho / família, por desmotivação para evolução no trabalho e emprego, ou por falta de oportunidades de progressão académica.

A acção dos cuidadores de idosos e doentes crónicos ser prejudicial à vida pessoal, profissional e familiar do cuidador, pela interferência com a vida profissional, suas responsabilidades e compromissos, pode ser *importante* por limitar o desempenho e produtividade, por originar incumprimento laboral e suas consequências, ou por risco de desemprego, ou pode ser *pouco importante* por dar mais prioridade à família que à vida profissional, haver monotonia de vida profissional sem estímulo, ou haver noção de compromisso irrelevante.

A acção dos cuidadores de idosos e doentes crónicos ser prejudicial à vida pessoal, profissional e familiar do cuidador, pela alteração da motivação, empenho, dedicação e afecto para os idosos e doentes crónicos, pode ser *importante* por ocupação e tarefas de apoio aborrecidas, por inadequação ao tipo de apoio necessário, ou por grau de afectividade restrito, ou pode ser *pouco importante* por alternativa de institucionalização, por ausência ou perturbação do afecto, ou por idade e doença sem relação emocional.

A acção dos cuidadores de idosos e doentes crónicos ser prejudicial à vida pessoal, profissional e familiar do cuidador, pela redução da capacidade económica, com menos remuneração e menos regalias para os cuidadores, pode ser *importante* por limitar a capacidade económica dos cuidadores, por impossibilitar outros consumos e despesas de outro âmbito, ou por impedir trabalhos suplementares, ou pode ser *pouco importante* por suficiência económica do cuidador, por haver recursos financeiros utilizáveis da pessoa cuidada, ou por não prioridade do valor material.

A acção dos cuidadores de idosos e doentes crónicos ser prejudicial à vida pessoal, profissional e familiar do cuidador, pela falta de apoio dos cuidados continuados da rede pública, pode ser *importante* por responsabilidade do Estado não adequada, por qualidade de cuidados necessária não disponível, ou por impossibilidade do cuidador em prestar cuidados, ou pode ser *pouco importante* por existência e usufruto de serviço público em rede, por não necessidade de utilização do serviço público em cuidados continuados, ou pelo desejo do cuidador e do cuidado em manutenção em instalações domiciliárias próprias.

B - Resultados

B.1 - Caracterização dos Tipos de Família

No nosso estudo, vamos analisar os resultados das classificações dos tipos de família obtidos no grupo pré-teste, nas respostas dos inquiridos no questionário capítulo “B-Família”, e na caracterização do autor.

B.1.1 - Quanto à **caracterização dos tipos de família**, em *Pré-teste*, houve 67,9% das famílias identificadas nos chamados 5 tipos de família *principais* (família nuclear, família reconstruída, família alargada, família monoparental e família unitária), quanto à **estrutura / dinâmica familiar**.

Houve 37,2% de famílias então incluídas em outros estudos como “*outras*” (famílias com prole extensa, famílias com fantasma, díade nuclear, famílias consanguíneas, famílias dança a dois, famílias com dependente, famílias acordeão, famílias flutuantes, famílias de co-habitação, famílias descontroladas, famílias grávidas, famílias homossexuais e família múltipla), que foram classificadas, identificadas e apresentadas estatisticamente.

Os *tipos de família não identificados* (família comunitária, família hospedeira e família adoptiva), pode dever-se à menor amplitude da amostra e ao tipo de público-alvo inquirido (apenas jovens estudantes e licenciados).

A caracterização e a metodologia de estudo instituída, em que qualquer família pode apresentar características pertencentes a um ou vários tipos de família, justificam o maior número de tipos de família encontrados (172), em relação ao número de inquiridos (132).

Como era de esperar, as *famílias predominantes* foram as famílias nucleares, seguidas pelas famílias reconstruídas, o que já não seria tão previsível, apesar da aceitabilidade estabelecida e assumida da recomposição familiar e da admissibilidade orgânica e legal do estatuto do tipo de família.

A diversidade de tipos de família é uma evidência, propiciando estudo e intervenção.

Quanto à **relação conjugal**, o facto de todos os tipos de família descritos na metodologia do estudo serem identificados, atesta o seu reconhecimento e a importância subjacente às medidas a tomar, em plano de cuidados.

Os inquiridos não respondentes no item “relação conjugal”, dever-se-á ao facto de as respectivas famílias não abrangerem conjugalidade.

Novamente, a caracterização e a metodologia de estudo instituída, em que qualquer família pode apresentar características pertencentes a um ou vários tipos de família, justificam o maior número de tipos de família encontrados (158), em relação ao número de inquiridos (132).

Na sociedade do século XXI, era também de esperar que a *família predominante* fosse a família moderna, pelas suas características e pela adaptação à pos-modernidade, bem como o *tipo de família menos numeroso* fosse a família paralela, pela clara disfuncionalidade que representa e os vários indícios ou pista para o agravamento ou até dissolução.

Por impreparação, admite-se que os inquiridos não seleccionassem sempre de forma adequada, quando a sua família apresenta características pertencentes a um ou vários tipos de família, confundindo critérios, particularmente na subselecção dos subtipos, constituindo um viés do estudo.

Quanto à **relação parental**, foram identificados 6 dos 7 tipos de família apresentados.

O tipo de família não identificado (família centrada nos pais), pode dever-se à menor amplitude da amostra e ao tipo de público-alvo inquirido (apenas jovens estudantes e licenciados).

Os inquiridos não respondentes no item “relação parental”, dever-se-á ao facto de as respectivas famílias não abrangerem parentalidade.

Novamente, a caracterização e a metodologia de estudo instituída, em que qualquer família pode apresentar características pertencentes a um ou vários tipos de família, justificam o maior número de tipos de família encontrados (142), em relação ao número de inquiridos (132).

A atestar o rigor e adequação das regras de funcionalidade familiar, sistematizadas e científicas, a par da solidez e firmeza do(s) conceito(s) de família na sociedade em que nos inserimos, a família predominante foi a família equilibrada (família estável).

A *predominância* da família superprotectora, entre as famílias instáveis, reflecte uma tendência preocupante, que pode imbuir-se de egocentrismo familiar, desprezo pela humanidade ou somente incapacidade de relevar o crescimento individual, mais do que vacilação, temporalidade, segurança ou garantia.

A par desta predominância, a *família menos numerosa* foi a família permissiva, no conceito e aplicação dos inquiridos (jovens), o que poderá indiciar a primazia da rebeldia ou a independência adquirida.

B.1.2 - Quanto à **caracterização dos tipos de família**, segundo o modelo de registo utilizado (anexo), estudámos ainda uma *amostra* de 279 inquiridos, no universo de *utentes respondentes da lista de utentes*, no período do estudo.

Extraímos do questionário aplicado, o capítulo “**B - Família**”, onde estavam colocadas todas as hipóteses correspondentes à definição dos tipos de família constantes do livro “Novos Tipos de Família, Plano de Cuidados”.

A classificação do tipo de família assim obtida representa a opinião dos inquiridos, elementos da lista de utentes do autor, sem interferência ou avaliação do autor / médico de família, mas de acordo com a definição do autor.

Houve 62,6% (com aproximação às décimas) das famílias identificadas nos chamados 5 tipos de família *principais* (família nuclear, família reconstruída, família alargada, família monoparental e família unitária), quanto à **estrutura / dinâmica familiar**.

Houve 37,4% de famílias então incluídas em outros estudos como “*outras*” (díade nuclear, famílias com fantasma, famílias com dependente, famílias acordeão, famílias de co-habitação, famílias homossexuais, famílias descontroladas, famílias consanguíneas, famílias dança a dois, famílias com prole extensa, famílias hospedeira, famílias grávidas, famílias comunitárias e famílias adoptivas), que foram classificadas, identificadas e apresentadas estatisticamente.

Os *tipos de família não identificados* (família flutuante e família múltipla), pode dever-se à amplitude da amostra e ao grau de conhecimento e interpretação do/a inquirido/a, tendo no entanto, já sido encontrados esses tipos de família no pré-teste.

A caracterização e a metodologia de estudo instituída, em que qualquer família pode apresentar características pertencentes a um ou vários tipos de família, justificam o maior número de tipos de família encontrados (392), em relação ao número de inquiridos (279).

Como era de esperar, as *famílias predominantes* foram as famílias nucleares, seguidas pela díade nuclear, na maioria provavelmente sendo famílias transitórias, e pelas famílias unitárias, indiciador de isolamento / solidão e necessidade de recursos alternativos da sociedade em relação.

Continuou a manifestar-se a diversidade de tipos de família, justificando o estudo da caracterização da família e a posterior realização de planos de cuidados.

Quanto à **relação conjugal**, novamente todos os tipos de família descritos na metodologia do estudo foram identificados, reafirmando o seu reconhecimento e a importância subjacente às medidas a tomar, em plano de cuidados.

Os inquiridos não respondentes no item “relação conjugal”, dever-se-á ao facto de as respectivas famílias não abrangerem conjugalidade.

Novamente, a caracterização e a metodologia de estudo instituída, em que qualquer família pode apresentar características pertencentes a um ou vários tipos de família, justificam o maior número de tipos de família encontrados (296), em relação ao número de inquiridos (279).

Regista-se e saúda-se o facto de a *família predominante* ser a família companheirismo, tradutora da assumpção da igualdade de género na sociedade desenvolvida e na compreensão dessa qualidade e vantagem no clã familiar, bem como o *tipo de família menos numeroso* fosse a família fortaleza, até pela omissão da família paralela nessa posição, apesar do seu encerramento ao exterior.

Continua a admitir-se que, por impreparação, alguns inquiridos/as não seleccionassem sempre de forma adequada, quando a sua família apresenta características pertencentes a um ou vários tipos de família, confundindo critérios, particularmente na subselecção dos subtipos, constituindo um viés do estudo.

Quanto à **relação parental**, foram identificados todos os tipos de família apresentados nas hipóteses, novamente comprovativo da sua detecção, existência formal e relevo a determinar.

Os inquiridos não respondentes no item “relação parental”, dever-se-á ao facto de as respectivas famílias não abrangerem parentalidade.

Houve menor número de tipos de família encontrados (236), em relação ao número de inquiridos (279), apesar de a caracterização e a metodologia de estudo instituída, em que qualquer família pode apresentar características pertencentes a um ou vários tipos de família, por não existência de parentalidade em várias famílias.

Novamente, a atestar o rigor e adequação das regras de funcionalidade familiar, sistematizadas e científicas, a par da solidez e firmeza do(s) conceito(s) de família na sociedade em que nos inserimos, ambos já referidos, a família predominante foi a família equilibrada (família estável).

Voltou a verificar-se a *predominância* da família superprotectora, entre as famílias instáveis, com as tendências já referidas, aqui ampliadas pela dimensão da amostra e por se tratar de uma lista de utentes agrupados por famílias, região geográfica e assistencial. A par desta predominância, a *família menos numerosa* foi novamente a família permissiva, já reconhecida pelos inquiridos/as jovens, o que atesta a boa performance da sua detecção e conciliação de juízos, independentemente de as gerações serem diferentes.

B.1.3 – Quanto à **caracterização dos tipos de família**, no universo de 420 famílias da *lista de utentes*, em que foi estudada uma amostra de 400 famílias (95,2% das famílias da lista), constata-se a amplitude da amostra, extensa, claramente significativa, tradutora de intensa apreciação e estudo, mais-valia por representativa no panorama da sociedade portuguesa e europeia, englobando núcleos familiares diversificados em socio-demografia, incluindo misto urbano e rural.

A primeira ilação, relevante, é que *todos* os tipos de família definidos pela literatura internacional já citada (incluindo os tipos de família criados e publicados por Caniço *et al*), foram identificados e caracterizados, constituindo a comprovação da sua actualidade

e adequação da classificação dos tipos de família apresentados, sem prejuízo de outros estudos complementares ou paralelos.

A *familisofia* e a *famililogia* saem enriquecidas, pelo facto de os estudos quantitativos conhecidos não se referirem apenas aos 5 tipos de família *principais*, e integrarem 34 tipos de família, objurgando a classificação de “*outras famílias*”, pela falta de clareza e rigor científico, insensibilidade humana e ausência de perspectivas de intervenção familiar, quanto a essa designação.

Não há famílias boas ou famílias más, há famílias que precisam de boa caracterização e identificação, de forma que o plano de cuidados à família, no seu todo, seja estabelecido com apropriação e partilha, reforçando os poderes agregadores da família, ampliando a dinâmica de coesão familiar, estimulando as competências dos elementos da família e eliminando os factores perturbadores da homeostase.

Quanto à **estrutura / dinâmica global**, houve 72,2% das famílias identificadas nos chamados 5 tipos de família *principais* (família nuclear, família reconstruída, família alargada, família monoparental e família unitária), quanto à estrutura / dinâmica familiar.

Houve 27,8% de famílias então incluídas em outros estudos como “*outras*” (famílias com prole extensa, famílias com fantasma, díade nuclear, famílias consanguíneas, famílias dança a dois, famílias com dependente, famílias acordeão, famílias flutuantes, famílias de co-habitação, famílias descontroladas, famílias grávidas, famílias homossexuais, famílias múltiplas, famílias comunitárias, famílias hospedeiras e famílias adoptivas), que foram classificadas, identificadas e apresentadas estatisticamente, o que traduz mais um avanço na epidemiologia das famílias, preditivo da abolição do conceito “*outras famílias*”.

A caracterização e a metodologia de estudo instituída, em que qualquer família pode apresentar características pertencentes a um ou vários tipos de família, justificam o maior número de tipos de família encontrados (496), em relação ao número de famílias estudadas (400).

Como também era de esperar, as *famílias predominantes* foram as famílias nucleares, seguidas pelas famílias unitárias, famílias reconstruídas e famílias com dependente, o que já não seria tão previsível.

Comprova-se que a família *nuclear* é o cerne do tipo de famílias e sua riqueza, potencialidades e satisfação, mas pode ser também o cerne da questão, quanto à retracção de perfis individuais, possível disfunção, rotura e drama.

A família *unitária*, embora tenha origens diversas, é relevante em número e projecção do seu estatuto, e consequências em filosofia de vida, oportunidade e resultados externos.

A frequência das famílias *reconstruídas* no numerário e a sua representatividade, são imparáveis na sociedade portuguesa, ligada à aceitabilidade de pessoas e regime, e ao atingimento do objectivo de felicidade.

As famílias *com dependente*, as famílias *descontroladas*, as famílias *com fantasma*, as famílias *consanguíneas* e as famílias *múltiplas* representam quadro de perturbação, cada uma a seu nível, em que urge intervenção em saúde, promoção de estilos de vida saudável, apoios institucionais, regulação estatal e civil da sociedade, combate à ilicitude e crime.

A família *grávida*, a *díade nuclear*, as famílias *alargadas*, as famílias *com prole extensa*, representam fases do ciclo de vida e suas potencialidades, mas também riscos e vulnerabilidades em que a vigilância em saúde pode constituir a detecção e a prevenção de crise.

Da mesma forma, as famílias *acordeão*, famílias *dança a dois*, famílias *homossexuais* e famílias *flutuantes*, em contexto de ocasião, período ou mudança de vida, precisam de apoio em saúde, dinâmica familiar e rede social.

As famílias de *co-habitação*, as famílias *comunitárias*, as famílias *hospedeiras*, as famílias *adoptivas*, conforme a sua caracterização, todas justificam reflexão sobre vivência gregária e grupal.

A família **nuclear** (40,1%) continua a ser família padrão, em que os seus elementos se sentem integrados, objectivo de vida, equilíbrio e bem-estar, mas não significando estado de bem-estar absoluto por inerência, não ignorando factores preditivos de disfunção, não sendo obrigação por definição.

A frequência das famílias **unitárias** (13,5%) pode ser sinónimo de exercício de autonomia e independência, fruto de boa articulação e inserção social e facilidade de aquisição de bens e serviços, mas também pode ser preocupante se há isolamento e solidão, desenraizamento ou perturbação, ausência de quadro de apoio e de recursos económicos.

A relevância das famílias **reconstruídas** (6,9%) é demonstrativa de novos paradigmas de sociedade, em que a recomposição familiar é menos atingida por tabus ou crenças imutáveis, tem factores de proximidade, proporciona reequilíbrio e usufruto, mas pode ser mais susceptível por existência de fontes de conflito, história traumática, ou situações de oportunidade indesejada.

As famílias **com dependente** (6,5%), serão uma consequência do aumento da esperança e da qualidade de vida, inerente à melhoria dos cuidados de saúde e da evolução da ciência, mas podem representar uma sobrecarga para o cuidador, um factor de risco para o equilíbrio familiar, uma não garantia de cuidados devidos em sofrimento.

As famílias **monoparentais** (6,3%), oriundas de mãe solteira, viuvez ou dissolução de união conjugal, terão consolidação de laços entre cuidador e cuidado(s), mas também poderão evidenciar ausência de uma das figuras tutelares, com sentimento de perda não ultrapassado, revolta por não apoio presente, ou frustração por não fruição afectiva.

As famílias **alargadas** (5,4%), têm tendência para a diminuição, por autonomia geracional, capacidade económica ou egocentrismo, embora subsistam por contexto social, gestão económico-financeira ou altruísmo.

A **díade nuclear** (4,6%) pode ser uma família em transição, união assumida ou situação provocada por intercorrência sem retorno, e pode gerar disfunção familiar, conduzir a relações alternativas da parentalidade, ou levar à formulação de novos objectivos do agregado familiar ou sociais.

As *famílias descontroladas* (4,4%), têm adaptação ao problema crónico necessária mas nem sempre suficiente, têm vivência com sofrimento, risco de conflitualidade acrescido, e nem sempre se estruturam para o problema crónico, reagem por impulsos a episódios, perdem regras e fronteiras.

As *famílias com fantasma* (4,2%), têm a tristeza e a revolta por vezes associadas, a melancolia e a frustração como pensamentos demasiado presentes, ou o conformismo como objectivo não alcançável, e podem prejudicar a dinâmica familiar, perder capacidade afectiva não circunstancial, desvalorizar quotidiano e tarefas.

As *famílias acordeão* (2,0%), menos frequentes mas com provável recrudescimento por razões laborais e económicas, readquirem novo incentivo à vida e coesão familiar, assumem uma etapa de vida por razões pessoais ou humanitárias, ou distanciam-se também da unidade familiar, adaptam-se a novos contextos e realidades, constituem novos agregados familiares.

As *famílias de co-habitação* (1,6%), adquirem regras organizadas de convivência comum, consolidam princípios de urbanidade e valores, constroem relações sólidas e impactu, ou vivem o dia-a-dia sem laços nem futuro, surgem dissensões de perfil ou conflitos de personalidade.

As *famílias homossexuais* (1,0%), organizam-se pela orientação sexual e objectivos, adaptam-se ao meio social por vezes segregador, prosseguem a complementaridade vida pessoal / profissão, ou perdem-se na incerteza da identidade, sofrem com a intolerância, fazem má gestão de sentimentos e direitos individuais.

A *família dança a dois* (1,0%), constitui uma estrutura familiar em construção, procura funções individuais adequadas para o seu estatuto, vivencia sentimentos de proximidade relativa em consolidação, ou constitui um recurso de família sem alternativas, cada um é como cada qual, a transição é objectivo.

A *família com prole extensa* (0,8%), cada vez menos frequente, sentido de unidade e coesão em multiplicidade, número de elementos a serem geradores de mais despesa e menos receita e escassos apoios, e conceito ideológico de supremacia da natalidade, ou então saúde reprodutiva sem limites e eficácia, estatuto económico e classe baixa, desregulação da natalidade.

As *famílias consanguíneas* (0,8%) existem, configurando situações de risco em saúde em colateralidade, perturbação mental e / ou perfil e acto de crime em consanguinidade directa, sem alternativas senão a educação para a saúde, a intervenção psicológica e social e actuação de autoridade se ilicitude.

As *famílias flutuantes* (0,6%), por razões laborais e geográficas, quadro de instabilidade emocional, dificuldade na logística e estruturação do agregado, podem conduzir a perda de afectividade, risco de (des)emprego, separação dos elementos.

As *famílias múltiplas* (0,6%), em quadro assumido ou desconhecido pelos intervenientes, geram rivalidade e competição dos agregados, acréscimo de encargos económicos, insatisfação personalizada e rotura familiar.

As *famílias grávidas* (0,6%), em quadro de baixa natalidade, constituem um estado de expectativa e fenómeno de criação, estado “interessante” por alegria e satisfação generalizada, período de inovação e adaptação, ou então sentido de impreparação da maternidade, um problema de saúde se gravidez indesejada, quadro negativo de ausência de um dos (não) envolvidos.

As *famílias adoptivas* (0,4%), são raras, a que não será alheia a relação desigual oferta / procura e os mecanismos de regulação, havendo boa integração e reforço do equilíbrio familiar, ganho social em afecto e segurança, novas oportunidades para os elementos, mas poderá haver inquietude por origem biológica, comportamentos incontrolados, disfunção acrescida.

As *famílias comunitárias* (0,4%) persistem, com reforço de objectivos comuns, desenvolvimento harmonioso e disciplinado, espírito de clã na organização social, mas por vezes com grau de desconfiança na relação, princípios arreigados conflituosos, xenofobia ainda.

A *família hospedeira* (0,2%) retrata a temporalidade, com vantagem para mútuo conhecimento e acolhimento, aquisição de sentimentos de proximidade, e resolução de situação social, mas com potencial inadaptação, separação difícil ou desregulação de práticas.

A diversidade de tipos de família identificados, poderá ter sido influenciada pela *multiculturalidade* (realidade enriquecedora da evolução da sociedade e novas fontes de criação e produção) e pela *globalização* (suas inerências e suas consequências).

Na III Escola de Verão, na Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, o Alto Representante das Nações Unidas para a Aliança das Civilizações, Jorge Sampaio, referia que “*o diálogo entre civilizações, religiões e culturas tornou-se uma urgência humanitária que não pode ser adiada*” (Diário As Beiras, 2012).

Quanto à **relação conjugal**, na extensa amostra de 400 famílias, os 373 tipos de família registados, incluem todos os tipos de família descritos na metodologia do estudo.

A caracterização e a metodologia de estudo instituída, em que qualquer família pode apresentar características pertencentes a um ou vários tipos de família, justificam o número de tipos de família encontrados (373), em relação ao número de famílias estudadas (400), e em que foram consideradas apenas 238 famílias, por 182 famílias não serem abrangidas por conjugalidade.

As *famílias predominantes* foram a família companheirismo, seguida de muito perto pela família moderna assim especificada sem subdivisão em outro subgrupo, constituindo no seu conjunto 79,1% das famílias, e sendo as *famílias menos numerosas* as famílias fortaleza.

As famílias *tradicionais* merecem acompanhamento parcimonioso, dada a evolução social criar exigências que não são compatíveis com a capacidade adaptativa e de regulação da práxis familiar.

O número de *famílias paralelas* (6,2%) é preocupante, a exigir o empenhamento do exercício profissional do médico de família, a partilha entre a “compliance” dos elementos da família e a empatia do profissional, com recurso em plano de cuidados a intervenção do médico de família e eventual terapia familiar por ele prestada se estiver preparado, ou por outro profissional de saúde habilitado.

Comprova-se assim que, sendo quase 4/5 das famílias *companheirismo* e *modernas*, segundo a relação conjugal, existem condições para a relação conjugal satisfatória, ser fonte de união afectiva, prazer estabelecido, pólo comunitário de referência, mudança

positiva para a sociedade e avanço civilizacional, abonatório para o conceito de igualdade de género e passos seguintes, em igualdade de oportunidades.

Constata-se também que 1/5 das famílias segundo a relação conjugal, estão desajustadas nos parâmetros de evolução e organização familiar, traduzem premonição para acontecimentos infaustos, e podem produzir sequelas e atitudes de confrontação comunitária e / ou social.

As *famílias companheirismo* (40,2%), em dominância como se verifica, representam satisfação pessoal e profissional a par da união conjugal, ultrapassando definitivamente mitos e séculos de preconceitos de superioridade, credibilizando a dignidade do ser humano e sendo exemplo positivo para pares e novas gerações.

As *famílias modernas* (38,9%), sem a especificação precedente, são ainda assim, a chancela da igualdade de género sem igualdade de oportunidades (esta a conseguir), embora limitadas por resquícios de educação prévia geracional ou em fase transitória de adaptação para nova definição de tipo de família, mais aberta.

As *famílias tradicionais* (9,9%), retratando pessoas mais velhas no seu âmbito, existem por autenticidade sem capacidade de adaptação do casal, revivalismo presente e noção de protectorado (masculino, habitualmente), ideologia ditatorial sem aceitação de idiosincrasias (maioritariamente masculino), ou estado de equilíbrio interpares, embora possa ser estável ou instável.

As *famílias paralelas* (6,2%), representam uma situação de conformismo mútuo do casal, os interesses personalizados dos seus membros sem objectivos comuns, um quadro latente de rotura afectiva na relação, ou são estados progressivos de deterioração de sentidos e sentimentos, a irritabilidade e o conflito permanente bilateral, os elos e a união conjugal em vias de extinção próxima.

As *famílias associação* (2,7%), são uma parcela do estatuto de conveniência, o egocentrismo secundarizando a unidade familiar, os resultados dominando os meios, em detrimento da identidade conjugal, do conclave familiar, da gestão e controlo da liberdade colectiva do agregado familiar (com influência nos descendentes).

As *famílias fortaleza* (2,2%), menos numerosas mas existentes, são sólidas no interior, fechadas à inovação, encerradas ao exterior, mas também são famílias com rigidez normativa, sem ajuda nas fases do ciclo de vida, em equilíbrio instável.

Quanto à **relação parental**, neste extenso universo já referido de 400 famílias, os 238 tipos de família registados, incluem todos os tipos de família descritos na metodologia do estudo.

A caracterização e a metodologia de estudo instituída, em que qualquer família pode apresentar características pertencentes a um ou vários tipos de família, justificam o número de tipos de família encontrados (238), em relação ao número de famílias estudadas (400), e em que foram consideradas apenas 232 famílias, por 188 famílias não serem abrangidas por parentalidade.

As *famílias predominantes* foram as famílias equilibradas (73,1%), seguida a longa distância pelos outros tipos de família (sem grande discrepância percentual entre si, mas ainda assim 26,9%), sendo as famílias menos numerosas as famílias centradas nos pais.

Comprova-se assim que a grande maioria das famílias, segundo a relação parental, são famílias *equilibradas / estáveis*, o que se regista como evidência, com satisfação e agrado pela sua capacidade, fruição e contributo social, gerador de bem-estar também na comunidade.

Constata-se também que o número de famílias instáveis, segundo a relação parental, justificam preocupação e necessidade de planos de intervenção familiar e social, de forma a adquirirem a sua estabilidade interna e não provocarem convulsões com impacto negativo no agregado e na sociedade, quiçá com perturbações mentais e criminalidade.

As *famílias equilibradas* (73,1%), são um conceito de normalidade não só aparente, um preditor de sucesso no desenvolvimento harmonioso dos filhos, uma valorização da relação e objectivos de auxílio, mas podem ser também sujeitas a estímulos stressores, a circunstâncias desencadeadoras de disfunção, a mudanças fracturantes.

As *famílias superprotectoras* (7,6%), limitam ou inibem o crescimento saudável dos filhos, formulam-lhes apoio desmesurado, banalizam as suas vivências autónomas, não

controlando a fisiologia humana, não protegendo os filhos de todos os riscos, não permitindo a sua independência.

As *famílias centradas nos filhos* (5,9%), praticam a idolatria nos filhos, os filhos são o centro do universo em todas as situações, deformam a união conjugal, não têm auto-estima e auto-imagem dos pais, os filhos são o objectivo de vida em si, os pais não têm vida própria.

As *famílias permissivas* (5,0%), não têm regras nem fronteiras, não exercem a autoridade do “pater famílias”, originam e permitem comportamentos desviantes nos filhos, os filhos lideram a relação familiar e querem liderar meio externo onde se evidenciam.

As *famílias rígidas* (2,9%), funcionam em autoritarismo e ditadura de conceitos e práticas, reagem mal a factores imprevistos, colidem com autonomia, liberdade e independência, sofrem com o radicalismo, mostram incapacidade de reacção e sentimentos de compreensão.

As *famílias sem objectivos* (2,9%), mostram ignorância de objectivos e metas, têm confusão quanto a discriminação e execução, não estabelecem relação parental / filial, colocam em causa a família como sistema.

As *famílias centradas nos pais* (2,5%), ignoram o compromisso e responsabilidade parental, os pais vivem no seu mundo profissional e / ou pessoal, os pais são egoístas, os filhos sentem-se perdidos.

B.2 - Questionário “Apgar saudável” aplicado na Amostra da Lista de utentes do Autor

1 – A amostra obtida de 279 respondentes em 420 inquiridos/as do universo de famílias da Lista de utentes do Autor (**66,4%**), é significativa, atendendo ao valor epidemiológico, ao espaço de tempo de aplicação, à duração do tempo de resposta ao questionário, à amplitude do público-alvo quanto à sua diversidade etária, cultural e profissional, e aos objectivos do questionário relacionado com exposição de opiniões pessoais que poderiam condicionar intimismos.

2 – A taxa de não resposta aplicável às hipóteses testadas foi de **18,2%**, tendo variado entre 0% e 39,1%.

A taxa de não resposta em cada Grupo de Perguntas foi, quanto à realização pessoal, 9,5%, quanto à família, 3,3%, quanto ao trabalho, 34,8%, quanto aos amigos, 15,5%, quanto à sociedade, 16,7%, quanto aos estilos de vida, 13,7%, e quanto às morbilidades, 16,9%.

3 - Comprova-se assim a *adequação* do questionário, tendo em conta o grau de dificuldade de resposta e a abrangência diferenciada do grau intelectual e da situação laboral, dado a taxa de resposta ter sido massiva (**81,8%**).

4 – A *média de pontuação global de respostas às hipóteses testadas* numericamente foi de **3,68** pontos, na escala de 1 a 5, correspondendo na classificação importante / contributo / valoriza / aprecia / estima / satisfatório, como *importante / muito importante*.

5 - A *média de pontuação por grupos de respostas às hipóteses testadas* numericamente na escala de 1 a 5, correspondendo a importante / contributo / valoriza / aprecia / estima / satisfatório, foi, quanto à realização pessoal (78,12) - **3,91**, quanto à família (8,74) – **4,37**, quanto ao trabalho (92,41) - **3,65**, quanto aos amigos (69,6) - **3,48**, quanto à sociedade (87,8) – **3,51**, quanto aos estilos de vida (89,92) – **3,60**, e quanto às morbilidades (58,95) – **3,94**, correspondendo a *importante / muito importante*.

Quanto à família (satisfação + funcionalidade) a pontuação foi 4,37, correspondendo a *importante / muito importante / mais importante*.

6 – Quanto às *hipóteses testadas* (132), 121 hipóteses (**91,7%**) tiveram pontuação superior a 2,5, correspondendo a *moderadamente importante / importante / muito importante / mais importante*, previamente considerado como critério automático para avaliação posterior para o questionário final, demonstrativo da escolha adequada das hipóteses sujeitas a questionário.

7 – As 10 hipóteses testadas no *pré-teste* (7,6%), que obtiveram pontuação inferior a 2,5, sendo portanto consideradas *menos e pouco importantes* pelos inquiridos/as, foram:

- **Ter actividades de competição e prémios**, no seu espaço de lazer (Realização pessoal)

- **Ser origem de conflitos, quer no trabalho quer na família**, quanto à influência do trabalho e a família (Trabalho)
- **A aparência e a capacidade de atracção física**, quanto às qualidades e capacidades dos amigos (Amigos)
- **A participação em redes sociais** (facebook, twitter, ...), quanto às actividades dos amigos (Amigos)
- **Não terem actividades de comunicação por sistema**, quanto às actividades dos amigos (Amigos)
- **Aceitarem “cunhas” e resolverem os seus problemas**, quanto à importância e influência dos amigos na sua vida (Amigos)
- **Ignorar os movimentos de opinião e acção social**, quanto ao que faz ou poderia fazer a favor da sociedade (Sociedade)
- **Ignorar os problemas sociais, não correndo riscos desnecessários a fazer actividades a que não é obrigado**, quanto à motivação e preocupações sociais (Sociedade)
- **Os clubes desportivos** (futebol, etc.), quanto aos tipos de organizações, instituições e associações (Sociedade)
- **A vida social é melhorada pelo consumo de tabaco, álcool ou substâncias que alteram o estado orgânico e psíquico**, quanto aos hábitos indicados e ao prejuízo que representam para a saúde física e mental (Estilo de vida).

As 11 hipóteses testadas na *amostra* (8,3%), que obtiveram pontuação inferior a 2,5, sendo portanto consideradas *menos e pouco* importantes pelos inquiridos/as, foram exactamente as mesmas que as hipóteses colocadas no pré-teste, excepto:

- A substituição dos clubes desportivos (futebol, etc.), quanto aos tipos de organizações, instituições e associações, pelos **partidos políticos (qualquer que seja)** (Sociedade).
- O aditamento de, **considerando a política como acto de cultura, a participação em comícios, sessões de esclarecimento ou convívios partidários ou acções organizadas da sociedade civil / movimentos cívicos**, como o modo de participação em actividades culturais influencia a saúde (Estilos de vida).

Verifica-se, assim:

1 – A grande maioria das hipóteses colocadas e verificadas (91,7%), traduzem a *importância* na vida das pessoas, em saúde, doença e estilos de vida, e no seu enquadramento pessoal, familiar, laboral, dos amigos e social.

2 – A *similitude* das respostas às hipóteses colocadas nas 2 amostras, em grupo-alvo específico e representativo menos alargado (os jovens), comparativamente à população total (98,5%), ao considerar moderadamente importante / importante / muito importante / mais importante, as mesmas hipóteses, com as 2 exceções já indicadas (1,5%).

3 - A *pontuação entre 2 e 2,5* que já confere algum grau de importância (grau 2 de importância define pouco / algo, conforme a hipótese considerada), em 5 das 11 hipóteses com pontuação inferior a 2,5.

4 – As *hipóteses que obtiveram pontuação inferior a 2,5*, colocadas por realismo ou absurdo, também como mecanismo de atenção, controlo e aferição dos respondentes, ao serem desvalorizadas / rejeitadas pelos inquiridos/as, tiveram correspondência nos resultados.

5 – Tal implica, a reestruturação da(s) hipótese(s) colocada(s) na amostra e no universo selecionado, que obtiveram pontuação inferior a 2,5, aplicando-a(s) no questionário final, adaptada(s) ou contraditória(s) por evidência de resultados.

6 – Assim, confirmam-se **121** hipóteses testadas no questionário apresentado (91,7%), mantendo-as no questionário final, validado.

7 - Das 11 hipóteses testadas na amostra (8,3%), que obtiveram pontuação inferior a 2,5, sendo portanto consideradas menos e pouco importantes pelos inquiridos / as, **4** hipóteses mantêm-se como hipótese no questionário final, independentemente da opinião da amostra, dada a sua existência real que não pode ser sonogada, não ser uma questão de atitude mas de característica e / ou organização social, e por não ter havido alternativas em número significativo de hipóteses a colocar, que permitisse a sua substituição:

– **A aparência e a capacidade de atracção física**, quanto às qualidades e capacidades dos amigos (Amigos)

– **A participação em redes sociais** (facebook, twitter, ...), quanto às actividades dos amigos (Amigos)

– Os **partidos políticos (qualquer que seja)**, quanto aos tipos de organizações, instituições e associações (Sociedade)

- **Considerando a política como acto de cultura, a participação em comícios, sessões de esclarecimento ou convívios partidários ou acções organizadas da sociedade civil / movimentos cívicos**, como o modo de participação em actividades culturais influencia a saúde (Estilos de vida)

8 - As restantes **7** hipóteses testadas na amostra, que obtiveram pontuação inferior a 2,5, sendo portanto consideradas menos e pouco importantes pelos inquiridos/as, são reformuladas e adaptadas como hipóteses no questionário final, dada a rejeição da amostra à formulação e à atitude expressa, com integração do contraditório por afirmativo ou negativo claramente demonstrado, e também por não ter havido alternativas em número significativo de hipóteses a colocar, que permitisse a criação de hipóteses com fundamentos não expressos.

Assim, as hipóteses definitivas do questionário que serão consideradas, são:

– **Não ter actividades de competição e prémios**, no seu espaço de lazer (Realização pessoal)

– **Não ser origem de conflitos, quer no trabalho quer na família**, quanto à influência do trabalho e a família (Trabalho)

– **Terem actividades de comunicação por sistema**, quanto às actividades dos amigos (Amigos)

– **Não aceitarem “cunhas” e resolverem os seus problemas**, quanto à importância e influência dos amigos na sua vida (Amigos)

– **Não ignorar os movimentos de opinião e acção social**, quanto ao que faz ou poderia fazer a favor da sociedade (Sociedade)

– **Não ignorar os problemas sociais, mesmo correndo riscos a fazer actividades a que não é obrigado**, quanto à motivação e preocupações sociais (Sociedade)

– **A vida social não é melhorada pelo consumo de tabaco, álcool ou substâncias que alteram o estado orgânico e psíquico**, quanto aos hábitos indicados e ao prejuízo que representam para a saúde física e mental (Estilo de vida)

8 - A *pontuação média de cada hipótese testada e grau de importância / contributo / valorização / apreciação / estima / satisfação* foi já apresentada e especificada,

ressaltando-se novamente a percentagem muito elevada de respostas a cada hipótese e a sua distribuição pelos graus de importância já descritos.

9 – Houve *caracterização socio-demográfica* representativa, em género, estado civil, agregado familiar (habitação), idade, profissão e habilitações literárias, com números quantitativos e qualitativos de boa amplitude.

10 – Os *resultados* permitem-nos ainda divulgar, por consequência, o que pensam os inquiridos, constituindo um retrato da sociedade em Portugal, e da posição do cidadão perante a sua pessoa e a organização social que o / a envolve.

Assim:

10.1 – A **saúde mental** é o *mais importante* para os portugueses, quanto à sua saúde, seguindo-se a saúde física, a saúde familiar e a saúde afectiva, sendo o *menos importante* a saúde sexual.

10.2 - **Ter objectivos de vida** é o que *mais contribui* para o bem-estar dos portugueses, seguindo-se a capacidade de realização / acção, ter profissão e emprego adequados, e ter boa situação económico-financeira, sendo o *menos importante* a rede de relações humanas.

10.3 - **Ser útil aos outros (família, amigos, sociedade)** é o que os portugueses *mais valorizam / apreciam* no seu espaço de lazer, seguindo-se ter repouso, fruição e tranquilidade, adquirir formação complementar ou específica (estudar, aprender), e ter hobbies / entretenimentos, imagem, som, colecções e bricolage, sendo o *menos importante* as actividades de competição e prémios.

10.4 – **Ser responsável, empenhado, dedicado** é o que os portugueses *mais valorizam / estimam* nas características do seu perfil, seguindo-se ser tranquilo, ponderado e equilibrado, ser alegre, divertido e comunicador, e ser solidário, ter emoção e ser ou estar apaixonado, sendo o *menos importante* o sentido da descoberta e o interesse pela inovação e aventura.

10.5 – A maioria dos inquiridos, estão **satisfeitos com a sua família**, embora apenas 57,8% estejam *muito satisfeitos*, e haja 5,6% que estão *pouco satisfeitos* ou *insatisfeitos* com a sua família.

10.6 – A maioria dos inquiridos (63,8%), consideram a sua **família funcional** sem limitações, sendo que 13,4% dos portugueses consideram a sua família já **disfuncional** ou com limites de funcionalidade, e 8,8% pretendem **mudanças** na sua família.

10.7 – A **profissão, que consideram adequada à sua formação**, é o que os portugueses consideram *mais importante / satisfatório*, quanto ao seu estatuto profissional, seguindo-se o trabalho e emprego que consideram adequados ao seu gosto, o local de trabalho e a duração e o horário de trabalho, sendo o *menos importante* as condições logísticas e de materiais no trabalho.

10.8 - O **ambiente de trabalho em harmonia sem conflitualidade**, é o que os portugueses consideram *mais importante / satisfatório*, quanto às relações laborais, seguindo-se a organização do trabalho produtivo, partilhado e saudável, as relações humanas com o público, fornecedores externos e outros contactantes, e a relação profissional com a entidade patronal e seus responsáveis, sendo o *menos importante* a relação de proximidade com os colegas de trabalho.

10.9 - **Assegurar a sua sustentabilidade e da família**, é o que os portugueses consideram *mais importante*, quanto à sua remuneração, seguindo-se estar satisfeito com a remuneração que se tem e ser adequada ao seu valor, não ter preocupação com o valor da remuneração necessária e suficiente, e garantir remuneração avultada e adquirir e fazer o que não necessita mas gosta, sendo o *menos importante* acumular mais trabalhos e empregos, para ter melhor remuneração.

10.10 – **Ter as mesmas oportunidades que os colegas para idênticas qualificações**, é o que os portugueses consideram *mais importante*, quanto à igualdade de oportunidades, seguindo-se ser promovido por mérito ou antiguidade, para incentivo e realização no trabalho, não haver discriminação do género masculino e feminino no trabalho, e ser valorizado como recurso humano, em detrimento dos materiais e meios de produção, sendo o *menos importante* a obtenção de dividendos para melhor estatuto económico.

10.11 - O **trabalho não interferir com a afectividade familiar**, é o que os portugueses consideram *mais importante*, quanto à influência do trabalho e a família, seguindo-se o facto de haver factor de equilíbrio quer no trabalho quer na família, haver independência total do trabalho em relação à família, e a família não alterar a produtividade do trabalho, sendo o *menos importante* o trabalho ser origem de conflitos, quer no trabalho quer na família.

10.12 - **Demonstrar afeição, estima, companheirismo**, é o que os portugueses *mais apreciam*, quanto às características dos seus amigos, seguindo-se serem disponíveis, dedicados e amigos da família, terem apreço, gosto e interesse não material, e serem aliados, divertidos e distraírem-no, sendo o que *menos apreciam* o facto de terem causas comuns, incluindo causa social, clube e / ou partido.

10.13 – **A capacidade de compreensão e interajuda**, é o que os portugueses *mais valorizam*, quanto às qualidades e capacidades dos seus amigos, seguindo-se a confiança e segurança que os amigos lhe transmitem, o seu conhecimento e competência pessoal e / ou profissional, e a sua experiência pessoal e / ou profissional, sendo o que *menos valorizam* a aparência e capacidade de atracção física.

10.14 – **A participação em grupos de intervenção / acção (causas sociais, voluntariado, solidariedade)**, é o que os portugueses *mais valorizam*, quanto às actividades dos seus amigos, seguindo-se os amigos serem úteis de forma individual e não estarem organizados, a participação em grupos de reflexão (análise científica, técnica, política, ambiental, etc.), e os amigos não terem actividades de comunicação por sistema, sendo o que *menos valorizam* a participação em redes sociais (facebook, twitter, etc.).

10.15 - **Darem ânimo e estímulo, combatendo o abatimento e a tristeza**, é o que os portugueses *mais valorizam*, quanto à importância e influência dos amigos na sua vida, seguindo-se os amigos serem bons para ouvir os desabafos e ponderados nas apreciações, terem uma vida exemplar, em qualidade, capacidade e moral, e motivarem-no para agir, ter iniciativas e acompanharem-no com frequência, sendo o que *menos valorizam* a aceitação das “cunhas” para resolver os seus problemas.

10.16 – **Ser solidário com causas, princípios e valores da comunidade**, é o que os portugueses consideram *mais importante*, quanto ao que fazem ou poderiam fazer a

favor da sociedade, seguindo-se apoiar iniciativas de grupos sem se envolver demasiado, ser activista, ter intervenção comunitária e agir individualmente, e ser dirigente associativo, líder de grupo e ser mobilizador, sendo o *menos importante* o facto de ignorar os movimentos de opinião e acção social.

10.17 - **Ser voluntário é ser solidário** é o que os portugueses consideram *mais importante*, quanto ao voluntariado, seguindo-se o facto de as organizações de voluntariado não promoverem fins indevidos, cumprirem uma missão útil e ocasional, e que os voluntários não tenham protagonismo e publicidade, sendo o *menos importante* o facto de a pessoa se sentir bem consigo fazendo o que lhe apetece.

10.18 - **Combater a pobreza e exclusão social dando o seu contributo em esforço ou económico**, é o que os portugueses consideram *mais importante*, quanto à sua motivação e preocupações sociais, seguindo-se ser voluntário e apoiante activo de causas e ideias de forma regular ou não, e ter motivação e / ou interesse para participação activa em clubes desportivos, grupos culturais, agremiações recreativas, associações cívicas, partidos políticos ou organizações humanitárias, sendo o *menos importante* ignorar os problemas sociais, não correndo riscos desnecessários a fazer actividades a que não é obrigado.

10.19 - **As organizações humanitárias (ONGD, IPSS, etc.)** são o que os portugueses consideram *mais importante*, quanto à classificação dos tipos de organizações, instituições e associações, seguindo-se os grupos culturais (teatro, cinema, literatura, folclore, etc.), as associações cívicas (comissões, causas, petições, etc.), as agremiações recreativas e de lazer (jogos, torneios, outras diversões), e os clubes desportivos (futebol, etc.), sendo o *menos importante* os partidos políticos (qualquer que seja).

10.20 - **Reduzir os factores de risco humano e vulnerabilidade pessoal e familiar**, é o que os portugueses consideram *mais importante*, quanto ao que acham que a sociedade deve contribuir para si, seguindo-se dar-lhe segurança e apoio social e evitando a solidão, dar-lhe os meios de bem-estar biológico e psíquico necessários e suficientes, e promover e desenvolver a cultura, a arte e o lazer, sendo o *menos importante* proporcionar-lhe recursos económico-financeiros.

10.21 - **A alimentação e a nutrição devem ser equilibradas e de qualidade para proteger a saúde**, é o que os portugueses consideram *mais importante*, quanto à importância da alimentação e nutrição na sua saúde e bem-estar, seguindo-se que o aconselhamento alimentar deve ter em conta o stress do dia-a-dia e a situação de saúde (ou doença) de cada pessoa, a alimentação (alimentos, confecção e indústria) deve ter custos baixos para satisfazer a procura e a necessidade, e o aconselhamento alimentar deve ter em conta o trabalho da pessoa, a sua capacidade económica e os recursos logísticos ao seu dispor, sendo o *menos importante* que a alimentação e nutrição devem ter quantidade, espécie e paladar que proporcionem bem-estar pessoal e social.

10.22 - **É ou deve ser uma prioridade na prevenção, cura e reabilitação de doenças da civilização**, é o que os portugueses consideram *mais importante*, quanto à importância do exercício físico para a sua saúde e bem-estar, seguindo-se o facto que deve ter em conta eventuais limitações de mobilidade e outras doenças já existentes, é ou deve ser adaptado às características físicas e ao perfil psicológico da pessoa, e é ou deve ser de tipo, intensidade e duração, conforme cada pessoa individualizada, sendo o *menos importante* o facto de dever ser adaptado ao horário laboral, tempo de lazer e conveniência familiar.

10.23 - **O consumo de drogas leves ou duras conduz à perda de saúde e à viciação**, é o que os portugueses consideram *mais importante*, quanto ao tabagismo, abuso do álcool e consumo de drogas e ao prejuízo que representam para a sua saúde física e mental, seguindo-se que o abuso do álcool, agudo ou crónico, prejudica gravemente a saúde, mais cedo ou mais tarde, a vida familiar é afectada pelos hábitos nocivos, conduzindo ao conflito e à dissolução, e o tabagismo é um malefício, devendo ser completamente eliminado, sendo o *menos importante* que a vida social seja melhorada pelo consumo de tabaco, álcool ou substâncias que alteram o estado orgânico e psíquico.

10.24 - **A participação regular em espectáculos de música, cinema, teatro, ópera, dança, viagens e turismo cultural, etc.**, é o que os portugueses consideram *mais importante*, quanto ao modo como a participação em actividades culturais influencia a saúde, seguindo-se a participação em colóquios, seminários, conferências, jornadas, etc., envolvendo saúde e ambiente, a participação em actividades de bairro / condomínio, grupos regionais / festas populares, mostra de rua, feira e quermesses, e a participação

em congressos científicos e outras actividades relacionadas também com o trabalho, sendo o *menos importante* que, considerando a política um acto de cultura, a participação em comícios, sessões de esclarecimento ou convívios partidários ou acções organizadas da sociedade civil / movimentos cívicos.

10.25 - Os comportamentos de risco sexual, que envolvem consequências para os praticantes, parceiros e famílias, é o que os portugueses consideram *mais importante*, quanto à forma como o grau de promiscuidade afecta a saúde, seguindo-se, através do meio ambiente e da poluição química e sanitária que envolva a zona de habitação, através da habitação própria ou em uso, por ausência de condições de espaço, higiene e salubridade, e o ambiente de trabalho desregrado e indisciplinado, ou de opressão e limitação de direitos em saúde, sendo o *menos importante* a participação em grupos de rotura social, com utilização de agressividade, violência e espírito classista.

10.26 - Afectam a auto-imagem e a auto-estima, podem afectar a personalidade, perturbam a relação familiar, influenciam o meio ambiente e cultural da pessoa, é o que os portugueses consideram *mais importante*, quanto à forma como as doenças crónicas afectam a saúde, seguindo-se através dos sintomas, queixas e mal-estar, poder ter várias doenças, tomar muitos medicamentos e com efeitos secundários, pela inadaptação à dor e incapacidade, perda de amigos e laços familiares, desmotivação de trabalho e utilidade pessoal, e pela existência de complicações, expectativa de vida difícil e futuro incerto, a ideia assustadora de morte, sendo o *menos importante* pela preocupação quanto às condições de apoio institucional (apoio hospitalar, centro de saúde, apoio domiciliário, centro de dia, lar).

10.27 - Pela incapacidade física e motora, com perda de autonomia dessas funções, é o que os portugueses consideram *mais importante*, quanto à forma como as limitações da vida diária provocadas pela situação de doença são prejudiciais, seguindo-se pela limitação intelectual para organização da vida pessoal e familiar, pela dependência nas actividades de dia-a-dia – higiene, sustentabilidade económica e segurança, e pela perda da autonomia, emprego e capacidade de exercício profissional, sendo o *menos importante* pela perda da dinâmica e boa relação entre as pessoas, amigos e família.

10.28 - Quando há falta de apoio dos cuidados continuados da rede pública, é o que os portugueses consideram *mais importante*, quanto à forma como a acção dos

cuidadores de idosos e doentes crónicos lhes é prejudicial à sua vida pessoal, profissional e familiar, seguindo-se quando se altera a motivação, empenho, dedicação e afecto para os idosos e doentes crónicos, interfere com a vida profissional, suas responsabilidades e compromissos, e reduz a capacidade económica, com menos remuneração e menos regalias para os cuidadores, sendo o *menos importante* a redução da capacidade intelectual e de estudo e novas hipóteses de qualificação, graduação e emprego.

11 – Estes resultados constituem, para além da importância que eventualmente lhes for atribuída como **estudo académico**, um contributo para o diálogo, a tertúlia e o debate na **sociedade civil**, uma componente de interpretação em **saúde ocupacional e meio laboral**, um ponto de partida para **dinâmica de grupos em meio juvenil** nas escolas secundárias, uma **avaliação pedagógica em meio universitário** de outros ramos da ciência, e uma análise e reflexão para os meios decisórios de **poder** se o quiserem aproveitar.

12 – Assim, os pressupostos, a metodologia, o conteúdo do questionário aplicado na amostra e seu universo, a sua análise e os resultados da sua aplicação, fundamentam a **criação e aplicação do Questionário final “Apgar Saudável” como novo método de avaliação em Saúde da Pessoa.**

CONCLUSÕES

1 – Portugal retratado, sociedade revisitada, Ciência e Desenvolvimento

As conclusões retratam o pensamento dos inquiridos, constantes da população-alvo, o que nem sempre coincide com a imagem que nos é dada pelos mass media, ou por perspectivas quiçá sensacionalistas que pretendem e podem condicionar o comportamento das pessoas.

A ciência comprova a caracterização do ser humano, o seu pensamento e acção, as vicissitudes e consequências da atitude das pessoas, contribuindo para o desenvolvimento dos povos, em progresso, acção social, democracia representativa e primado da pessoa.

Os inquiridos consideram, quanto ao **mais importante** para si:

1 – A **saúde mental** é o mais importante, quanto à sua saúde.

2 - **Ter objectivos de vida** é o que mais contribui para o bem-estar.

3 - **Ser útil aos outros (família, amigos, sociedade)** é o que mais valorizam / apreciam no seu espaço de lazer.

4 – **Ser responsável, empenhado, dedicado** é o que os inquiridos mais valorizam / estimam nas características do seu perfil.

5 – A maioria está **satisfeita** com a sua **família**, embora apenas 57,8% estejam muito satisfeitos.

6 – A maioria (63,8%) considera a sua **família funcional** sem limitações.

7 – A **profissão, que consideram adequada à sua formação**, é o que consideram mais importante / satisfatório, quanto ao seu estatuto profissional.

8 - O **ambiente de trabalho em harmonia sem conflitualidade**, é o que consideram mais importante / satisfatório, quanto às relações laborais.

9 - **Assegurar a sua sustentabilidade e da família**, é o que consideram mais importante, quanto à sua remuneração.

10 – **Ter as mesmas oportunidades que os colegas, para idênticas qualificações**, é o que consideram mais importante, quanto à igualdade de oportunidades.

11 - **O trabalho não interferir com a afectividade familiar**, é o que consideram mais importante, quanto à influência do trabalho e a família.

12 - **Demonstrar afeição, estima, companheirismo**, é o que mais apreciam, quanto às características dos seus amigos.

13 – **A capacidade de compreensão e interajuda**, é o que mais valorizam, quanto às qualidades e capacidades dos seus amigos.

14 – **A participação em grupos de intervenção / acção (causas sociais, voluntariado, solidariedade)**, é o que mais valorizam, quanto às actividades dos seus amigos.

15 - **Darem ânimo e estímulo, combatendo o abatimento e a tristeza**, é o que mais valorizam, quanto à importância e influência dos amigos na sua vida.

16 – **Ser solidário com causas, princípios e valores da comunidade**, é o que consideram mais importante, quanto ao que fazem ou poderiam fazer a favor da sociedade.

17 - **Ser voluntário é ser solidário** é o que consideram mais importante, quanto ao voluntariado.

18 - **Combater a pobreza e exclusão social dando o seu contributo em esforço ou económico**, é o que consideram mais importante, quanto à sua motivação e preocupações sociais.

19 - **As organizações humanitárias** (ONGD, IPSS, etc.), são o que consideram mais importante, quanto à classificação dos tipos de organizações, instituições e associações.

20 - **Reduzir os factores de risco humano e vulnerabilidade pessoal e familiar**, é o que consideram mais importante, quanto ao que acham que a sociedade deve contribuir para si.

21 - **A alimentação e a nutrição devem ser equilibradas e de qualidade para proteger a saúde**, é o que consideram mais importante, quanto à importância da alimentação e nutrição na sua saúde e bem-estar.

22 - **É ou deve ser uma prioridade na prevenção, cura e reabilitação de doenças da civilização**, é o que consideram mais importante, quanto à importância do exercício físico para a sua saúde e bem-estar.

23 - **O consumo de drogas leves ou duras conduz à perda de saúde e à viciação**, é o que consideram mais importante, quanto ao tabagismo, abuso do álcool e consumo de drogas e ao prejuízo que representam para a sua saúde física e mental.

24 - **A participação regular em espectáculos de música, cinema, teatro, ópera, dança, viagens e turismo cultural, etc.**, é o que consideram mais importante, quanto ao modo como a participação em actividades culturais influencia a saúde.

25 - **Os comportamentos de risco sexual, que envolvem consequências para os praticantes, parceiros e famílias**, é o que consideram mais importante, quanto à forma como o grau de promiscuidade afecta a saúde.

26 - **Afectar a auto-imagem e a auto-estima, pode afectar a personalidade, perturba a relação familiar, influencia o meio ambiente e cultural da pessoa**, é o que consideram mais importante, quanto à forma como as doenças crónicas afectam a saúde.

27 - **Pela incapacidade física e motora, com perda de autonomia dessas funções**, é o que consideram mais importante, quanto à forma como as limitações da vida diária provocadas pela situação de doença são prejudiciais.

28 - **Quando há falta de apoio dos cuidados continuados da rede pública**, é o que consideram mais importante, quanto à forma como a acção dos cuidadores de idosos e doentes crónicos lhes é prejudicial à sua vida pessoal, profissional e familiar.

Os inquiridos consideram, quanto ao **menos importante** para si:

1 – A **saúde sexual** é o menos importante, quanto à sua saúde.

2 - A **rede de relações humanas** é o que menos contribui para o seu bem-estar.

3 – As **actividades de competição e prémios**, são o que os inquiridos menos valorizam / apreciam no seu espaço de lazer.

4 – O **sentido da descoberta e o interesse pela inovação e aventura**, é o que os inquiridos menos valorizam / estimam, nas características do seu perfil.

5 – Há 5,6% dos inquiridos que estão pouco satisfeitos ou **insatisfeitos** com a sua família.

6 – Há 13,4% de inquiridos que consideram a sua família já **disfuncional** ou com limites de funcionalidade, e 8,8% que pretendem **mudanças** na sua família.

7 – As **condições logísticas e de materiais no trabalho**, é o que os inquiridos consideram menos importante / satisfatório, quanto ao seu estatuto profissional.

8 – A **relação de proximidade com os colegas de trabalho**, é o que os inquiridos consideram menos importante / satisfatório, quanto às relações laborais.

9 - **Acumular mais trabalhos e empregos, para ter melhor remuneração**, é o que os inquiridos consideram menos importante, quanto à sua remuneração.

10 – A **obtenção de dividendos para melhor estatuto económico**, é o que os inquiridos consideram menos importante, quanto à igualdade de oportunidades.

11 - **O trabalho ser origem de conflitos, quer no trabalho quer na família**, é o que os inquiridos consideram menos importante, quanto à influência do trabalho e a família.

12 - O facto de **terem causas comuns, incluindo causa social, clube e / ou partido**, é o que os inquiridos menos apreciam, quanto às características dos seus amigos.

13 – A **aparência e capacidade de atracção física**, é o que os inquiridos menos valorizam, quanto às qualidades e capacidades dos seus amigos.

14 – A **participação em redes sociais (facebook, twitter, etc.)**, é o que os inquiridos menos valorizam, quanto às actividades dos seus amigos.

15 - A **aceitação das “cunhas” para resolver os seus problemas**, é o que os inquiridos menos valorizam, quanto à importância e influência dos amigos na sua vida.

16 – O facto de **ignorar os movimentos de opinião e acção social**, é o que os inquiridos consideram menos importante, quanto ao que fazem ou poderiam fazer a favor da sociedade.

17 – O facto de **a pessoa se sentir bem consigo fazendo o que lhe apetece**, é o que os inquiridos consideram menos importante, quanto ao voluntariado.

18 - **Ignorar os problemas sociais, não correndo riscos desnecessários a fazer actividades a que não é obrigado**, é o que os inquiridos consideram menos importante, quanto à sua motivação e preocupações sociais.

19 - **Os partidos políticos (qualquer que seja)**, são o que os inquiridos consideram menos importante, quanto à classificação dos tipos de organizações, instituições e associações.

20 - **Proporcionar-lhe recursos economico-financeiros**, é o que os inquiridos consideram menos importante, quanto ao que acham que a sociedade deve contribuir para si.

21 - A **alimentação e nutrição devem ter quantidade, espécie e paladar que proporcionem bem-estar pessoal e social**, é o que os inquiridos consideram menos importante, quanto à importância da alimentação e nutrição na sua saúde e bem-estar.

22 - O facto de **dever ser adaptado ao horário laboral, tempo de lazer e conveniência familiar**, é o que os inquiridos consideram menos importante, quanto à importância do exercício físico para a sua saúde e bem-estar.

23 - **A vida social é melhorada pelo consumo de tabaco, álcool ou substâncias que alteram o estado orgânico e psíquico**, é o que os inquiridos consideram menos importante, quanto ao tabagismo, abuso do álcool e consumo de drogas e ao prejuízo que representam para a sua saúde física e mental.

24 - **Considerando a política um acto de cultura, a participação em comícios, sessões de esclarecimento ou convívios partidários ou acções organizadas da sociedade civil / movimentos cívicos**, é o que os inquiridos consideram menos importante, quanto ao modo como a participação em actividades culturais influencia a saúde.

25 - **A participação em grupos de rotura social, com utilização de agressividade, violência e espírito classista**, é o que os inquiridos consideram menos importante, quanto à forma como o grau de promiscuidade afecta a saúde.

26 - **Pela preocupação quanto às condições de apoio institucional (apoio hospitalar, centro de saúde, apoio domiciliário, centro de dia, lar)**, é o que os inquiridos consideram menos importante, quanto à forma como as doenças crónicas afectam a saúde.

27 - **Pela perda da dinâmica e boa relação entre as pessoas, amigos e família**, é o que os inquiridos consideram menos importante, quanto à forma como as limitações da vida diária provocadas pela situação de doença são prejudiciais.

28 - **A redução da capacidade intelectual e de estudo e novas hipóteses de qualificação, graduação e emprego**, é o que os inquiridos consideram menos importante, quanto à forma como a acção dos cuidadores de idosos e doentes crónicos lhes é prejudicial à sua vida pessoal, profissional e familiar.

2 - Caracterização do TIPO DE FAMÍLIAS, segundo estrutura / dinâmica global, relação conjugal e relação parental, durante o período de estudo

Caracterizámos cada família, de acordo com a bibliografia pesquisada, mas também tendo em conta as realidades e necessidades que vamos encontrando no nosso dia-a-dia profissional.

Muitas das famílias encontravam-se camufladas num dos 5 clássicos tipos de família (nuclear, alargada, unitária, monoparental, recombinação), mas, aplicando a classificação que propomos, revelam novas características, passíveis de redefinir o plano de cuidados à família, com claro benefício para os utentes.

Assim, conclui-se:

1 - A Classificação de Tipos de Família, proposta por Caniço *et al*, foi avaliada na sua aplicação, através do estudo de amostra de 132 famílias em pré-teste, em estudo de amostra de 279 famílias, através dos pacientes identificados inquiridos / as e respondentes, e em estudo da responsabilidade do autor de amostra de 400 famílias, em universo de 420 agregados familiares do seu Ficheiro Clínico / Lista de Utentes.

2 - Todos os tipos de família definidos pela literatura internacional já citada (incluindo os tipos de família criados e publicados por Caniço *et al*, no livro “Novos Tipos de Família, Plano de Cuidados”), foram **identificados e caracterizados**, constituindo a comprovação da sua actualidade e adequação da classificação dos tipos de família apresentados, sem prejuízo de outros estudos complementares ou paralelos.

3 – Quanto à prevalência das famílias encontradas, quanto à estrutura / dinâmica familiar, a família predominante foi a *família nuclear*, e a menos numerosa a família hospedeira.

Quanto à relação conjugal, a família predominante foi a *família companheirismo*, seguida de perto pela família moderna e a menos numerosa foi a família fortaleza.

Quanto à relação parental, a família predominante foi a *família equilibrada*, e a menos numerosa foi a família centrada nos pais.

4 - A familisofia e a famililogia ficam caracterizadas objectivamente não apenas quanto aos 5 tipos de família *principais*, mas integrando 34 tipos de família, discriminados quanto à estrutura / dinâmica familiar (21), quanto à relação conjugal (6), e quanto à relação parental (7), objurgando a classificação de “outras famílias”, pela falta de clareza e rigor científico, insensibilidade humana e ausência de perspectivas de intervenção familiar, quanto a essa designação.

5 – Não há famílias boas ou famílias más, há famílias que precisam de **boa** identificação e **caracterização**, de forma que o **plano de cuidados à família**, no seu todo, seja estabelecido com apropriação e partilha, reforçando os poderes agregadores da família, ampliando a dinâmica de coesão familiar, estimulando as competências dos elementos da família, eliminando os factores perturbadores da homeostase.

6 – Quanto à **estrutura / dinâmica familiar**, a *família nuclear* é o cerne do tipo de famílias e sua riqueza, potencialidades e satisfação, mas pode ser também o cerne da questão, quanto à retracção de perfis individuais, possível disfunção, rotura e drama.

A família unitária, embora tenha origens diversas, é relevante em número e projecção do seu estatuto, e consequências em filosofia de vida, oportunidade e resultados externos.

A frequência das famílias reconstruídas no numerário e a sua representatividade, são imparáveis na sociedade portuguesa, ligada à aceitabilidade de pessoas e regime, e ao atingimento do objectivo de felicidade.

As famílias com dependente, as famílias descontroladas, as famílias com fantasma, as famílias consanguíneas e as famílias múltiplas representam quadro de perturbação, cada uma a seu nível, em que urge intervenção em saúde, promoção de estilos de vida saudável, apoios institucionais, regulação estatal e civil da sociedade, combate à ilicitude e crime.

A família grávida, a díade nuclear, as famílias alargadas, as famílias com prole extensa, representam fases do ciclo de vida e suas potencialidades, mas também riscos e vulnerabilidades em que a vigilância em saúde pode constituir a detecção e a prevenção de crise.

Da mesma forma, as famílias acordeão, famílias dança a dois, famílias homossexuais e famílias flutuantes, em contexto de ocasião, período ou mudança de vida, precisam de apoio em saúde, dinâmica familiar e rede social.

As famílias de co-habitação, as famílias comunitárias, as famílias hospedeiras, as famílias adoptivas, conforme a sua caracterização, todas justificam reflexão sobre vivência gregária e grupal.

7 – Quanto à **relação conjugal**, sendo quase 4/5 das *famílias companheirismo e modernas*, existem condições para a relação conjugal **satisfatória**, ser fonte de união afectiva, prazer estabelecido, pólo comunitário de referência, mudança positiva para a sociedade e avanço civilizacional, abonatório para o conceito de igualdade de género e passos seguintes, em igualdade de oportunidades.

Constata-se também que 1/5 das famílias segundo a relação conjugal, estão desajustadas nos parâmetros de evolução e organização familiar, traduzem premonição para acontecimentos infaustos, e podem produzir sequelas e atitudes de confrontação comunitária e / ou social.

8 - A grande maioria das famílias, segundo a **relação parental**, são *famílias equilibradas / estáveis*, o que se regista como evidência, com satisfação e agrado pela sua capacidade, fruição e contributo social, gerador de bem-estar também na comunidade.

Constata-se também que o número de famílias instáveis, segundo a relação parental, justificam preocupação e necessidade de planos de intervenção familiar e social, de forma a adquirirem a sua estabilidade interna e não provocarem convulsões com impacto negativo no agregado e na sociedade, quiçá com perturbações mentais e criminalidade.

9 - O **Plano de Cuidados à Família** sai reforçado na sua utilidade, a partir da classificação do tipo de família, podendo constituir um complemento modelo anexo dessa classificação, no processo clínico familiar, onde conste a caracterização daquela família e sugestões de intervenção a concretizar e avaliar, pelo que propomos a sua inclusão no processo familiar em papel e electrónico (anexo).

10 - Reconhecemos a insuficiente preparação dos alunos para a adequação dos planos de cuidados à família à boa caracterização das famílias que efectuaram no trabalho académico, conforme o demonstra a classificação / avaliação atribuída, apenas suficiente.

Tal facto justifica estudos complementares (como este estudo que julgamos poderá contribuir), recomposição da bibliografia disponível, elaboração de novos materiais

didáticos, reforço formativo e formador, e experiência continuada de Assistentes, Tutores e Alunos.

Tais observações implicam a necessidade de **mais formação** de alunos e Tutores, em educação médica futura.

3 - Novo método de avaliação em Saúde da Pessoa “APGAR SAUDÁVEL” / Método de avaliação familiar em Saúde da Pessoa “Apgar saudável”

O estudo permite-nos concluir:

1 – A comprovação da **consistência** e **adequação** de grande maioria das hipóteses colocadas e verificadas (91,7%), de forma massiva portanto, como importantes na vida das pessoas, em saúde, doença e estilos de vida, e no seu enquadramento pessoal, familiar, laboral, dos amigos e social, reflectindo-se no seu equilíbrio ou alteração de ideia, atitude e comportamento.

2 - A coerência e similitude das respostas às hipóteses colocadas em grupo-alvo específico e representativo menos alargado (os jovens), comparativamente à população total, ao considerar idêntico grau de importância às mesmas hipóteses, em 98,5% dos casos, não demonstrando conflito geracional de ideias e acções, mas sugerindo **ideiais intergeracionais, satisfeitos ou desejados**.

3 - As hipóteses colocadas por realismo ou absurdo, também como mecanismo de atenção, controlo e aferição dos respondentes, ao serem desvalorizadas / rejeitadas pelos inquiridos (8,3%), tiveram correspondência nos resultados, e tal implicou a reestruturação das hipóteses de estudo, aplicando-as no **questionário final**, adaptadas ou contraditórias por evidência de resultados.

4 - Este estudo pode constituir-se como:

4.1 - Uma *fonte de investigação*, para eventuais novos estudos de outros investigadores, aprofundando o conhecimento e potencialidades de intervenção em Medicina de Família e Ciências da Saúde, integradas (psicologia, sociologia, serviço social, educação);

4.2 - Um contributo para o *diálogo*, a *tertúlia* e o *debate* na sociedade civil, dados os reflexos da vida pessoal e familiar e suas componentes de avaliação, satisfação e desilusão, no quotidiano da sociedade organizada, formas de mobilização e conteúdos de intervenção;

4.3 - Uma componente de interpretação e reflexão em *saúde ocupacional* e *meio laboral*, com produção de bens e serviços e satisfação, em equilíbrio de coesão, reivindicação e qualidade de vida sustentável;

4.4 - Um ponto de partida para *dinâmica de grupo em meio juvenil* nas escolas secundárias, recentrando as tergiversações dos intervenientes educandos e educadores, os focos de instabilidade socio-demográfica e arrastão, e as perversões de comportamento e alternativas com razoabilidade e agrado.

4.5 - Uma *avaliação pedagógica em meio universitário* de outros ramos da ciência, aproximando técnicos e saberes, e estimulando produção conjunta de conhecimento;

4.6 - Uma análise e reflexão para os meios decisórios de **poder**, se a quiserem aproveitar, em promoção da vida humana e das pessoas, em organização de serviços de qualidade e exercício profissional digno e hipocrático, e em equilíbrio da relação custo-benefício em saúde e direitos humanos, expurgado o economicismo.

5 - Assim, os pressupostos, a metodologia, o conteúdo do questionário aplicado na amostra e seu universo, a sua análise e os resultados da sua aplicação, fundamentam a **criação e aplicação do Questionário final “Apgar Saudável” como novo método de avaliação em Saúde da Pessoa.**

6 - A sua utilização por médicos de família em exercício profissional, médicos internos de Medicina Geral e Familiar em formação complementar, médicos em formação e em exercício de outras Especialidades Médicas pela transversalidade do conhecimento, alunos de Medicina e das Ciências da Saúde em formação pré-graduada e fase de sensibilização à especialidade médica de Medicina Geral e Familiar, será útil como **método de avaliação familiar**, como meio de **diagnóstico** (s) da consulta, adaptação da **prestação de cuidados** de saúde em Saúde da Pessoa, e elaboração de **plano** de cuidados ao paciente identificado e à família.

7 - Permitirá ainda, principalmente, ser **útil aos pacientes e aos doentes**, motivando-os para a reflexão do seu estado, problemas e dilemas, para o estímulo do debate no seu agregado familiar, e para a adesão à ajuda técnico-profissional prestada pelo seu médico e equipa de saúde, particularmente o seu médico de família.

3.1- Método de Avaliação em Saúde da Pessoa / Questionário Final “Apgar saudável”

O método de avaliação em Saúde da Pessoa, designado “Apgar Saudável”, considera-se proposto e será aplicado aos pacientes, através do Questionário “Apgar saudável” indicado (página 372 e seguintes), e a seguinte interpretação, já expressa em “Material e Métodos”.

Assim, o grau de importância corresponde à mais-valia, satisfação ou desejo da pessoa, constituindo factor positivo atingido ou a atingir.

O Apgar Saudável (como método de avaliação familiar em Saúde da Pessoa), contabilizada a soma aritmética de pontuação atribuída pelo / a inquirido / a, ao conjunto de 132 itens / hipóteses, considera:

A - De 0 a 131 pontos, considera-se o método “Apgar saudável” como ***não interpretável***.

B - De 132 a 329 pontos (média inferior a 2,50) – Apgar ***não saudável***

C - De 330 a 494 pontos (média de 2,50 até 3,74) – Apgar ***moderadamente saudável***

D - De 495 a 660 pontos (de 3,75 a 5,00) – Apgar ***saudável***

Consideram-se também as avaliações parcelares por itens / áreas (realização pessoal, família, trabalho, amigos, sociedade, estilo de vida, doenças crónicas), como não interpretável / não saudável / moderadamente saudável / saudável, na mesma proporção de pontuação respectiva aplicada globalmente, para efeitos de plano de cuidados e intervenção em saúde do indivíduo e da família.

Saúde da Pessoa

Questionário Final “Apgar saudável”

A – REALIZAÇÃO PESSOAL

1 – O que considera mais importante para a sua saúde?

(de 1 a 5, para cada hipótese, sendo 1 o menos importante e 5 o mais importante)

- A Saúde Física
- A Saúde Mental
- A Saúde Afectiva
- A Saúde Sexual
- A Saúde Familiar

2 – Para o seu bem-estar, o que mais contribui:

(de 1 a 5, para cada hipótese, sendo 1 o que menos contribui e 5 o que mais contribui)

- Ter profissão e emprego adequados
- Ter boa situação económico-financeira
- Ter objectivos de vida
- Ter capacidade de realização / acção
- Ter a rede de relações humanas que quer

3 – No seu espaço de lazer, o que mais valoriza / aprecia:

(de 1 a 5, para cada hipótese, sendo 1 o que menos valoriza e 5 o que mais valoriza)

- Os seus hobbies / entretenimentos, imagem e som, colecções, bricolage
- Não ter actividades de competição e prémios
- Adquirir formação complementar ou específica (estudar, aprender)
- Ser útil aos outros (família, amigos, sociedade)
- Ter repouso e fruição, tranquilidade

4 – Quais as características do seu perfil que mais valoriza e estima, e que tem ou que gostaria de ter:

(de 1 a 5, para cada hipótese, sendo 1 o que menos valoriza e 5 o que mais valoriza)

- Ser responsável, empenhado, dedicado
- Ser tranquilo, ponderado, equilibrado
- Ter sentido da descoberta, interesse pela inovação, aventura
- Ser solidário, ter emoção, ser ou estar apaixonado
- Ser alegre, divertido, comunicador

B – FAMÍLIA

1 – *Quanto ao seu agregado familiar (habitação):*

(assinalar as situações abaixo discriminadas que se verificam na sua família)

1.1 – *Relativamente ao tipo de família (estrutura e dinâmica global)*

- Existe uma união entre duas pessoas que co-habitam, sem filhos nem descendentes de relações anteriores de cada um
- A mulher encontra-se grávida
- Há uma só união entre adultos e um só nível de descendência (pai, mãe e filho(s))
- Para além de pais e filho(s), co-habitam mais de duas gerações (avós, netos, tios, primos ou cunhados), por consanguinidade ou não
- Habitam várias crianças e jovens de idades muito diferentes

- Há uma nova união conjugal (segunda ou mais), com existência ou não de descendentes de relações anteriores, de um ou dos dois membros do casal
- Existe uma união conjugal entre 2 pessoas do mesmo sexo
- O pai ou a mãe co-habita só com o(s) seu(s) filho(s), não mantendo relação conjugal de co-habitação permanente (por viuvez, separação de facto, opção individual, etc.)
- Co-habitam 2 pessoas com laços familiares (de sangue ou não), mas sem relação conjugal nem parental (por exemplo, tio e sobrinho, avó e neto, irmãos, primos ou cunhados)
- É uma pessoa que vive sozinha

- São homem (s) e / ou mulher (es) que vivem na mesma habitação, sem laços familiares ou relações conjugais (estudantes universitários, imigrantes que co-habitam, grupos de amigos)
- É um grupo de homens e / ou mulheres e seus eventuais descendentes, vivendo em comunidade, podendo co-habitar ou morar em casas separadas mas próximas (comunidades religiosas, seitas, comunas, etnias)
- É uma família em que ocorreu a colocação temporária de um membro exterior à família (criança), sem laços familiares prévios (são famílias de acolhimento, ou hospedagem temporária de um amigo ou colega)
- É uma família que adoptou uma (ou mais) criança(s), podendo co-habitar filhos biológicos
- Existe uma relação conjugal consanguínea

- Um dos membros da família é particularmente dependente dos cuidados de outros, por motivo de doença (deficiência mental e / ou motora)
- É uma família em que ocorreu o desaparecimento de um dos membros, de forma definitiva (falecimento) ou dificilmente reversível (divórcio, rapto, desaparecimento ou motivo desconhecido), mas continua presente na dinâmica da família
- É uma família em que um dos cônjuges se ausenta por períodos prolongados ou frequentes (trabalhadores humanitários expatriados, militares em missão, trabalhadores colocados longe da residência, ou emigrantes de longa duração)

É uma família em que os membros mudam frequentemente de habitação, como no caso de pais com emprego de localização variável (funções públicas de rotação e mobilidade geográfica profissional, viajantes, etc.) ou uma família em que um progenitor muda frequentemente de parceiro

É uma família em que existe um membro com problemas crónicos de comportamento, relacionado com a vida, doença ou comportamentos aditivos (esquizofrenia, toxicod dependência, alcoolismo, etc.)

É uma família em que um elemento identificado integra duas (ou mais) famílias e suas habitações, constituindo agregados diferentes, eventualmente com descendentes em ambos os agregados

1.2 – Relativamente à relação conjugal:

Cada membro da família, do género masculino / feminino separados, tem a sua função, conforme o género, a idade e a hierarquia

Há divisão de trabalho, interajuda e solidariedade, com participação também da mulher na actividade pública e do homem no domínio doméstico, conciliando-se a actividade profissional e a vida familiar de ambos

Os cônjuges partilham objectivos de vida e actividades, mas a dinâmica interna tem regras pré-estabelecidas difíceis de modificar, havendo dificuldade em assumir os problemas, adaptar-se a novas situações de crise e em pedir ajuda externa à família

Os cônjuges partilham objectivos de vida e actividades, não existindo regras pré-estabelecidas e inamovíveis, mas sim a capacidade de assumir os problemas no sentido da sua resolução, de forma partilhada e dialogada

Os cônjuges não partilham objectivos de vida e actividades, mas existem regras pré-estabelecidas que dirigem o funcionamento interno

Existe uma união afectiva, embora os cônjuges não partilham actividades quotidianas, havendo liberdade individual, sem regras pré-definidas

1.3 – Relativamente à relação entre pais e filhos:

A família mostra-se unida e os pais são concordantes e conscientes do seu papel, certos do mundo que querem dar a mostrar aos seus filhos / as, cheio de metas e sonhos; os filhos assumem o seu estatuto e a função, em respeito e labor, liberdade e responsabilidade

Há dificuldade em compreender, assumir e acompanhar o desenvolvimento saudável dos filhos / as, sendo as crianças submetidas a rigorosa disciplina pelos pais

Há preocupação excessiva em proteger os filhos / as, e os filhos / as são contagiados pelos medos dos pais e sentem necessidade de se defender de forma exagerada e apresentam desculpas para tudo

Os pais não disciplinam os filhos e têm medo das suas reacções, permitindo-lhes fazer o que querem, havendo até violência verbal ou física; os filhos têm influência no círculo de amigos e social, podendo tornar-se irascíveis

As prioridades dos pais são os projectos pessoais individuais, profissionais e / ou lúdicos; o tempo partilhado com os filhos é escasso

Existem conflitos conjugais; os pais têm a companhia dos filhos para sua satisfação e motivação, e vivem para e pelos filhos

As relações familiares são instáveis, os pais estão confusos em relação ao mundo que querem mostrar aos seus filhos e os filhos estão inseguros, desconfiados e temerosos

1.4 - Grau de satisfação, funcionalidade

1.4.1 - Está satisfeito com o seu tipo de família?

(de 1 a 5, sendo 1 insatisfeito(a) e 5 muito satisfeito(a))

1.4.2 - Considera a sua família funcional?

(de 1 a 5, sendo 1 disfuncional e 5 funcional)

1.4.3 - Se considera a sua família não funcional, o que mudaria na composição e na dinâmica da sua família?

.....
.....
.....
.....

C – TRABALHO

1 – Quanto ao seu estatuto profissional, o que considera mais importante e satisfatório:

(de 1 a 5, para cada hipótese, sendo 1 pouco importante e 5 muito importante)

- A minha profissão, que considero adequada à minha formação
- O meu trabalho e emprego, que considero adequado ao meu gosto
- O local de trabalho
- A duração e o meu horário de trabalho
- As condições logísticas e de materiais no trabalho

2 – Quanto às relações laborais, o que considera mais importante e satisfatório:

(de 1 a 5, para cada hipótese, sendo 1 pouco importante e 5 muito importante)

- A relação de proximidade com os colegas de trabalho
- O ambiente de trabalho, em harmonia sem conflitualidade
- A organização do trabalho produtivo, partilhado e rentável
- A relação profissional com a entidade patronal e seus responsáveis
- As relações humanas com o público, fornecedores externos ou outros contactantes

3 – Quanto à remuneração, o que considera mais importante:

(de 1 a 5, para cada hipótese, sendo 1 pouco importante e 5 muito importante)

- Estar satisfeito com a remuneração que tenho, adequada ao meu valor
- Acumular mais trabalhos e empregos, para ter melhor remuneração
- Não ter preocupação com o valor da remuneração necessária e suficiente
- Assegurar a minha sustentabilidade e da minha família
- Garantir remuneração avultada e adquirir e fazer o que não necessito mas gosto

4 – Quanto à igualdade de oportunidades, o que considera mais importante:

(de 1 a 5, para cada hipótese, sendo 1 pouco importante e 5 muito importante)

- Ter as mesmas oportunidades que os meus colegas, para idênticas qualificações
- Ser promovido por mérito ou antiguidade, para incentivo e realização no trabalho
- Obter dividendos para melhor estatuto económico
- Ser valorizado como recurso humano, em detrimento dos materiais e meios de produção
- Não haver discriminação de género masculino e feminino no meu trabalho

5 – Quanto à influência do trabalho e a família, o que considera mais importante:

(de 1 a 5, para cada hipótese, sendo 1 pouco importante e 5 muito importante)

- Haver independência total do trabalho em relação à família
- O trabalho não interferir com a afectividade familiar
- A família não alterar a produtividade do trabalho
- Não ser origem de conflitos, quer no trabalho quer na família
- Ser factor de equilíbrio, quer no trabalho quer na família

D – AMIGOS

1 – Quanto às características dos seus amigos, o que mais aprecia:

(de 1 a 5, para cada hipótese, sendo 1 pouco importante e 5 muito importante)

- Terem apreço, gosto, interesse não material
- Demonstrarem afeição, estima, companheirismo
- Serem disponíveis, dedicados, amigos da família
- Terem causas comuns, incluindo causa social, clube e/ ou partido
- Serem aliados, divertidos, distraírem-no(a)

2 – Quanto às qualidades e capacidades dos seus amigos, o que mais valoriza:
(de 1 a 5, para cada hipótese, sendo 1 valoriza pouco e 5 valoriza muito)

- A sua aparência e capacidade de atracção física
- O seu conhecimento e competência pessoal e / ou profissional
- A sua capacidade de compreensão e inter-ajuda
- A sua experiência pessoal e / ou profissional
- A confiança e segurança que lhe transmitem

3 – Quanto às actividades dos seus amigos, o que mais valoriza:
(de 1 a 5, para cada hipótese, sendo 1 valoriza pouco e 5 valoriza muito)

- A participação em redes sociais (facebook, twitter, ...)
- A participação em grupos de reflexão (análise científica, técnica, política, ambiental, etc.)
- A participação ou liderança de grupos de intervenção / acção (causas sociais, voluntariado, solidariedade)
- Serem úteis de forma individual e não estarem organizados
- Terem actividades de comunicação por sistema

4 – Quanto à importância e influência dos amigos na sua vida, o que mais valoriza:
(de 1 a 5, para cada hipótese, sendo 1 valoriza pouco e 5 valoriza muito)

- Terem uma vida exemplar, em qualidade, capacidade e moral
- Serem bons para ouvir os desabafos, e ponderados nas apreciações
- Darem ânimo e estímulo, combatendo o abatimento e a tristeza
- Motivarem-no para agir, ter iniciativas, acompanharem-no com frequência
- Não aceitarem “cunhas” e resolverem os seus problemas

E – SOCIEDADE

1 - Quanto ao que faz ou poderia fazer, a favor da sociedade, acha importante:
(de 1 a 5, para cada hipótese, sendo 1 pouco importante e 5 muito importante)

- Ser dirigente associativo, líder de grupo, ser mobilizador
- Ser activista, ter intervenção comunitária, agir individualmente
- Ser solidário com causas, princípios e valores da comunidade
- Apoiar iniciativas de grupos, sem se envolver demasiado
- Não ignorar os movimentos de opinião e acção social

2 – Quanto ao voluntariado, acha importante:

(de 1 a 5, para cada hipótese, sendo 1 pouco importante e 5 muito importante)

- Sentir-se bem consigo, fazendo o que lhe apetece
- Cumprir uma missão útil, ocasional
- Ser voluntário é ser solidário
- Que os voluntários não tenham protagonismo e publicidade
- Que as organizações de voluntariado não promovam fins indevidos

3 – Quanto à sua motivação e preocupações sociais, acha importante:

(de 1 a 5, para cada hipótese, sendo 1 pouco importante e 5 muito importante)

- Não ignorar os problemas sociais, mesmo riscos a fazer actividades a que não é obrigado
- Ser voluntário e apoiante activo de causas e ideias, de forma regular ou não
- Combater a pobreza e exclusão social, dando o seu contributo em esforço ou económico
- Ter motivação e / ou interesse para participação activa em clubes desportivos, grupos culturais, agremiações recreativas, associações cívicas, partidos políticos ou organizações humanitárias

4 - De todos os tipos de organizações, instituições e associações, como as classifica:

(de 1 a 5, para cada hipótese, sendo 1 pouco importante e 5 muito importante)

- Os clubes desportivos (futebol, etc.)
- Os grupos culturais (teatro, cinema, literatura, folclore, etc.)
- As agremiações recreativas e de lazer (jogos, torneios, outras diversões)
- As associações cívicas (comissões, causas, petições, etc.)
- Os partidos políticos (qualquer que seja)
- As organizações humanitárias (ONGD, IPSS, etc.)

5 – Em que acha que a sociedade deve contribuir para si?

(de 1 a 5, para cada hipótese, sendo 1 pouco importante e 5 muito importante)

- Proporcionar-lhe recursos economico-financeiros
- Dar-lhe segurança e apoio social, evitando a solidão
- Promover e desenvolver a cultura, a arte e o lazer
- Dar-lhe os meios de bem-estar biológico e psíquico necessários e suficientes
- Reduzir os factores de risco humano e vulnerabilidade pessoal e familiar

F – ESTILO DE VIDA

1 – Qual a importância da alimentação e nutrição na sua saúde e bem-estar:

(de 1 a 5, para cada hipótese, sendo 1 pouco importante e 5 muito importante)

A alimentação e nutrição devem ser equilibradas e de qualidade para proteger a saúde

A alimentação e nutrição devem ter quantidade, espécie e paladar que proporcionem bem-estar pessoal e social

A alimentação (alimentos, confecção e indústria) deve ter custos baixos para satisfazer a procura e a necessidade

O aconselhamento alimentar deve ter em conta o stress do dia-a-dia e a situação de saúde (ou doença) de cada pessoa

O aconselhamento alimentar deve ter em conta o trabalho da pessoa, a sua capacidade económica e os recursos logísticos ao seu dispor

2 – Qual a importância do exercício físico para a sua saúde e bem-estar:

(de 1 a 5, para cada hipótese, sendo 1 pouco importante e 5 muito importante)

É ou deve ser uma prioridade na prevenção, cura e reabilitação de doenças da civilização

É ou deve ser adaptado às características físicas e ao perfil psicológico da pessoa

É ou deve ser de tipo, intensidade e duração, conforme cada pessoa individualizada

Deve ter em conta eventuais limitações de mobilidade e outras doenças já existentes

Deve ser adaptado ao horário laboral, tempo de lazer e conveniência familiar

3 – Relativamente aos hábitos abaixo indicados e ao prejuízo que representam para a saúde física e mental, o que pensa?:

(de 1 a 5, para cada hipótese, sendo 1 pouco importante e 5 muito importante)

O tabagismo é um malefício, devendo ser completamente eliminado

O abuso do álcool, agudo ou crónico, prejudica gravemente a saúde, mais cedo ou mais tarde

O consumo de drogas leves ou duras conduz à perda de saúde e à viciação

A vida familiar é afectada pelos hábitos nocivos, conduzindo ao conflito e à dissolução

A vida social não é melhorada pelo consumo de tabaco, álcool ou substâncias que alteram o estado orgânico e psíquico

4 – De que modo a participação em actividades culturais influencia a saúde:

(de 1 a 5, para cada hipótese, sendo 1 pouco importante e 5 muito importante)

A participação regular em espectáculos de música, cinema, teatro, ópera, dança, viagens e turismo cultural, etc.

A participação em colóquios, seminários, conferências, jornadas, etc., envolvendo saúde e ambiente

A participação em congressos científicos e outras actividades relacionadas também com o trabalho

A participação em actividades de bairro / condomínio, grupos regionais / festas populares, mostra de rua, feira e quermesses

Considerando a política um acto de cultura, a participação em comícios, sessões de esclarecimento ou convívios partidários ou acções organizadas da sociedade civil / movimentos cívicos

5 – De que forma o grau de promiscuidade afecta a saúde:

(de 1 a 5, para cada hipótese, sendo 1 pouco importante e 5 muito importante)

Através do meio ambiente e da poluição química e sanitária que envolva a zona de habitação

Através da habitação própria ou em uso, por ausência de condições de espaço, higiene e salubridade

Participação em grupos de rotura social, com utilização de agressividade, violência e espírito classista

Ambiente de trabalho desregrado e indisciplinado, ou de opressão e limitação de direitos em saúde

Comportamentos de risco sexual que envolvem consequências para os praticantes, parceiros e famílias

G – MORBILIDADES

1 – De que forma as doenças crónicas afectam a saúde?

(de 1 a 5, para cada hipótese, sendo 1 pouco importante e 5 muito importante)

Através dos sintomas, queixas e mal-estar, poder ter várias doenças, tomar muitos medicamentos e com efeitos secundários

Afectam a auto-imagem e a auto-estima, podem afectar a personalidade, perturbam a relação familiar, influenciam o meio ambiente e cultural da pessoa

Pela inadaptação à dor e incapacidade, perda de amigos e laços familiares, desmotivação de trabalho e utilidade pessoal

Pela existência de complicações, expectativa de vida difícil e futuro incerto, a ideia assustadora de morte

Pela preocupação quanto às condições de apoio institucional (apoio hospitalar, centro de saúde, apoio domiciliário, centro de dia, lar)

2 – De que forma as limitações da vida diária provocadas pela situação de doença são prejudiciais?

(de 1 a 5, para cada hipótese, sendo 1 pouco importante e 5 muito importante)

- A incapacidade física e motora, com perda de autonomia dessas funções
- A limitação intelectual para organização da vida pessoal e familiar
- A perda da dinâmica e boa relação entre as pessoas, amigos e família
- A perda da autonomia, emprego e capacidade de exercício profissional
- A dependência nas actividades de dia-a-dia – higiene, sustentabilidade económica e segurança

3 – De que forma a acção dos cuidadores de idosos e doentes crónicos lhes é prejudicial à sua vida pessoal, profissional e familiar?

(de 1 a 5, para cada hipótese, sendo 1 pouco importante e 5 muito importante)

- Reduzindo a capacidade intelectual e de estudo e novas hipóteses de qualificação, graduação e emprego
- Interferindo com a vida profissional, suas responsabilidades e compromissos
- Alterando a motivação, empenho, dedicação e afecto para os idosos e doentes crónicos
- Reduzindo a capacidade económica, com menos remuneração e menos regalias para os cuidadores
- Quando há falta de apoio dos cuidados continuados da rede pública

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABATEMARCO, D.J., KAIRY, S., GUBERNOK, R.S., & HURLEY, T. (2012). Using genograms to understand pediatric practices' readiness for change to prevent abuse and neglect, *J Child Health Care*, 2012 Jun; 16(2): pp. 153-165. Epub 2012 Feb 22.
- ABOIM, S. & WALL, K. (2002). Tipos de família em Portugal: interações, valores, contextos. *Análise Social* 2002, vol. XXXVII 37 (163): pp. 475-506.
- ABRAHAM, G., & PASINI, W. (1975). *Introduction à la sexologie médicale*. Paris, France: Payot.
- ADELL, M.N. (2001). Introdução. *Guias de Educação e Promoção da Saúde*. Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud, Sociedad Española de Familia y Comunitaria, p. 6. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde de Portugal / Direcção-Geral da Saúde.
- AGOSTINHO, M. (2007). Ecomapa. *Rev Port Clin Geral*, 2007; 23: pp. 327-330. Carnaxide, Portugal: Publicisaúde – Edições Médicas, Lda.
- AGOSTINHO, M., & REBELO, L. (1988). Família: do conceito aos meios de avaliação. *Rev Port Clinica Geral*, 1988, nº 32, pp. 6-17. Lisboa, Portugal: Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral.
- AHMED, S.M., LEMKAU, J.P., & HERSHBERGER, P.J. (2011). Psychosocial Influences on Health. *Textbook of Family Medicine*, de Robert E. Rakel e David P. Rakel, eight edition, Part 1, Chapter 3, pp. 24-32. Philadelphia, U.S.A.: Elsevier Saunders, www.elsevierhealth.com
- AHUMADA, L.R., & ÁLVAREZ, A.R. (2008). Abordaje familiar de los problemas psicosociales. *Atención Primaria, conceptos y organización y práctica clínica*, de A. Martín Zurro, e J.F. Cano Pérez, sexta edición, Vol. I; Parte I (6); pp. 107-123. Barcelona, España: Elsevier España, SL.
- AHUMADA, L.R., & COCHOY, L.F. (2008). Influencias socioculturales en los cuidados de salud. Enfoque familiar en Atención Primaria. *Atención Primaria, Conceptos, organización y práctica clínica*, de A. Martín Zurro e J.F. Cano Pérez, sexta edición, Vol. I; Parte I (5): pp. 89-106. Barcelona, España: Elsevier España, SL.
- AHUMADA, L.R., ROMÁN, M.D.S., & FERNÁNDEZ, L.A.L (2008). Participación e intervención comunitárias. *Atención Primaria, conceptos, organización y práctica*

clínica, de A. Martín Zurro e J.F. Cano Pérez, sexta edición, Vol. I, Part I; (8): pp. 155-169. Barcelona, España: Elsevier España.

ALARCÃO, M. (2006a). Glossário. *(Des)Equilíbrios Familiares, uma visão sistémica*, 3ª edição, Janeiro 2006, colecção Psicologia Clínica e Psiquiatria, coordenada por Óscar F. Gonçalves, pp. 354-355. Coimbra, Portugal: Edições Quarteto, www.quarteto.pt.

ALARCÃO, M., (2006b). Família como sistema; Des(equilíbrios) familiares. *(Des)Equilíbrios Familiares, uma visão sistémica*, 3ª edição, Janeiro 2006, colecção Psicologia Clínica e Psiquiatria, coordenada por Óscar F. Gonçalves, Cap. 1; pp. 35-106; pp. 237-336. Coimbra, Portugal: Edições Quarteto, www.quarteto.pt.

ALARCÃO, M. (2006c). Introdução. *(Des)Equilíbrios Familiares, uma visão sistémica*, 3ª edição, Janeiro 2006, colecção Psicologia Clínica e Psiquiatria, coordenada por Óscar F. Gonçalves, pp. 15-33. Coimbra, Portugal: Edições Quarteto, www.quarteto.pt.

ALARCÃO, M. (2006d). Comunicação na família, A família como sistema. *(Des)Equilíbrios Familiares, uma visão sistémica*, 3ª edição, Janeiro 2006, colecção Psicologia Clínica e Psiquiatria, coordenada por Óscar F. Gonçalves, Cap. 1 (3): pp. 65-81. Coimbra, Portugal: Edições Quarteto, www.quarteto.pt.

ALARCÃO, M. (2006e). A formação do casal, Desenvolvimento familiar. *(Des)Equilíbrios Familiares, uma visão sistémica*, 3ª edição, Janeiro 2006, colecção Psicologia Clínica e Psiquiatria, coordenada por Óscar F. Gonçalves, Cap. 1 (3): pp. 115-129. Coimbra, Portugal: Edições Quarteto, www.quarteto.pt.

ALARCÃO, M. (2006f). Família com filhos pequenos, Desenvolvimento familiar. *(Des)Equilíbrios Familiares, uma visão sistémica*, 3ª edição, Janeiro 2006, colecção Psicologia Clínica e Psiquiatria, coordenada por Óscar F. Gonçalves, Cap. 1 (3): pp. 131-152. Coimbra, Portugal: Edições Quarteto, www.quarteto.pt.

ALARCÃO, M. (2006g). Desenvolvimento familiar. *(Des)Equilíbrios Familiares, uma visão sistémica*, 3ª edição, Janeiro 2006, colecção Psicologia Clínica e Psiquiatria, coordenada por Óscar F. Gonçalves, Cap. 2; pp. 107-113. Coimbra, Portugal: Edições Quarteto, www.quarteto.pt.

ALARCÃO, M. (2006h). Stress e crise familiar, Família como sistema. *(Des)Equilíbrios Familiares, uma visão sistémica*, 3ª edição, Janeiro 2006, colecção Psicologia Clínica e Psiquiatria, coordenada por Óscar F. Gonçalves, Cap. 1; (5): pp. 93-106. Coimbra, Portugal: Edições Quarteto, www.quarteto.pt.

ALARCÃO, M. (2006i). Variações em torno do ciclo vital, Desenvolvimento familiar. *(Des)Equilíbrios Familiares, uma visão sistémica*, 3ª edição, colecção Psicologia

Clínica e Psiquiatria, coordenada por Óscar F. Gonçalves, Janeiro 2006, Cap. 2; (6): pp. 203-236. Coimbra, Portugal: Edições Quarteto, www.quarteto.pt.

ALARCÃO, M. (2006j). Desenvolvimento familiar. *(Des)Equilíbrios Familiares, uma visão sistémica*, 3ª edição, Janeiro 2006, colecção Psicologia Clínica e Psiquiatria, coordenada por Óscar F. Gonçalves, Cap. 2; (6): pp. 107-236. Coimbra, Portugal: Edições Quarteto, www.quarteto.pt.

ALARCÃO, M., (2006k). Desenvolvimento familiar. *(Des)Equilíbrios Familiares, uma visão sistémica*, 3ª edição, Janeiro 2006, colecção Psicologia Clínica e Psiquiatria, coordenada por Óscar F. Gonçalves, p. 107 - 113; Coimbra, Portugal: Edições Quarteto, www.quarteto.pt.

ALARCÃO, M. (2006l). Glossário. *(Des)Equilíbrios Familiares, uma visão sistémica*, 3ª edição, Janeiro 2006, colecção Psicologia Clínica e Psiquiatria, coordenada por Óscar F. Gonçalves, pp. 351-352. Coimbra, Portugal: Edições Quarteto, www.quarteto.pt.

ALARCÃO, M. (2006m). A formação do casal, Desenvolvimento familiar. *(Des)Equilíbrios Familiares, uma visão sistémica*, 3ª edição, Janeiro 2006, colecção Psicologia Clínica e Psiquiatria, coordenada por Óscar F. Gonçalves, Cap. 2; (1): pp. 115-129. Coimbra, Portugal: Edições Quarteto, www.quarteto.pt.

ALARCÃO, M. (2006n). Família com filhos pequenos, Desenvolvimento familiar. *(Des)Equilíbrios Familiares, uma visão sistémica*, 3ª edição, Janeiro 2006, colecção Psicologia Clínica e Psiquiatria, coordenada por Óscar F. Gonçalves, Cap. 2; (2): pp. 131-152. Coimbra, Portugal: Edições Quarteto, www.quarteto.pt.

ALARCÃO, M. (2006o). Glossário. *(Des)Equilíbrios Familiares, uma visão sistémica*, 3ª edição, Janeiro 2006, colecção Psicologia Clínica e Psiquiatria, coordenada por Óscar F. Gonçalves, p. 342. Coimbra, Portugal: Edições Quarteto, www.quarteto.pt.

ALARCÃO, M. (2006p). Nota Final. *(Des)Equilíbrios Familiares, uma visão sistémica*, 3ª edição, Janeiro 2006, colecção Psicologia Clínica e Psiquiatria, coordenada por Óscar F. Gonçalves, p. 337. Coimbra, Portugal: Edições Quarteto.

ALARCÃO, M., (2006q). Glossário. *(Des)Equilíbrios Familiares, uma visão sistémica*, 3ª edição, Janeiro 2006, colecção Psicologia Clínica e Psiquiatria, coordenada por Óscar F. Gonçalves, pp. 354-355. Coimbra, Portugal: Edições Quarteto, www.quarteto.pt.

ALARCÃO, M. (2012). *Rua Larga*, Março 2012, nº 34: p. 08. Coimbra, Portugal: edição Universidade de Coimbra.

ALDOUS, J., (1978). *Family Careers. Developmental Change*. New York, USA: Wiley. Citado em *A Família em Medicina Geral e Familiar*, coordenação Luís Rebelo,

- Estruturas familiares e contextos sociais, de Maria das Dores Guerreiro, p.15. Lisboa, Portugal: Verlag Dashofer edições, Health & Pharma Publishing, 2011.
- ALMEIDA, G. (1994). A interacção familiar. *Bol Centro Reg Alcool Porto* 1994; 3 (11): pp. 9-10. Citado por *Novos Tipos de Família, Plano de Cuidados*, de Hernâni Caniço, Pedro Bairrada, Esther Rodríguez & Armando Carvalho, Coimbra, Imprensa da Universidade de Coimbra, Dezembro 2011.
- ALVES, M.I.P. (1996). *As ONG na Política Comunitária de Cooperação para o Desenvolvimento*, edição 1996, I; p. 59. Lisboa, Portugal: CIDAC e União Europeia.
- AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PRACTICE (2009). Disponível em <http://www.aafp.org/online/en/home.html>, acedido em 02.12.12.
- AMERICAN BOARD OF FAMILY PRACTICE (1986). Lexington, Kentucky, U.S.A.
- ANDOLFI, M. (1981). *A terapia familiar*, pp. 19-20. Lisboa, Portugal: Editorial Vega.
- ANTUNES, R. (2000). *Classes sociais e a desigualdade na saúde*. Lisboa, Portugal: CIES e-Working Papers.
- ARONNE, E. (2007). La família: concepto, tipos, crisis, terapia. Disponível em URL: <http://www.evangelinaaronne.com.ar/2007/11/la-familia-concepto-tipos-crisis.html>, acedido em 01.05.12.
- ARTOLA, A., & PIEZZI, R. (2000). La familia en la sociedad pluralista, 1ª ed., *Ciencias Sociales*. Buenos Aires, Argentina: Espacio Editorial.
- AS BEIRAS (2010). A FAMÍLIA NO CENTRO – livro é mais valia na formação médica e na saúde das populações. *Jornal As Beiras*, 09.12.10, citado em www.uc.pt/imprensa_uc/fotos/db09_12_2010, acedido em 15.04.12.
- ASSOCIATION OF AMERICAN MEDICAL COLLEGES (1999). Contemporary issues in medicine – medical informatics and population health: report II of the medical school objectives project. *Acad Med* 1999; 74: pp. 130-41.
- ATHAYDE, E.S, & GIL, C.R.R. (2005). Possibilidades do uso do genograma no trabalho cotidiano dos médicos das equipas de saúde da família de Londrina. *Revista Espaço para a Saúde*, Londrina, v.6, nº 2, pp. 13-22, Junho 2005, 15. Disponível em URL: www.ccs.uel.br/espacoparasaude, acedido em 04.04.12.
- AUGUSTO, M.J. (1988). A crise do indivíduo e a crise na família. *Rev. Port. Clínica Geral*, 1988, nº 32, pp. 29-35. Lisboa, Portugal: edição Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral.
- BAHARAMI, M., RAJAEPOUR, S., RIZI, H.A., ZAHMATKESH, M., & NEMATOLAH, Z. (2011). The relationship between students' study

- habits, happiness and depression. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 2011 Summer; 16 (3): pp. 217-221.
- BALINT, E. & NORELL, J.S. (1986). *Seis minutos para o paciente*. São Paulo, Brasil: Maloine, 1986.
- BALINT, M. (1980). *Le Médecin, son malade e la maladie*. Paris, France: Payot.
- BALINT, M. (1986). *The Doctor, the Patient and the Illness*. Edinburgh, Scotland: Churchill Livingstone.
- BARAHONA FERNANDES (1991). Ética e Valores Humanos. *Rev Ordem dos Médicos*, Março, 1991, pg. 68.
- BARBOSA, A. (1985). O Clínico Geral, a Sabedoria Popular e a Educação para a Saúde. *Rev Port Clin Geral* 1985 Mar/Abr; 2 (8): pp. 19-23. Lisboa, Portugal: Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral.
- BARNHILL, L., & LONGO, D. (1978). Fixation and regression in the family circle, *Fam process*, 17:4. Disponível em URL: <http://www.fk.unair.ac.id/pdfiles/ebook/Handbook%20of%20couples%20therapy.pdf>, acedido em 14.07.12.
- BARROS, P., & SIMÕES, J. (2007). Portugal: health system review. Geneva, World Health Organization Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Citado em *Relatório Mundial da Saúde 2008*, Cuidados de Saúde Primários – Agora Mais Que Nunca, p. 3. Lisboa: Organização Mundial de Saúde, Alto Comissariado da Saúde.
- BARROSO, M.R., & RAMOS, V., (1991). A Formação Específica em Clínica Geral / Medicina de Família, III – Formação na área da relação médico-doente. *Rev Port Clin Geral*, Dez 1991, 8; (12): pp. 363-70. Lisboa, Portugal: Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral.
- BATEMAN, A., BROWN, D., & PEDDER, J. (2010). Therapeutics relationships. *Introduction to Psychotherapy, An Outline Of Psychodynamic Principles and Practice*, 4th edition, Part I, Psychodynamic Principles, pp. 68-90. New York, U.S.A. and Canada: Routledge.
- BATESON, G. (1979). *Mind and Natures: A Necessary Unity*. New York: USA: E. P. Dutton.
- BECKER, PHILIPSON & SOARES (2005). Citado em Relatório de Desenvolvimento Humano de 2011, Sustentabilidade e Equidade: Um Futuro Melhor para Todos, 2; p.31.

- IPAD / PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2011. New York: ed. Communications Development Incorporated, Washington D.C.
- BÉNOIT, J.C., & MALAREWICZ, J.-A. (1988) (em colaboração com C. Beaujean, Y. Colas, S. Kannas). Dictionnaire clinique des thérapies familiales systemiques. *Thérapie Familial Structurale*, p. 528. Paris, France: ESF.
- BENOIT, J.C. (2004a). A etologia clínica. *Tratamento das Perturbações Familiares*, 2ª edição, Setembro 2004, colecção Sistemas, Famílias e Terapias / 2, I Parte; (2): pp. 33-48. Lisboa, Portugal: Climepsi Editores, www.climepsi.pt.
- BENOIT, J.C. (2004b). A influência do psicoterapeuta e a prescrição do sintoma. *Tratamento das perturbações familiares*, 2ª edição, Setembro 2004, colecção Sistemas, Famílias e Terapias / 2, III Parte; (9): pp. 161-177. Lisboa, Portugal: Climepsi Editores, Setembro 2004, www.climepsi.pt.
- BENOIT, J.C. (2004c). Família e Marginalidades. Os heróis do desvio. *Tratamento das Perturbações Familiares*, 2ª edição, Setembro 2004, colecção Sistemas, Famílias e Terapias / 2, II Parte; (7): pp. 119-140. Lisboa, Portugal: Climepsi Editores, www.climepsi.pt.
- BENOIT, J.C. (2004d). A sala de terapia familiar, A influência do psicoterapeuta e a prescrição do sintoma. *Tratamento das perturbações familiares*, 2ª edição, Setembro 2004, colecção Sistemas, Famílias e Terapias / 2, III parte; (9): pp. 174-177. Lisboa, Portugal: Climepsi Editores, www.climepsi.pt.
- BENTES, M., DIAS, C.M., SAKELLARIDES, C., & BANKAUSKAITE, V. (2004). *Health care systems in transition: Portugal*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Citado em *Relatório Mundial da Saúde 2008*, Cuidados de Saúde Primários – Agora Mais Que Nunca, p. 3. Lisboa: Organização Mundial de Saúde, Alto Comissariado da Saúde.
- BENTO XVI (2011). Mensagem de Sua Santidade Bento XVI para a celebração do XLIV Dia Mundial da Paz, em 1 de Janeiro de 2011. Disponível em URL: http://www.vatican.va/holy_father/benedict_xvi/messages/peace/documents/hf_ben-xvi_mes_20101208_xliv-world-day-peace_po.html, acedido em 01.04.12.
- BERNARD, C. (1877). Citado em *Deuses e Demónios da Medicina*, Fernando Namora, Fevereiro 1978, vol. II, VI: p. 43. Portugal: Círculo de Leitores.

- BIGGS, W.S. (2011). Medical Human Sexuality. *Textbook of Family Medicine*, de Robert E. Rakel e David P. Rakel, eight edition, Part 2, Chapter 43, pp. 1000-1012. Philadelphia, U.S.A.: Elsevier Saunders, www.elsevierhealth.com
- BIRREN, J.E., KINNEY, D.K., SCHAIK, K.W., & WOODRUFF, D. (1981). *Developmental psychology: a life-span approach*. Boston, USA: Houghton Mifflin Company.
- BISCAIA, A. (2003). O Médico de Família e o Mundo. *Medicina Geral e Familiar 20 Anos, Da Memória*, 1ª edição, pp. 103-113. Edição APMCG e MVA Invent, Setembro 2003.
- BISCAIA, A., NOGUEIRA, P., MARTINS, J., CARREIRA, M. & FERRINHO, P. (2008). *Cuidados de saúde primários portugueses e a mortalidade vulnerável às intervenções dos serviços de saúde – o caso português*. Geneva, World Health Organization 2008 (unpublished background paper for the World Health Report 2008 – *Primary health care: now more than ever*, Geneva, World Health Organization, 2008). Citado em *Relatório Mundial da Saúde 2008, Cuidados de Saúde Primários – Agora Mais Que Nunca*, p. 3. Lisboa: Organização Mundial de Saúde, Alto Comissariado da Saúde.
- BLASCO-FONTECILLA, H., DELGADO-GOMEZ, D., LEGIDO-GIL, T., DE LEON, J., PEREZ RODRIGUEZ M.M., & BACA GARCIA, E. (2012). Can the Holmes-Rahe Social Readjustment Rating Scale (SRRS) be used as a suicide risk scale? An exploratory study, *Arch Suicide Res*, 2012; 16(1): pp. 13-28. doi: 10.1080/13811118.2012.640616.
- BOFF, L. (2002). Crise - oportunidade de crescimento. Campinas: Verus Editora. Citado em *Os professores e os desafios pedagógicos diante das novas gerações: considerações sobre o presente e o futuro*, de Elydio dos Santos Neto e Edgar Silveira Franco, *Revista de Educação do COGEiME*, Ano 19, n. 36, Janeiro / Junho 2010.
- BOGDAN, R., & BIKLEN, S.K. (1994). *Investigação qualitativa em educação: Uma introdução à teoria e aos métodos*, p. 90. Porto, Portugal: Porto Editora.
- BOVIER, P.A., & PERNEGER, T.V. (2003). Predictors of work satisfaction among physicians, *Eur J Public Health*, 2003 Dec; 13(4): pp. 299-305.
- BRAY, J. (1995). Family Assessment: Current issues in evaluating families, *Fam Relat* 1995b, 44(4): pp. 469-477.

- BRITO, C.P. (2011). Stress (distress) psicossocial e diabetes. *Anamnesis*, Ano 20, Vol. XX, nº 103, Maio / Junho 2011. Lisboa, Portugal: Edição Cortex – Publicações Técnicas e Científicas, Lda.
- BRITO, P. (1996). Citado na Comunicação social – *Público, A Bola, Record, As Beiras, Diário Regional Leiria* (11.10.96), *Médico de Família* (Setembro 1996).
- BRUMMEL-SMITH, K., & MOSQUEDA, L. (2007). Etapas del desarrollo humano. *Medicina de família, Principios y práctica*, de Robert B. Taylor, 2007, sexta edición, Parte I; (2): pp. 10-17. Barcelona, España: Elsevier Masson.
- BRUN, G. (1999). *Os benefícios de uma competição saudável*. Disponível em URL: http://www.educacional.com.br/educacao_fisica/educadores/educadores04.asp, acessado em 27.10.12.
- BRUNTON, S., & SUTHERLAND, J. (1988). Medicina prospectiva y estimación del riesgo para la salud. *Medicina de Familia, Principios y práctica*, de Robert B. Taylor, tercera edición, 1991, Parte I, (10): pp. 96-97. Barcelona, España: Ediciones Doyma, S.A., original Family Medicine. Principles and Practice, Springer Verlag, New York, Inc., 1988.
- BURNS, E.A. (1988). Intervención en la crisis. *Medicina de Familia, Principios y práctica*, de Robert B. Taylor, tercera edición, 1991, Parte I, (9): pp. 76-84. Barcelona, España: Ediciones Doyma, S.A., original Family Medicine. Principles and Practice, Springer Verlag, New York, Inc., 1988.
- CAEIRO RAMOS (2003). *Empowerment do cidadão em saúde: Qual o papel do profissional de saúde? Qual a percepção do cidadão?*, Dissertação de Mestrado, pp. 80-119. Universidade Nova de Lisboa, 24.11.03.
- CAILLÉ, P. (1987). L'intervenant, le système et la crise. *Thérapie familiale*, 8 (4): pp. 359-370. Paris, France: ESF.
- CALDWELL, B., & BRADLEY, R.H. (2001). *HOME Inventory Administration Manual*, 3ª ed., 2001, Little Rock, U.S.A.: University of Arkansas at Little Rock.
- CAMPBELL, T.L. (1986). Family's impact on health: a critical review. *Fam Syst Med* 1986; 4 (2): pp. 135-200.
- CAMPBELL, T.L. (2000). Family Systems Medicine. *Textbook of Family Medicine*, JW Saultz (editor), pp. 739-750. New York, U.S.A: Mc-Graw-Hill.
- CAMPBELL, T.L., & LARIVAARA, P., (2005). Working with families in primary care. *Oxford Textbook of Primary Medical Care*, de Ian McWhinney, 1; 9.2, pp. 299-303. New York, U.S.A: Oxford University Press.

- CAMPBELL, T.L., McDANIEL, S.H., & COLE-KELLY, K. (2007). Aspectos de la familia en la asistencia sanitaria. *Medicina de Familia, Principios y práctica*, de Robert B. Taylor, sexta edición, 2007, Parte I; (4): pp. 26-34. Barcelona, España: Elsevier Masson.
- CAMPBELL, T., SEABURN, D., & McDANIEL, S. (2007). Estrés familiar e asesoramiento. *Medicina de familia, Principios y práctica*, de Robert B. Taylor, sexta edición, Parte II A; (30): pp. 293-300. Barcelona, España: Elsevier Masson.
- CANAS, V. (2008). *Fórum da Sociedade Civil Euro-Africana*. Plataforma Portuguesa das ONGD, p. 19. Lisboa, Portugal: edição Plataforma Portuguesa das ONGD 2008.
- CANIÇO, H. (1989). Discurso de Abertura. *IV Jornadas de Clínica Geral de Coimbra* “A Clínica Geral tem mais encanto”, da Direcção Distrital de Coimbra da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral. Citado em Diário de Coimbra, 20.10.89, capa e p. 3.
- CANIÇO, H. (2002). Discurso de Abertura do *IV Encontro do Afecto - tédios e vazios e querereres e afectos*, Auditório das Escolas Superiores de Enfermagem de Bissaya Barreto e Tecnologias da Saúde de Coimbra, 27.11.02. Disponível em www.saudeportugues.org, acedido em 25.10.12, e em Saúde em Português, Avenida Elísio de Moura, 417, 1º E, Portugal.
- CANIÇO, H. (2002a). Ethical Dilems in General Practice. *Post Graduation Course for General Practitioners from Holland*, Organização Université de Genève, 19 Setembro 2002, Hospitais da Universidade de Coimbra, Portugal.
- CANIÇO, H. (2006). Em defesa das organizações não-governamentais. *Canto e Lágrimas em Terra Quente*, pp. 67-69. Coimbra, Portugal: Mar da Palavra – edições.
- CANIÇO, H. (2006b). *Canto e Lágrimas em Terra Quente*, p.38. Coimbra, Portugal: edição Mar da Palavra.
- CANIÇO, H. (2007). Prefácio. *Ser solidário, histórias de não solidão*. Ser solidário, estórias de amor e paz, Autores e Saúde em Português, Novembro 2007, pp. 5-6. Coimbra, Portugal: edição Saúde em Português – Associação de Profissionais de Cuidados de Saúde dos Países de Língua Portuguesa, apoiada por Bayer HealthCare Bayer Schering Pharma.
- CANIÇO, H. (2008). Prefácio. Em cidadania também há solidariedade. *Versos Per...versos*, de Duarte Klut e António Alves, autores e Saúde em Português, Abril 2008, p. 7. Coimbra, Portugal: edição Saúde em Português – Associação de

Profissionais de Cuidados de Saúde dos Países de Língua Portuguesa, apoiada por Frei Tuck, colecção Letras Lusófonas.

CANIÇO, H. (2008a). Comunicação no Painel IV - *Política para o Envelhecimento*, em Expovita 08 sénior, Conimbriga, em 27.09.08, e no 1º Encontro Sarah Beirão, O Envelhecimento Activo: conceitos e prática, Painel “Mais vida aos anos, mais anos à vida”, Promover a saúde e prevenir a doença, em Tábua, em 13.10.12. Revista Ser solidário, Disponível em Saúde em Português – Associação de Profissionais de Cuidados de Saúde dos Países de Língua Portuguesa.

CANIÇO, H. (2008b). A história épica de Cabo Verde. *Destino de bai, Antologia de poesia inédita caboverdiana*, de Autores e Saúde em Português, Junho 2008, pp. 3-4. Coimbra, Portugal: edição Saúde em Português – Associação de Profissionais de Cuidados de Saúde dos Países de Língua Portuguesa, www.saudeportuges.org.

CANIÇO, H. (2009). Estilos de Vida Estudantil em Coimbra na Queima das Fitas, apresentado em Conferência de Imprensa em 19.09.09, citado em *Universidade do Porto – Ciências da Comunicação, Tribuna Médica, TVI 24, Público, Diário de Coimbra, Diário XXI, Diário As Beiras, Fábrica de Conteúdos*. Disponível em Saúde em Português, www.saudeportuges.org, acedido em 01.11.12.

CANIÇO, H. (2010). A crise ou a morte anunciada das ONGD? Editorial, *Revista Ser Solidário*, nº 56, edição Abril / Maio 2010, p. 1. Coimbra, Portugal: Saúde em Português – Associação de Profissionais de Cuidados de Saúde dos Países de Língua Portuguesa.

CANIÇO, H. (2010a). Discurso de Abertura do Sarau da Lusofonia, disponível em *Saúde em Português – ONGD da CPLP*, página web em <http://www.saudeportuges.org/viewNews.php?artid=21>, acedida em 27.10.12.

CANIÇO, H. (2010b). Prefácio. *Projecto Liberta-te do tabaco, A Saúde e a Inclusão em Direitos Humanos. Conclusões*, de Equipa Técnica do projecto Liberta-te do Tabaco, revisão de Mónica Ferreira e Hernâni Caniço, Setembro 2010, pp. 1-2. Coimbra, Portugal: edição Saúde em Português – Associação de Profissionais de Cuidados de Saúde dos Países de Língua Portuguesa, apoiado financeiramente pela Direcção-Geral da Saúde de Portugal, www.saudeportuges.org.

CANIÇO, H. (2012). Prefácio. *Ser Voluntário / a... na saúde, caracterização dos /as voluntários/as e das Instituições em Portugal na área da saúde*, de Ana Rita Brito, Ana Sofia Branco, Rui Pinheiro e Vânia Dias, revisão de Mónica Ferreira e Hernâni Caniço, Maio 2012, p. 5. Coimbra, Portugal: edição Saúde em Português – Associação de

Profissionais de Cuidados de Saúde dos Países de Língua Portuguesa, apoiado financeiramente pela Direcção-Geral da Saúde de Portugal, www.saudeportugues.org.

CANIÇO, H. (2012a). Prefácio. *A Saúde na Esquina – A Saúde e a Inclusão em Direitos Humanos. Conclusões*, de Equipa Técnica do Projecto Saúde em Esquina, revisão de Hernâni Caniço, Maio 2012, Prefácio, p. 5. Coimbra, Portugal: edição Saúde em Português – Associação de Profissionais de Cuidados de Saúde dos Países de Língua Portuguesa, apoiado financeiramente pela Direcção-Geral da Saúde de Portugal, www.saudeportugues.org.

CANIÇO, H. (2012b). A doença escondida. *Venha Pelo Seu Pé, Resultados de Projecto*, de Saúde em Português e Equipa Técnica do Projecto Venha Pelo Seu Pé, supervisão e revisão de Hernâni Caniço, Dezembro 2012, Prefácio, p. 8. Coimbra, Portugal: edição Saúde em Português – Associação de Profissionais de Cuidados de Saúde dos Países de Língua Portuguesa, apoiado financeiramente pela Direcção-Geral da Saúde de Portugal, www.saudeportugues.org.

CANIÇO, H, BAIARRADA, P., RODRÍGUEZ, E., & CARVALHO, A. (2011). *Novos Tipos de Família, Plano de Cuidados*. Coimbra, Portugal: Imprensa da Universidade de Coimbra.

CANIÇO, H., BAIARRADA, P., RODRÍGUEZ, E., & CARVALHO, A. (2011a). Conclusões. *Novos Tipos de Família, Plano de Cuidados*, 2ª reimpressão, Dezembro 2011, (4): pp. 51-53. Coimbra, Portugal: Imprensa da Universidade de Coimbra.

CANIÇO, H., BAIARRADA, P., RODRÍGUEZ, E., & CARVALHO A. (2011b). Tipos de família, quanto às relações. *Novos Tipos de Família, Plano de Cuidados*, 2ª reimpressão, Dezembro 2011, 3.2; pp. 35-48. Coimbra, Portugal: Imprensa da Universidade de Coimbra.

CANIÇO, H., BAIARRADA, P., RODRÍGUEZ, E., & CARVALHO, A. (2011c). Introdução. *Novos Tipos de Família, Plano de Cuidados*, 2ª reimpressão, Dezembro 2011, (1): pp. 5-9. Coimbra, Portugal: Imprensa da Universidade de Coimbra.

CANIÇO, H, BAIARRADA, P., RODRÍGUEZ, E., & CARVALHO, A. (2011d). Tipos de família. *Novos Tipos de Família, Plano de Cuidados*, 2ª reimpressão, Dezembro 2011, (3): pp. 13-50. Coimbra, Portugal: Imprensa da Universidade de Coimbra.

CANIÇO, H., BAIARRADA, P., RODRÍGUEZ, E., & CARVALHO, A. (2011e). Tipos de família. *Novos Tipos de Família, Plano de Cuidados*, 2ª reimpressão, Dezembro 2011, (3): pp. 13-50. Coimbra, Portugal: Imprensa da Universidade de Coimbra. Disponível em URL: <http://www.mgfamiliar.net/tipfamil.pdf>, acedido em 15.10.12.

- CANIÇO, H., & FERREIRA, P.L. (2011). *Comissão de Apoio ao Desenvolvimento de Competências dos ACES / ULS da Região Centro*, Relatório apresentado ao Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde do Centro em 14.05.11, em Coimbra, e em sessão pública aos Directores Executivos dos Agrupamentos de Centros de Saúde e Unidades Locais de Saúde da Região Centro, em 30.06.11, em Condeixa-a-Nova.
- CAPLAN, G. (1980). *Princípios de psiquiatria preventiva*. Rio de Janeiro, Brasil: Zahar. Citado em *A Produção do conhecimento psicológopsiquiátrico em Saúde Mental: considerações a partir de um texto exemplar*, de Aline Frollini Lunardelli Lara. Disponível em URL:
<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/psicousp/v17n1/v17n1a04.pdf>
- CARDOSO, M. (2008). Sessão de Abertura da Expovita 08 sénior, Conimbriga, 26.09.08. Citado em *Diário as beiras*, 27.09.08.
- CARDOSO, S.M. (2012). Saúde e Trabalho. *Notas de Saúde Pública e Ambiental*, Curso de Medicina do Trabalho 2012, pp. 143-160. Coimbra, Portugal: Instituto de Higiene e Medicina Social, Faculdade de Medicina – Universidade de Coimbra.
- CARDOSO, S.M. (2012a). Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho. *Notas de Saúde Pública e Ambiental*, Curso de Medicina do Trabalho 2012, pp. 203-216. Coimbra, Portugal: Instituto de Higiene e Medicina Social, Faculdade de Medicina – Universidade de Coimbra.
- CARDOSO, S.M. (2012b). Doenças, Etnias e Desigualdades Sociais. *Notas de Saúde Pública e Ambiental*, Curso de Medicina do Trabalho 2012, pp. 39-48. Coimbra, Portugal: Instituto de Higiene e Medicina Social, Faculdade de Medicina – Universidade de Coimbra.
- CARLOS, J.S. (2011). Prefácio. *A Família em Medicina Geral e Familiar – conceitos e práticas*, coordenação Luís Rebelo. Lisboa, Portugal: Edições Verlag Dashofer, Health & Pharma Publishing.
- CARMICHAEL, L. (1985). A Different Way of Doctoring. *Family Medicine*, 17: p. 5. Set / Out 1985.
- CARMO, I. (2001). Introdução. *Conhecer os alimentos*, edição Março 2011, pp. 11-12. Lisboa, Portugal: Livros d'Hoje, Publicações D. Quixote, Lda.
- CARMO, I. (2011). Cadernos Saúde e Sociedade, *Recursos humanos em saúde, a importância de valorizar o factor humano*, p. 47-57. Loures, Portugal: Diário de Bordo Editores, 1041.

- CARRAGETA, M.O. (2010a). Introdução. *Como ter um Coração Saudável* – Guia para prevenir e curar as doenças cardiovasculares, Janeiro 2010, pp. 27-30. Lisboa, Portugal: Âncora editora, www.ancora-editora.pt
- CARRAGETA, M.O. (2010b). Alimentação saudável. *Como ter um Coração Saudável* – Guia para prevenir e curar as doenças cardiovasculares, Janeiro 2010, pp. 82-83. Lisboa, Portugal: Âncora editora, www.ancora-editora.pt
- CARRAGETA, M.O. (2010c). Actividade física, torne-a um hábito diário. *Como ter um Coração Saudável* – Guia para prevenir e curar as doenças cardiovasculares, Janeiro 2010, pp. 85-103. Lisboa, Portugal: Âncora editora, www.ancora-editora.pt
- CARRIÓ, F.B., ANDREU J.C., & FONTCUBERTA, J.M.B. (2008). Entrevista clínica y relación asistencial. *Atención Primaria – conceptos, organización e práctica clínica*, de A. Martín Zurro & J. F. Cano Pérez, sexta edición, Vol. I; Parte I (4); pp. 68-88. Barcelona, España: Elsevier España, S.L.
- CARRIÓ, F.B., & BARGALLÓ, M.C. (2008). Transtornos de salud mental. *Atención Primaria, conceptos, organización e práctica clínica*, de A. Martín Zurro e J.F. Cano Pérez, 6ª edición, Vol. II, Part V (42): pp. 1012-1050. Barcelona, España: Elsevier España, S.L.
- CARRIÓ, F.B., SANS, L.A., GARDE, T.M., BUGUÑÁ, J.R.S., MONTES, J.R., & APARÍCIO, D. (1991). Relação assistencial e modelo biopsicossocial. *Manual de Cuidados Primários, Organização e protocolos de actuação na consulta*, de A. Martín Zurro e J.F. Cano Pérez, vol. I; Parte I (5): pp. 52-66. Lisboa, Portugal: Farmapress Edições, Lda.
- CARSON, S.S. (2012). Definitions and epidemiology of the chronically critically ill, *Respir Care*, Pubmed, 2012 Jun; 57(6): pp. 848-856; discussion 856-858, disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22663962>, acedido em 01.11.12.
- CARTA DE OTTAWA (1986). Promoção da Saúde nos Países Industrializados, 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 17-21 Novembro 1986, Ottawa, Canadá, disponível em www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Ottawa.htm, acedido em 27.10.12.

- CARTER, E.A., & MCGOLDRICK, M. (1980). *The Family Life Cycle: A Framework for Family Therapy*, 1980. University Michigan / New York, U.S.A.: Gardner Press / Halsted Press. Disponível em URL: http://books.google.pt/books/about/The_Family_life_cycle.html?id=MzJHAAAAMAAJ&redir_esc=y, acessado em 21.10.12.
- CARUSO, L.B., & SILLIMAN, R.A. (2008). Geriatric Medicine, in *Harrison's, Principles of Internal Medicine*, de Fauci, Braunwald, Kasper, Hauser, Longo, Jameson e Loscalzo, 17th edition, Part 1; (9): pp. 53-62. U.S.A: McGraw Hill Medical.
- CARVALHO, A. (2000). Álcool e vírus das hepatites. *Álcool e Aparelho Digestivo*, Biblioteca Gastroenterológica, pp. 61-77. Lisboa, Portugal: Permanyer Portugal.
- CARVALHO, A. (2009). *III Encontro Nacional de Medicina Geral e Familiar das Faculdades de Medicina – Investigação e Ensino em MGF*, Programa. Coimbra, Portugal: 27.03.09. Disponível em Unidade Curricular de Clínica Geral / Medicina Geral e Familiar, Centro de Saúde Norton de Matos, Coimbra.
- CARVALHO, A. & GAMEIRO, M.A. (1986). A Observação Clínica em Psiquiatria. *Psiquiatria, Neurologia e Saúde Mental na Práxis do Clínico Geral*, 1^a edição, Abril 1986, cap. 3: pp. 77-98. Lisboa, Portugal: Edição Laboratórios U.C.B.
- CASSEL, E.J. (1991). *The Nature of Suffering and the goals of medicine*. New York: Oxford University Press.
- CEITLIN, J. (1988). Reflexiones sobre Medicina Familiar, *Butletí, Soc. Valenciana de Medicina Familiar i Comunitària*, nº especial, Fev 1988.
- CENSOS 2001 - Resultados Definitivos. Região Centro 2001 (2002). *XIV Recenseamentos Geral da População, IV Recenseamento geral da habitação*. Lisboa, Portugal: Instituto Nacional de Estatística / Statistics Portugal.
- CENSOS 2011. XV Recenseamento Geral da População, Resultados Provisórios, Instituto Nacional de Estatística, Statistics Portugal, pp. 14-15. Disponível em URL: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011_apresentacao, acessado em 01.11.12.
- CENSOS 2011 - Resultados Provisórios. *Recenseamentos Gerais da População, Estatísticas Demográficas, Inquérito ao Emprego*. Lisboa, Portugal: Instituto Nacional de Estatística / Statistics Portugal.
- CHAVES, G.M. (1994). Conceitos de família. *Bol Inst Clin Geral Zona Norte* 1994; 1 (2): 2-12. Citado por *Novos Tipos de Família, Plano de Cuidados*, de Hernâni Caniço,

- Pedro Bairrada, Esther Rodríguez & Armando Carvalho, Coimbra, Imprensa da Universidade de Coimbra, Dezembro 2011.
- CHEN, H., PINE, D.S., ERNST, M., GORODETSKY, E., KASEN, S., GORDON, K., GOLDMAN, D., & COHEN, P. (2012). The MAOA gene predicts happiness in women. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 2012 Aug 4, citado em Univadis, 31.08.12, 01:04, MNI - Médicos Na Internet, Saúde na Internet, SA.
- CHEZ, R.A., & JONAS, W.B. (2005). Developing healing relationships: foreword from the organizers. *J Altern Complement Med*. 2005;11, Suppl 1:s 1-2.
- CHRISTIE-SEELY, J. (1984), editor. *Working with the Family in Primary Care – a systems approach to health and illness*. New York / Michigan University, USA: Praeger Publishers.
- CHRISTIE-SEELY, J., TALBOT, Y., & CHARBONNEANS, S. (1984). The Family Life Cycle – Its Importance in Working with Families. *Working with the Family in Primary Care. A System Approach to Health and Illness*. chapter 3. New York, U.S.A.: Praeger Publishers.
- CIF (2001). Família de Classificações Internacionais da Organização Mundial de Saúde. *World Health Organization Family of International Classifications - WHO-FIC*
- CIME – COMISSÃO INTERMINISTERIAL PARA O EMPREGO (2001). Terminologia de Formação Profissional, Alguns Conceitos de Base – III, Direcção-Geral do Emprego e Formação Profissional. Disponível em URL: http://www.dgert.mtss.gov.pt/Emprego%20e%20Formacao%20Profissional/terminologia/doc_terminologia/CIME%20-%20Terminologia.pdf, acedido em 27.10.12.
- COBB, S. (1976). Social support as a moderator of life stress, *Psychosom Med* 1976, 38: pp. 300-314. IBrown University, Providence.
- CONDON, J. (2007). What about dad? Psychosocial and mental health issues for new fathers, *Aust Fam Physician*, 2007 Sept, 35; (9): pp. 690-692.
- COOPER, C., BEBBINGTON, P., REI, M., JENKINS; R., FARRELL, M., BRUGHA, T., McMANUS, S., STEWART, R., & LIVINGSTON, G. (2011). Happiness across age groups: results from the 2007 National Psychiatric Morbidity Survey, *Int J Geriatr Psychiatry*, 2011 Jun; 26 (6): pp. 608-614. doi: 10.1002/gps.2570. Epub 2010 Dec 9.
- CORREIA, I.M. (2002). Famílias monoparentais – Uma família, um caso... *Rev Port Clin Geral* 2002; (18): pp. 241-249. Carnaxide, Portugal: Publicsaúde, Edições Médicas, Lda.

- COSTA, A.M. (2011). Critérios para avaliação familiar. *A Família em Medicina Geral e Familiar, Conceitos e Práticas*, coordenação Luís Rebelo, pp. 87-93. Lisboa, Portugal: Verlag Dashofer, Health & Pharma Publishing.
- COSTA, A.M. (2011a). Apgar familiar. Percepção individual da funcionalidade familiar. *A Família em Medicina Geral e Familiar, conceitos e práticas*, coordenação de Luís Rebelo, pp. 115-122. Lisboa, Portugal: Verlag Dashofer, Health & Pharma Publishing.
- COSTA, A.M. (2011b). Caracterização das famílias numa lista de utentes. Analisar o presente com algumas “fotos” do passado. *A Família em Medicina Geral e Familiar, conceitos e práticas*, coordenação Luís Rebelo, pp. 157-168. Lisboa, Portugal: Verlag Dashofer, Health & Pharma Publishing.
- COSTA, A.M., ANTÃO, C., & RAMALHO, J. (2011). Caracterização das famílias numa lista de utentes. Analisar o presente com algumas “fotos” do passado. *A Família em Medicina Geral e Familiar, conceitos e práticas*, coordenação de Luís Rebelo, pp. 157-168. Lisboa, Portugal: Verlag Dashofer, Health & Pharma Publishing.
- COSTA, A.P., VAZ, A.C., CASTRO, I., & DÓRIA, J.M. (1992). Determination of HBSAg in pregnancy. Epidemiologic study of 100 cases, *Acta Med Port*, 1992 Mar; 5(3): pp. 124-127.
- COSTA, R.M, & BRODY, S. (2012). Sexual satisfaction, relationship satisfaction, and health are associated with greater frequency of penile-vaginal intercourse, *Sexo Arch Behav*, 2012 Feb; 41 (1): pp. 9-10.
- COURTRIGHT, J.A. (2007). Relational Communication: As Viewed From The Pragmatic Perspective. *Explaining Communication: Contemporary Theories and Exemplars*, de Brian B. Whaley e Wendy Samter, (17): p. 313. New Jersey, U.S.A.: Lawrence Erlbaum Associates, Inc. Publishers.
- CRAWLEY, L. (2001). Palliative care in African American communities. Innovations in End-of-Life. Citado em *Oxford Textbook of Primary Medical Care*, de Ian R. McWhinney, 2006, Families, health, and cultural diversity, Issues of trust and distrust, vol. 1; Section 9, 9.2. New York, U.S.A.: Oxford University Press Inc.
- CUYPERS, K., KROKSTAD, S., HOLMEN, T.L., KNUDTSEN, M.S., BYGREN, L.O., & HOLMEN, J. (2011). Patterns of receptive and creative cultural activities and their association with perceived health, anxiety, depression and satisfaction with life among adults: the HUNT study, Norway, *Journal of Epidemiology and Community Health*, Jun 2011, vol. 65, nº 6. DOI: 10.1136/jech.2010.113571

- DAMNED GROUP (1973). *Lessons from the damned: class struggle in the Black community*, p. 69. Northwestern University, U.S.A: Times Change Press.
- DAS, B.K., & MORSE, D.A. (1958). Convenção Concernente a Discriminação em Matéria de Emprego e Profissão. Conferência Geral da Organização Internacional do Trabalho, 42ª sessão, 05.07.58. Disponível em URL: http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/conv_oit_disc_emprego.htm, acessado em 27.10.12.
- DAVID DE MORAIS, J.A. (1989a). Relação Médico-paciente: o Internista, o Clínico Geral e a Medicina Psicossomática. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, Novembro 1989, vol. 6, nº 11, pp. 322-329.
- DECLARAÇÃO DE FILADÉLFIA (1944). Anexo à Constituição da Organização Internacional do Trabalho, 26ª sessão, 10.05.44. Disponível em URL: http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/conv_oit_disc_emprego.htm, acessado em 27.10.12.
- DECLARAÇÃO DE SUNDSVALL (1991). Declaração de Sundsvall, Promoção da Saúde e Ambientes favoráveis à Saúde, 3ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 9-15 Junho 1991, Sundsvall, Suécia. Disponível em URL: www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Sundsvall.htm, acessado em 27.10.12.
- DE LA REVILLA, Q., CONSTAN, E., UBEDA, P., FERNÁNDEZ, G., FERNÁNDEZ, M., & CASADO, I.M. (1998). Genograms and the vital cycle of a family, *Rev Enferm*, 1998 Sep; 21(241): pp. 24-30.
- DENHAM, A.C., & ZOLOTOR, A.J. (2012). Family Violence. *Essentials of Medicine*, sixth edition, de Philip D. Sloane, Lisa M. Slatt, Mark H. Ebell, Mindy A. Smith. David Power e Anthony J. Viera, I, Chapter 46, pp. 543-550. Philadelphia, U.S.A.: Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins.
- DIÁRIO AS BEIRAS (2012). *Diálogo intercultural tornou-se uma urgência humanitária*, edição nº 5709, de 11/12.ago.2012, p. 5.
- DICIONÁRIO DA LÍNGUA PORTUGUESA CONTEMPORÂNEA (2001a). Academia das Ciências de Lisboa, I vol., A-F, p. 159. Realização da Academia das Ciências de Lisboa e da Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa, Portugal: Instituto de Lexicologia e Lexicografia da Academia das Ciências de Lisboa e Editorial Verbo 2001.

DICIONÁRIO DA LÍNGUA PORTUGUESA CONTEMPORÂNEA (2001c). Academia das Ciências de Lisboa, I vol., A-F, pp. 215-217. Realização da Academia das Ciências de Lisboa e da Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa, Portugal: Instituto de Lexicologia e Lexicografia da Academia das Ciências de Lisboa e Editorial Verbo 2001.

DICIONÁRIO DA LÍNGUA PORTUGUESA CONTEMPORÂNEA (2001). Academia das Ciências de Lisboa, II vol., G-Z, p. 3689. Realização da Academia das Ciências de Lisboa e da Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa, Portugal: Instituto de Lexicologia e Lexicografia da Academia das Ciências de Lisboa e Editorial Verbo 2001.

DICIONÁRIO DA LÍNGUA PORTUGUESA CONTEMPORÂNEA (2001b). Academia das Ciências de Lisboa, II vol., G-Z, pp. 3346-3347. Realização da Academia das Ciências de Lisboa e da Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa, Portugal: Instituto de Lexicologia e Lexicografia da Academia das Ciências de Lisboa e Editorial Verbo 2001.

DOHERTY, W.A., & CAMPBELL, T.L. (1988). *Families and Health*. Beverly Hill, CA, U.S.A.: Sage. Disponível em URL:

http://www.libreriafarmaceutica.com/cover_note/books/7/7/3/9780387223377/9780387223377-c1.pdf, acessado em 15.07.12.

DOHRENWEND, A. (2006). Fish, isms, medicine, and marriage, *Fam Med* 2006 Feb, 38; (2): pp. 133-135.

DOMINIAN, J., (1972). Marital pathology. A review. *Postgrad Med J* 1972 Sep; 48 (563): pp. 517-528.

DULIN, P.L., GAVALA, J., STEPHENS, C., KOSTICK, M., & McDONALD, J. (2012). Volunteering predicts happiness among older Māori and non-Māori in the New Zealand health, work, and retirement longitudinal study, *Aging Ment Health*, 2012;16 (5): pp. 617-624.

DUNCAN, M.S., ROSSI, G., KIELING, C., SCHMIDT, M.I. (2004). Diretrizes alimentares e nutricionais para a prevenção de doenças crônicas no adulto. *Medicina ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências*, 3ª edição, de Bruce B. Duncan, Maria Inês Schmidt, Elsa R.J. Giugliani e colaboradores, 3ª edição, Seção V; (52): pp. 498-507. São Paulo, Brasil: Artmed Editora.

DURVAN, S.A. (2004). *Grande Enciclopédia Universal*, vol. 16: p. 10799. Lisboa, Portugal: editora Durclub, S.A. / Correio da Manhã.

- DUVALL, E.M. (1977). *Marriage and Family Development*. Philadelphia, U.S.A: JB Lippincott Company, Family & Relationships.
- ENELOW, A.J., FORDE, D.L., & BRUMMEL-SMITH, K. (1999). Respostas emocionais aos pacientes e às doenças. *Entrevista Clínica e Cuidados ao Paciente*, 5: 81-97, 4ª edição. Lisboa, Climepsi Editores.
- ENGEL, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 1977 Apr 8; 196 (4286): pp. 129-136.
- EPSTEIN, D.H., & PRESTON, K.L. (2012). TGI Monday?: drug-dependent outpatients report lower stress and more happiness at work than elsewhere, *Am J Addict*, 2012 May-Jun; 21(3): pp. 189-198. doi: 10.1111/j.1521-0391.2012.00230.x. Epub 2012 Apr 6.
- EURACT - European Academy of Teachers in General Practice (2005). The EURACT Educational Agenda of General Practice / Family Medicine. Introdução à Agenda Educativa EURACT de Medicina Geral e Familiar, Julho 2006, editor Jan Heyrman, revisão de Armando Brito de Sá, pp. 3-5. Portugal: edição portuguesa da ADSO (Associação dos Docentes e Orientadores de Medicina Geral e Familiar).
- FALCETO, O.G., FERNANDES, C.L.C., & WARTCHOW, E.S. (2004). O Médico, o Paciente e a sua Família. *Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências*, 3ª edição, de Bruce B. Duncan, Maria Inês Schmidt, Elsa Giugliani e colaboradores, 2006, Seção II (10): pp. 115-124. S. Paulo, Brasil: Artmed Editora.
- FAMILY TIES WEBSITE (2011). *Family Ties Website*. Disponível em: URL: <http://www.edu.pe.ca/southernkings/family.htm>, acedido em 06.06.11.
- FAUSTO, A. (2004). A família portuguesa, tendências actuais. *Revista Cidade Solidária*, Julho 2004, pp. 2-5.
- FEINSTEIN, R.E., & SNAVELY, A. (2011). Crisis Intervention, Trauma, and Intimate Partner Violence. *Textbook of Family Medicine*, de Robert E. Rakel e David P. Rakel, eight edition, Part 2, Chapter 45, pp. 1022-1036. Philadelphia, U.S.A.: Elsevier Saunders, www.elsevierhealth.com
- FERIGATO, S.H., CAMPOS, R.T.O., & BALLARIN, M.L.G.S. (2007). O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. *Revista de Psicologia da UNESP*, 2007; 6; (1): pp. 31-44.
- FERNANDES, A.C. (2011). Editorial. *Recursos Humanos em Saúde – A Importância de Valorizar o Factor Humano*, Cadernos Saúde & Sociedade, 1ª edição, Agosto 2011, pp. 11-12. Loures, Portugal: editores Diário de Bordo, apoio MSD.

- FERNÁNDEZ, M.S.C. (2003). Las Configuraciones Familiares. *Revista de Trabajo Social de la Caja Costarricense de Seguro Social*, Sección de Trabajo Social, Vol. 28, nº 65, Enero 2003. Disponível em URL: http://www.binasss.sa.cr/revistas/ts/65/art2.htm#*, acessado em 10.08.12.
- FERNANDÉZ, E.S., SOUTH-PAUL, J.E., & MATHENY, S.C. (2007). Aspectos culturales, raciales y étnicos de la asistencia sanitária. *Medicina de família, Princípios y práctica*, de Rober B. Taylor, sexta edição, 2007, Parte I (3); pp. 18-25. Barcelona, España: Elsevier Masson.
- FERREIRA, F.M.F (1995). O hábito de beber em excesso, Revelações do próprio Fernando Pessoa. *O Hábito De Beber No Contexto Existencial E Poético De Fernando Pessoa* – Prémio Bial 1994, 1ª edição, 1995, pp. 101-106. Porto, Portugal: Laboratórios Bial.
- FISHER, L., & RANSOM, D.C. (1995). An empirically derived typology of families: I. Relationships with adult health, *Fam Process*, 1995 Jun; 34(2): pp. 161-182. Disponível em URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7589416>, acessado em 01.11.12.
- FÓRUM NACIONAL DE CONSENSO, POR UMA CULTURA DE PAZ E TOLERÂNCIA (2010). Disponível em URL: http://www.platongs.org.cv/index.php?option=com_docman&Itemid=83, acessado em 01.04.12.
- FOSS, L., & ROTHENBERG, K. (1987). *The Second Medical revolution: From Biomedicine to Infomedicine*. Boston, U.S.A.: MA, New Science Library, Shambala.
- FRASQUILHO, M.A. (2007). Stress. Sociedade Portuguesa de Aterosclerose, *Recomendações Portuguesas para a Prevenção Primária e Secundária da Aterosclerose* 2007, pp. 85-93. Lisboa, Portugal: Pfizer.
- FREELING, P., & HARRIS, C.M. (1984). *The Doctor-Patient Relationship*. New York, U.S.A.: Churchill Livingstone, 1984.
- FREITAS, R. (2012). Dilema da Concentração Geográfica e Especialização. Estudo Sobre Ajuda Humanitária e de Emergência em Portugal, comentários do Grupo de Trabalho de Ajuda Humanitária e de Emergência da Plataforma Portuguesa das ONGD, Outubro 2012, pp. 30-32. Lisboa, Portugal: Plataforma Portuguesa das ONGD, apoio Camões, Instituto da Cooperação e da Língua.
- FREYMAN, J.G. (1989). The public's health care paradigm is shifting: medicine must swing with it. *J Gen Med* 1989; 4: pp. 313-319.

- FRY, J., GAMMILL, E., & SMITH, R. (1978). *Scientific Foundations of Family Medicine*. Chicago, U.S.A.: Year Book Medical Publishers.
- FUNDAÇÃO PORTUGUESA DE CARDIOLOGIA (1996). *Gestão do Stress e Prevenção das Doenças Cardiovasculares. Anamnesis*. 1996; 41; p. 6. Lisboa, Portugal: Edição Cortex – Publicações Técnicas e Científicas, Lda.
- GALPERIN, J. (1985). Curso de Medicina Familiar, Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, Coimbra.
- GAMEIRO, J. (1992). *Voando sobre a Psiquiatria*. Porto, Portugal: Edições Afrontamento.
- GAMEIRO, M.A., & CARVALHO, A. (1986). As disfunções sexuais na prática clínica. *Psiquiatria, Neurologia e Saúde Mental na Práxis do Clínico Geral*, de A. Alves Gomes, E.L. Cortesão, E.S. Silva, 1ª edição, Abril 1986, pp. 333-346. Lisboa, Portugal: Laboratórios U.C.B.
- GARCIA-SHELTON, L.M. (1988). Técnicas de entrevista y comunicación. *Medicina de Familia, Principios y práctica*, de Robert B. Taylor, tercera edición, 1991, Parte I, (6): pp. 55-61. Barcelona, España: Ediciones Doyma, S.A., original Family Medicine. Principles and Practice, Springer Verlag, New York, Inc., 1988.
- GARCIA-SHELTON, L.M. & BRODY, H. (1983). Family Structure and Development. *Family Medicine. Principles and Practice*, de Robert B. Taylor, 2nd edition. New York, U.S.A.: Springer Verlag.
- GARDNER, W., NUTTING, P.A., KELLEHER, K.J., WERNER, J.J., FARLEY, T., STEWART, L., HARTSELL, M., & ORZANO, A.J. (2001). Does the family Apgar effectively measure family functioning? *J Fam Pract*, 2001 Jan, vol. 50, nº 1: pp. 19-25.
- GENÉ BADIA, J. (1995). Escaso futuro para el gatekeeping en España. *Aten Primaria* 1995; 15: pp. 418-420.
- GEYMAN, J.P. (1990). Family medicine as an academic discipline: Progress, challenges, and opportunities. *J. Fam. Pract.* 1990; 31: pp. 297-303. Department of Family Medicine, University of Washington School of Medicine, Seattle.
- GHENT, A. (2011). The happiness effect, *Bull World Health Organ*, 2011 Apr 1; 89 (4): pp. 246-247.
- GHIGLIONE, R. & MATALON, B. (2005). *O Inquérito*. Oeiras, Portugal: Celta.
- GIMENO, A. (2001). Tipos de famílias, Composição e Funções Básicas da Família, Conceito de família e seus limites. *A Família, O Desafio da Diversidade*, colecção

- Epistemologia e Sociedade / 197, direcção António Oliveira Cruz, cap. 2; (1): pp. 39-54. Lisboa, Portugal: Edição Instituto Piaget, www.ipiageteditora.com.
- GIMENO, A. (2001b). Função socializante, O desempenho das funções básicas. *A Família, O Desafio da Diversidade*, colecção Epistemologia e Sociedade / 197, direcção António Oliveira Cruz, cap.2; 2.2, pp. 60-62. Colecção Epistemologia e Sociedade. Lisboa, Portugal: Edição Instituto Piaget, www.ipiageteditora.com.
- GOLDBERG, B.W. (2006). Atención primaria basada en la población. *Medicina de familia: Principios y práctica*, de Robert B. Taylor, 6ª edición, Parte I; (6): pp. 44-50. Barcelona, España: Elsevier Masson.
- GOMES, A.A., CORTESÃO, E. L., & SILVA, E. S. (1986). A relação médico-doente. *Psiquiatria, Neurologia e Saúde Mental na Práxis do Clínico Geral*, 1ª edição, Abril 1986, cap. 1: pp. 25-45. Lisboa, Portugal: Edição Laboratórios U.C.B.
- GOMES, A.A., CORTESÃO, E. L., & SILVA, E. S. (1986a). A compreensão psicológica, A relação médico-doente. *Psiquiatria, Neurologia e Saúde Mental na Práxis do Clínico Geral*, 1ª edição, Abril 1986, cap. 1: p. 29. Lisboa, Portugal: Edição Laboratórios U.C.B.
- GOMES, A.A., CORTESÃO, E. L., & SILVA, E. S. (1986b). A compreensão situacional, A relação médico-doente. *Psiquiatria, Neurologia e Saúde Mental na Práxis do Clínico Geral*, 1ª edição, Abril 1986, cap. 1: p. 32. Lisboa, Portugal: Edição Laboratórios U.C.B.
- GOMES, A.A., CORTESÃO, E.L., & SILVA, E.S. (1986c). Outras atitudes do self (ante a sua componente ou processo patológico), A relação médico-doente. *Psiquiatria, Neurologia e Saúde Mental na Práxis do Clínico Geral*, 1ª edição, Abril 1986, cap. 1: pp. 41-44. Lisboa, Portugal: Edição Laboratórios U.C.B.
- GORDON, T. (1975). P.E.T. Parents Effectiveness Training. New York, U.S.A.: North American Library. Citado por Kerby T. Alvy, *An Effective Parenting Initiative, To Make the United States of America a Model, Child and Family-Friendly Nation*, Center for the Improvement of Child Caring, California, U.S.A.. Disponível em URL: www.ciccparenting.org, acedido em 15.07.12.
- GOSTIN, L.O. (2000). Public health law in a new century. Part I: law as a tool to advance the community's health. *Journal of the American Medical Association*, 2000, 283: 2837-2841. Citado em *Relatório Mundial da Saúde 2008*, Cuidados de Saúde Primários – Agora Mais Que Nunca, p. 19. Lisboa: Organização Mundial de Saúde, Alto Comissariado da Saúde.

- GRANDE, N.R. (2003). Memória viva da medicina geral e familiar. *Medicina Geral e Familiar, 20 anos, Da Memória*, 1ª edição, Setembro 2003, pp. 45-51. Lisboa, Portugal: Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral e MVA Invent.
- GUERREIRO, M.D. (2011). Estruturas familiares e contextos sociais. *A Família em Medicina Geral e Familiar, conceitos e práticas*, coordenação de Luís Rebelo, pp. 11-30. Lisboa, Portugal: Verlag Dashofer, Health & Pharma Publishing.
- GUERREIRO, M.D., & CARVALHO, H. (2007). O stress na relação trabalho-família; uma análise comparativa. *Família e Género em Portugal e na Europa*, Karin Wall e Lígia Amâncio, pp. 129-179. Lisboa, Portugal: Instituto de Ciências Sociais.
- GUIA DAS ONGD – 2012 (2012). Introdução. Plataforma Portuguesa das ONGD, p. 9. Lisboa, Portugal: edição Plataforma Portuguesa das ONGD 2012.
- GUIAS DE EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE (2001). *Guia básico para profissionais de saúde sobre o aconselhamento dirigido à mudança de estilos de vida*. Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud, Sociedad Española de Família y Comunitaria, pp. 7-20. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde de Portugal / Direcção-Geral da Saúde.
- GUIA DE ESTUDO EM MEDICINA GERAL E FAMILIAR – 5º ANO (2011). Web On Campus (WOC), Unidade Curricular de Clínica Geral / Medicina Geral e Familiar, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Disponível em URL: www.uc.pt, acedido em 03.10.11.
- GUIA DE ESTUDO EM MEDICINA GERAL E FAMILIAR – 6º ANO. Web On Campus (WOC), Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Disponível em URL: www.uc.pt, acedido em 03.10.11.
- GIRGUIS-BLAKE, J., WOLFF, T., CRICHLLOW, R., WILSON, J.E., & MEYERS, D. (2011). Preventive Health Care. *Textbook of Family Medicine*, de Robert E. Rakel e David P. Rakel, eight edition, Part 1, Chapter 6, pp. 73-99. Philadelphia, U.S.A.: Elsevier Saunders, www.elsevierhealth.com
- HALVORSEN, J.G. (2009). Sexual Dysfunction. *Family Medicine: Ambulatory Care and Prevention*, de Mark B. Mengel, e L. Peter Schiwiebert, fifth edition, Section IV; (99): pp.744-759. U.S.A.: McGraw Medical, a Lange clinical manual, www.mcgraw-hillmedical.com.
- HAPSARA, H.R. (1999). Prefácio. Classificação Internacional de Cuidados Primários, 2ª edição, Novembro 1999, da Comissão Internacional de Classificações da WONCA,

pp. 7-8. Lisboa, Portugal: Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral – Departamento Editorial / Oxford University Press / WONCA.

HASKELL, W.L. (1996). La vida sedentária como factor de riesgo de cardiopatía coronaria. *Primer de Cardiología Preventiva*, primera edición, pp. 131-141. Barcelona, Espanha: American Heart Association e Pfizer Roerig.

HEATH, I., EVANS, P., & VAN WEEL, C. (2000). The specialist of the discipline of general practice. Semantics and politics mustn't impede the progress of general practice. *British Medical Journal* 2000 Feb 5; 320 (7231): pp. 326-327.

HELMAN, C.G. (2000). *Culture, Health and Illness*, 4th edn. Oxford, England: Oxford University Press.

HERTH, K. (1996). Genograms: application in hospice care, *Home Healthc Nurse*, 1996 Jul; 14 (7): pp. 501-508; quiz 509-10.

HIRSCH, L.L. (1988). Diferenciación de problemas. *Medicina de Familia, Principios y práctica*, de Robert B. Taylor, tercera edición, 1991, Parte I, (7): pp. 62-69. Barcelona, España: Ediciones Doyma, S.A., original Family Medicine. Principles and Practice, Springer Verlag, New York, Inc., 1988.

HOFFMAN, L. (1980). The Family Life Cycle and distribution change. *The Family Life Cycle: A Framework for Family Therapy*. New York, U.S.A.: Gardner Press.

HOLMES, T.H., & RAHE, R.H. (1967). The social readjustment rating scale, *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 11: pp. 213-218. Northern Ireland: Pergamon Press.

HOLT – LUNSTAD, J., SMITH, T.B., & LAYTON, J.B. (2010). Social Relationships and Mortality Risk: a Meta-analytic Review, *PLOS Medicine*, July 2010. Disponível em URL:

<http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000316>,
acedido em 04.04.12.

HORDER, J.P., & SWIFT, G. (1979). The History of Vocational Training for General Practice. *J. Royal Coll. Gen. Practition.* 1979 Jan; 29 (198): pp. 24-32. Disponível em URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1371965/>,
acedido em 11.05.12.

I CONGRESSO LUSO-BRASILEIRO DE MEDICINA GERAL, FAMILIAR E COMUNITÁRIA (2000). Organização Saúde em Português e Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, no Brasil (Rio de Janeiro, Fortaleza, Salvador, Porto Alegre). Citado em revista “Ser solidário” (Saúde em Português) e jornal “Médico de Família” (Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral).

- IMPERATORI, E. (1985). Ficha familiar dos centros de saúde: vantagens e dificuldades, 1985 *Rev. Port. Saúde Pública*, 3 (3): pp. 51-56.
- INE, INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2010). *Recenseamentos Gerais da População* (1960, 2001); Estatísticas Demográficas; Inquérito ao Emprego. Instituto Nacional de Estatística, Portugal.
- INUI, T.S., CARTER, W.B., KUKULL, W.A., & HAIG, V.H. (1982). Outcome-Based Doctor-patient Interaction Analysis. *Med Care* 1982; 20 (6): pp. 535-566.
- Disponível em URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7109738>, acessado em 06.06.12.
- JALALI, C. (2012). Os Desafios da Boa Governação. *Portugal e África, Melhor Cooperação, Melhor Desenvolvimento*, coordenação Ana Filipa Oliveria e Fátima Proença, pp. 85-90. Lisboa, Portugal: edição ACEP – Associação para a Cooperação entre os Povos e IPAD – Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento.
- KANTHA, S.S. (1996). Einstein's medical friends and their influence on his life, *Med Hypotheses*, 1996 Mar; vol. 46(3): pp. 257-260.
- KELLERHALS, J. (1987). Les types d'interaction dans la famille, *L'Année sociologique* 1987, n.º 37, pp. 153-179. Citado por Sofia Aboim, Emoções e rotinas: A construção da autonomia na vida conjugal, Actas dos ateliers do V Congresso Português de Sociologia, Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Acção, Atelier: Famílias.
- KELLERHALS, J., LEVY, R., WIDMER, E., ERNST, M., & HAMMER, R. (2000). *Cohésion, régulation et conflits dans les familles contemporaines*, 2000. Rapport final au Fonds National de la Recherche Scientifique, Universités de Genève et de Lausanne, Switzerland.
- KELLERHALS, J. PERRIN, J-F, STEINAUER-CRESSON, G., VONECHE, L., & WIRTH, G. (1982). *Mariages au quotidien: inégalités sociales, tensions culturelles et organisation familiale*. Lausanne, Switzerland: Éd. Pierre-Marcel Favre. Citado por Rodrigo Rosa, Escolha do cônjuge em Portugal, Actas do Colóquio Internacional “Família, Género e Sexualidade nas Sociedades Contemporâneas”, p. 109, Lisboa, Associação Portuguesa de Sociologia, 2002.
- KELLERHALS, J. & ROUSSEL, L. (1987). Les sociologues face aux mutations de la famille: quelques tendances des recherches (1965-1985). *L'Année sociologique* 1987, 37, pp. 15-43.
- KELLERHALS, J. & TROUTOT, P-Y, (1987). Milieu social et types de familles: une approche interactive. *Annales de Vaucresson* 1987, 26, n.º 1, pp. 367- 413.

- KERRIDGE, I.H., McPHEE, J., GARVEY, G., & TOWNEY, P. (2001). Discrimination in medicine: the uncertain role of values. *Internal Medicine Journal*, 31, pp. 541-543.
- KELLY, R.B. (2011). Patient Education. *Textbook of Family Medicine*, de Robert E. Rakel e David P. Rakel, eight edition, Part 1, Chapter 13, pp. 160-165. Philadelphia, U.S.A.: Elsevier Saunders, www.elsevierhealth.com.
- KICKBUSH, I. (2007). Innovation in health policy: responding to health society. *Gaceta Sanitaria*, 56:338-342. Citado em *Relatório Mundial da Saúde 2008*, Cuidados de Saúde Primários – Agora Mais Que Nunca, p. 16. Lisboa: Organização Mundial de Saúde, Alto Comissariado da Saúde.
- KIRITZÉ-TOPOR, P. & BÉNARD, J-Y (2007). Formação. *Guia Prático Climepsi de Alcoologia*, Dezembro 2007, III parte; (10): pp. 181-183. Lisboa, Portugal: Climepsi
- KIRKLAND, K. (1982). Assessment and treatment of family violence. *J. Fam Pract*, 14: pp. 713-718. Citado em *Medicina de Familia, Principios y práctica*, de Robert B. Taylor, tercera edición, 1991, Intervención en la crisis, Parte I, (9): pp. 76-84. Barcelona, España: Ediciones Doyma, S.A., original Family Medicine. Principles and Practice, Springer Verlag, New York, Inc., 1988.
- KLEINMAN, A. (1980). Patients and Healers in the Context of Culture. *Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley, U.S.A.: University of California Press.
- KLEINMAN, A., EISENBERG, J. & GOOD, B. (1978). Culture, illness and care: Clinical lessons from anthropologic cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine*, 88: pp. 251-258.
- KNAUTH, D.R., & OLIVEIRA, F.A. (2004). Antropologia e Atenção Primária à Saúde. *Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências*, de Bruce B. Duncan, Maria Inês Schmidt, Elsa R.J. Giugliani e colaboradores, 3ª edição, Seção II; (15): pp. 155-159. S. Paulo, Brasil: Artmed Editora.
- KOPES-KERR, C.P. (2011). Lifestyle Interventions and Behavior Change. *Textbook of Family Medicine*, de Robert E. Rakel e David P. Rakel, eight edition, Part 1, Chapter 7, pp. 100-111. Philadelphia, U.S.A.: Elsevier Saunders, www.elsevierhealth.com.
- KORIN, E.C., & LEBENSOHN, P. (2005). Families, health, and cultural diversity. *Oxford Textbook of Primary Medical Care*, de Ian McWhinney, 1; Section 9 (9.2): pp. 303-309. New York, U.S.A.: Oxford University Press.

- KORIN, E.C., McGOLDRICK, M., & WATSON, W. (2002). The individual and family life cycle. *Fundamentals of Clinical Practice* 2nd edn. (ed. M. Mengel, W. Holleman, and S. Fields), pp. 19-45. New York, U.S.A.: Kluwer / Plenum Press.
- KRIEGER, N. (1993). Analysing socioeconomic and racial / ethnic patterns in health care. *American Journal of Public Health* 83, pp. 1086-1087.
- LAGINHA, T. (2007). Terapia Familiar em Medicina Geral e Familiar. *Rev Port Clin Geral* 2007; 23: pp. 331-336. Carnaxide, Portugal: Publisaúde – Edições Médicas, Lda.
- LAGINHA, T. (2011). Consulta familiar. *A Família em Medicina Geral e Familiar, Conceitos e Práticas*, coordenação Luís Rebelo, pp. 145-156. Lisboa, Portugal: Verlag Dashofer, Health & Pharma Publishing.
- LAM, W.W.W, FIELDING, R., McDOWELL, I., JOPHNSTON, J., CHAN, S., LEUNG, G.M., & LAM, T.H. (2012). Perspectives on family health, happiness and harmony (3H) among Hong Kong Chinese people: a qualitative study, *Health Educ Res*, 2012 Aug 20.
- LEHMAN, U., & SANDERS, D. (2007). Community health workers: what do we know about them? The state of the evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes of using community health workers. Geneva, World Health Organization, Department of Human Resources for Health, Evidence and Information for Policy, 2007. Citado em *Relatório Mundial da Saúde 2008*, Cuidados de Saúde Primários – Agora Mais Que Nunca, p. 17. Lisboa: Organização Mundial de Saúde, Alto Comissariado da Saúde.
- LEITE, S. (2003). Famílias em Portugal: breve caracterização socio-demográfica com base nos Censos 1991 e 2001, *Revista de Estudos Demográficos*, nº 33, pp. 23-33. Disponível em URL: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_estudo_det&menuBOUI=13707294&contexto=es&ESTUDOSest_boui=106329&ESTUDOSmodo=2&selTab=tab1 , acedido em 10.08.12.
- LEVENSTEIN, J. McCracken, E. McWhinney, I.R., Stewart, M.A., & Brown, J. (1986). The Patient-Centered Clinical Method. 1. A Model for the Doctor-Patient Interaction in Family Medicine. *Fam Pract* 1986; 3 (1): pp. 24-30.
- LEVINE, I. (2004). Living apart together, A New Family Form. 2004 *Current Sociology*; 52; (2): pp. 223-240.
- LIMA, J. (2011). *Curso de Direito / Psicologia Jurídica* Prof. Dr. Wilson B. da Cruz. Disponível em URL:

<http://pt.scribd.com/doc/61474567/PSICOLOGIA-JURIDICA>, acessado em 27.10.12.

LIN, J., HSIAO, C.T., GLEN, R., PAI, J.Y., & ZENG, S.H. (2012). Perceived service quality, perceived value, overall satisfaction and happiness of outlook for long-term care institution residents, *Health Expect*, 2012 Mar 20. doi: 10.1111/j.1369-7625.2012.00769.x.

LIPSKY, M.S., KING, M.S., SUSMAN, J.L., BALES, R.W., & HUNSAKER, M. (2007). Preface. *Family Medicine Certification Review*, second edition, de Martin S. Lipsky, Mitchell S. King, Jeffrey L. Susman, Robert W. Bales e Matthew Hunsaker, p. v. Philadelphia, U.S.A.: Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins.

LITTLE, P., EVERITT, H., WILLIAMSON, I., WARNER, G., MOORE, M., GOULD, C., FERRIER, K., & PAYNE, S. (2001). Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *British Medical Journal*; 323: pp. 908-911. Citado em *Comunicação em contexto clínico*, de José M. Mendes Nunes. Lisboa: edição Bayer Health Care.

MARMOT & WILKINSON (2006). Citado em *Redução das Desigualdades no Período de uma Geração*, Relatório Final da *Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde*, Organização Mundial de Saúde 2010.

MARRIAGE MATTERS (1979). *Br Med J* 1979 May 5; 1(6172): p. 1164.

MARTURANO, E.M. (1999). Recursos no ambiente familiar e dificuldades de aprendizagem na escola. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Mai-Ago 1999, vol. 15, nº 2, pp. 135-142. Brasília, Brasil.

MASUDA, M., & HOLMES, T.H. (1978). Life events: Perceptions and frequencies, *Psychosom Med* 1978, 40: pp. 236-246.

MAUSS (1923). Essai sur le don, forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques. In *Sociologie et Anthropologie*. Paris: PUF. Citado em *Competição (sociologia)*. In *Infopédia [Em linha]*. Porto: Porto Editora, 2003-2012. [Consult. 2012-06-23]. Disponível em URL: [http://www.infopedia.pt/\\$competicao-\(sociologia\)>](http://www.infopedia.pt/$competicao-(sociologia)>).

McDANIEL, S., CAMPBELL, T.L., & SEABURN, D.B. (1990), editors. How families affects illness. Research on the family's impacts on health. *Family-Oriented Primary Care: a manual for medical providers*, pp. 16-32. New York, USA: Springer Verlag.

McDANIEL, S., CAMPBELL, T., & SEABURN, D. (1990a). *Family-oriented primary-care: a manual for medical providers*, 1st edition. New York, U.S.A: Springer-Verlag.

McDANIEL, S.H., CAMPBELL, T.L., & SEABURN, D.B., (2003). *Family-oriented primary care: a manual for medical providers*, 2nd ed. New York: Springer-Verlag.

McWHINNEY, I.R. (1981). Introducing to Family Medicine. *A Textbook of Family Medicine*, 1st edition, pp. 3-37. New York, U.S.A.: Oxford University Press.

McWHINNEY, I.R. (1981a). Family Influence on health diseases. *A Textbook of Family Medicine*, 1st edition. New York, U.S.A.: Oxford University Press.

McWHINNEY, I.R. (1989). The family in health and disease. *A Textbook of Family Medicine*, McWhinney IR editor, Oxford University Press, New York, USA, pp. 11-58, citado por Luís Rebelo, Rev Port Clin Geral 2007; 23: pp. 295-297.

McWHINNEY, I. (1994). *Manual de Medicina Familiar*, 1994, tradução de MTN Andrade, revisão de Armando Brito de Sá, prefácio de Vítor Ramos, I; (6): pp. 64-75. Lisboa, Portugal: Inforsalus, do original "A Textbook of Family Medicine", de Ian R. McWhinney, 1989, Oxford University Press, Inc.

McWHINNEY, I.R., & FREEMAN T. (2009). The Community Service Network. *Textbook of Family Medicine*, 3^a edition, Part III; (20): pp. 396-400. New York, U.S.A.: Oxford University Press, Inc., www.oup.com/us.

Mc WHINNEY, I.R., & FREEMAN, T. (2009a). The Origins of Family Medicine. *Textbook of Family Medicine*, 3^a edition, Part I; (1): pp. 3-12. New York, USA: Oxford University Press, Inc., www.oup.com/us.

McWHINNEY, I.R., & FREEMAN, T. (2009c). The Origins of Family Medicine. *Textbook of Family Medicine*, 3^a edition, Part I; (1): pp. 3-12. New York, USA: Oxford University Press, Inc., www.oup.com/us.

McWHINNEY, I.R., & FREEMAN, T. (2009d). Doctor-Patient Communication. *Textbook of Family Medicine*, 3^a edition, Part I; (7): pp. 115-139. New York, USA: Oxford University Press, Inc., www.oup.com/us.

McWHINNEY, I.R., & FREEMAN, T. (2009e). Philosophical and Scientific Foundations of Family Medicine. *Textbook of Family Medicine*, 3^a edition, 2009, Part I; (1): pp. 55-91. New York, USA: Oxford University Press, Inc., www.oup.com/us.

McWHINNEY, I.R., & FREEMAN, T. (2009f). Clinical Method. *Textbook of Family Medicine*, 3^a edition, 2009, Part I; (8): pp. 140-192. New York, USA: Oxford University Press, Inc., www.oup.com/us.

McWHINNEY, I.R., & FREEMAN, T. (2009g). The Family in Health and Disease. *Textbook of Family Medicine*, 3^a edition, Part I; (10): pp. 217-248. New York, U.S.A.: Oxford University Press, Inc., www.oup.com/us.

- McWHINNEY, I.R., & FREEMAN, T. (2009h). The Community Service Network. *Textbook of Family Medicine*, 3ª edition, Part III; (20): pp. 396-400. New York, U.S.A.: Oxford University Press, Inc., www.oup.com/us.
- MEDALIE, J.H. (1978). *Family Medicine, Principles and Applications*. The Williams and Wilkins Co, Baltimore. Citado também em “Uma avó e dois netos adolescentes: um «agregado» de problemas”, de Carlos Martins, Ivone Mauroy da Fonseca e Pedro Costa, em *Rev Port Clin Geral* 2000; (16): pp. 313-328. Disponível em URL: <http://old.apmgf.pt/files/54/documentos/20080305114541718826.pdf>, acessado em 21.10.12.
- MEDLINEPLUS MEDICAL ENCYCLOPEDIA, APGAR. Disponível em URL: www.nlm.nih.gov/medline/ency/article/003402.htm, acessado em 21.10.12
- MENDES, V., & FERREIRA, G. (2004a). *Legislação sobre Associações*, 3ª edição, I; (1): p. 9. Porto, Portugal: Legis Editora.
- MENDES, V., & FERREIRA, G. (2004b). *Legislação sobre Associações*, 3ª edição, I; (2): p. 20. Porto, Portugal: Legis Editora.
- MENDES, V., & FERREIRA, G. (2004c). *Legislação sobre Associações*, 3ª edição, I; (4): p. 32. Porto, Portugal: Legis Editora.
- MENGEL, M. (1987). The use of the family Apgar in screening for family dysfunction in a family practice center. *J Fam Pract*, 1987 Apr; 24 (4): pp. 394-398. Disponível em URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2145522/>, acessado em 07.09.12.
- MERLO, A.R.C., HOEFEL, M.G.L., & OLIVEIRA, P.A.B. (2004). Saúde do Trabalhador. *Medicina Ambulatorial: Condutas de atenção primária baseadas em evidências*, de Bruce B. Duncan, Maria Inês Schmidt, Elsa R.J. Giugliani e colaboradores, Seção V; (58): pp. 558-559. S. Paulo, Brasil: Artmed Editora.
- METCALFE, D.H., (1990). The family as the unit of care. *Fam Physician* 1990; 18 (2): pp. 28-33.
- METZ, J.C.M., STOELINGA, G.B.A. *et al.* (1994). Blueprint: training of doctor in the Netherlands. *Objectifs of undergraduate medical education*. Nijmegen University, Holanda.
- MEYLER, D., STIMPSON, J.P., & PEEK, M.K. (2007). Health concordance within couples: a systematic review. *Soc Sci Med* 2007 Jun; 64 (11): pp. 2297-2310.
- MICHEL, A. (1977). Femmes, sexisme et sociétés. *Sociologie d'aujourd'hui*. Paris, France: PUF. Disponível em URL:

<http://webopac.sib.uc.pt/record=b1612675&searchscope=0>, acessado em 09.09.12, e nos Serviços de Biblioteca e Documentação da Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra.

MILLER, W. L. (1988). Modelos de salud, enfermedad y atención sanitaria. *Medicina de Familia, Principios y práctica*, de Robert B. Taylor, tercera edición, 1991, Parte I, (4): pp. 38-45. Barcelona, España: Ediciones Doyma, S.A., original Family Medicine. Principles and Practice, Springer Verlag, New York, Inc., 1988.

MILLS, M.E., & DAVIDSON, R. (2002). Cancer patients' sources of information: use and quality issues, *Psycho-Oncology* 2002 Sept-Out; vol. 11(5): pp. 371-378.

MINICHIELLO, W.E., Ed. D. (1997). Estratégias para Lidar com o Stress. *Cuidados Primários em Medicina, uma abordagem do paciente adulto em ambulatório*, de Allan H. Goroll, Lawrence A. May e Albert G. Mulley Jr. 3ª edição, 15; (226): p. 1040. Alfragide, Portugal: McGraw-Hill de Portugal, Lda.

MINUCHIN, S. (1974). *Families and Family Therapy*. U.S.A.: Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, reprinted 2003. Disponível em URL:

http://www.google.pt/books?hl=ptPT&lr=&id=3IRdLKNTEYcC&oi=fnd&pg=PA1&dq=_Minuchin,+S,+Families+and+Family+Therapy,+1974+Harvard, acessado em 21.10.12.

MINUCHIN, S. (1980). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona / Madrid, España: Ediciones Gedisa. Disponível em URL:

<http://www.monografias.com/trabajos26/tipos-familia/tipos-familia.shtml>, acessado em 09.09.12, e em

<http://es.scribd.com/doc/11797916/La-Familiaword>, acessado em 15.10.12.

MINUCHIN, S. (1982). *Famílias: funcionamento e tratamento*. Porto Alegre, Brasil: Editora Artes Médicas.

MIURA, R.G. (2008). Vínculo y configuraciones familiares. *Revista del Centro Psicoanalítico de Madrid*, nº 16, 31 Maio 2008. Disponível em URL: <http://centropsicoanaliticomadrid.com/index.php/revista/68-numero-16/133-vinculo-y-configuraciones-familiares>, acessado em 10.08.12.

MOEBUS, R., & FERNANDES, J.B. (s.d.) (2007). Crise – A propósito de uma base conceitual. Metipolá, pp. 34-36. Citado na *Revista de Psicologia da UNESP*, 6 (1), 2007, p. 33, por Sabrina Helena Ferigato, Rosana T. Onoko Campos e Maria Luisa G. S. Ballarin.

- MORA, J.F. (1989), com Belsunce, E.G., & Olaso, E., sob a orientação do Autor. *Dicionário de Filosofia / Dicionário de Filosofia Abreviado* (original), Dezembro 1989, pp. 39-40. Lisboa, Portugal: Publicações D. Quixote / edição Círculo de Leitores.
- MORA, J.F. (1989a), com Belsunce, E.G., & Olaso, E., sob a orientação do Autor. *Dicionário de Filosofia / Dicionário de Filosofia Abreviado* (original), Dezembro 1989, pp. 79-80. Lisboa, Portugal: Publicações D. Quixote / edição Círculo de Leitores.
- MORA, J.F. (1989b), com Belsunce, E.G., & Olaso, E., sob a orientação do Autor. *Dicionário de Filosofia / Dicionário de Filosofia Abreviado* (original), Dezembro 1989, p. 32. Lisboa, Portugal: Publicações D. Quixote / edição Círculo de Leitores.
- MORA, J.F. (1989c), com Belsunce, E.G., & Olaso, E., sob a orientação do Autor. *Dicionário de Filosofia / Dicionário de Filosofia Abreviado* (original), Dezembro 1989, p. 233. Lisboa, Portugal: Publicações D. Quixote / edição Círculo de Leitores.
- MORA, J.F. (1989d), com Belsunce, E.G., & Olaso, E., sob a orientação do Autor. *Dicionário de Filosofia / Dicionário de Filosofia Abreviado* (original), Dezembro 1989, pp. 274-276. Lisboa, Portugal: Publicações D. Quixote / edição Círculo de Leitores.
- MORA, J.F. (1989e), com Belsunce, E.G., & Olaso, E., sob a orientação do Autor. *Dicionário de Filosofia / Dicionário de Filosofia Abreviado* (original), edição 1989, pp. 204-205. Lisboa, Portugal: Publicações D. Quixote / Círculo de Leitores.
- MORA, J.F. (1989f), com Belsunce, E.G., & Olaso, E., sob a orientação do Autor. *Dicionário de Filosofia / Dicionário de Filosofia Abreviado* (original), edição 1989, pp. 121-122. Lisboa, Portugal: Publicações D. Quixote / Círculo de Leitores.
- MORIN, E. (1987). Citado em *(Des)Equilíbrios Familiares, uma visão sistémica*, de Madalena Alarcão, 3ª edição, colecção Psicologia Clínica e Psiquiatria, coordenada por Óscar F. Gonçalves, Introdução, p. 27. Coimbra, Portugal: Edições Quarteto, www.quarteto.pt.
- MOTA-PINTO, A., RODRIGUES, V., BOTELHO, A., VERÍSSIMO, M.T., MORAIS, A., ALVES, C, ROSA, M.S., & OLIVEIRA, C.R. (2011). A socio-demographic study of aging in the Portuguese population: the EPEPP study. *Arch, Gerontol, Geriatr*, 2011 May-Jun; 52(3): pp. 304-308. Epub 2010 May 26.
- NAÇÕES UNIDAS (1993). Centro para o Desenvolvimento Social e Assuntos Humanitários – Gabinete das Nações Unidas de Viena. A violência doméstica: uma preocupação a nível mundial. *Estratégias De Combate À Violência Doméstica: Manual de Recursos / ONU* (título original: Strategies for confronting domestic violence: a

resource manual), Introdução, A: pp.7-8. Lisboa, Portugal: Direcção-Geral da Saúde, 2003, tradução Emanuel Fernando Gomes de Barros Matos.

NAJMAN, J.M., BEHRENS, B.C., ANDERSEN, M., BOR, W., O'CALLAGHAN, M., & WILLIAMS, G.M. (1997). Impact of family type and family quality on child behavior problems: a longitudinal study, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1997 Oct; 36(10): pp. 1357-1365. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9334548>, acessado em 01.11.12.

NETO, M.G., (2004). A família, hoje. *Acção Med* 2004; 68 (2): pp. 5-6. Citado por *Novos Tipos de Família, Plano de Cuidados*, de Hernâni Caniço, Pedro Bairrada, Esther Rodríguez & Armando Carvalho, Coimbra, Imprensa da Universidade de Coimbra, Dezembro 2011.

NEUMAYER (2003). Citado em *Relatório de Desenvolvimento Humano de 2011, Sustentabilidade e Equidade: Um Futuro Melhor para Todos*, 2; p.31. IPAD / PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2011. New York: ed. Communications Development Incorporated, Washington D.C.

NEWSON, L., POSTMES, T., LEA, S.E., & WEBLEY, P. (2005). Why are modern families small? Toward an evolutionary and cultural explanation for the demographic transition. *Pers Soc Psychol Rev* 2005; 9 (4): pp. 360-375.

NICHOLAS, M.W. (1984). Changes Lenses and Frames, Frames of Reference. *Changes In The Context Of Group Therapy*, second printing, Chapter 1, pp.10.12. New York, U.S.A.: Brunner / Mazel, Inc.

NORWOOD, S.L. (1996). The Social Support Apgar: instrument development and testing. *Res Nurs Health*, Abr 1996, 19 (2): pp. 143-152.

NUNES, B. (1997). *O Saber Médico do Povo*. Lisboa, Portugal: Edições Fim de Século.

NUNES, B. (2003). Médica de Família: Reflexões sobre um Percurso. *Medicina Geral e Familiar 20 Anos, Da Memória*, 1ª edição, pp. 115-121. Lisboa, Portugal: Edição APMCG e MVA Invent, Setembro 2003.

NUNES, J.M.M. (2007). Entrevista Clínica. *Comunicação em contexto clínico*, 6; pp. 95-102. Lisboa, Portugal: Bayer Health Care.

NUNES, J.M.M. (2007a). As Emoções Na Consulta. *Comunicação em contexto clínico*, 8; pp. 155-163. Lisboa, Portugal: Bayer Health Care.

NUNES, J.M.M. (2007b). Método Clínico Centrado no Paciente. *Comunicação em contexto clínico*, 5; pp. 65-94. Lisboa, Portugal: edição Bayer Health Care.

NUNES, M.A.S. (2011). Tempo e família: ciclo ou percursos familiares. *A Família em Medicina Geral e Familiar, conceitos e práticas*, coordenação de Luís Rebelo, 2011, pp. 31-62. Lisboa, Portugal: Verlag Dashofer, Health & Pharma Publishing.

OBAID, T.A., & FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (2008a). Visão Geral. *Relatório sobre a Situação da População Mundial 2008, Construindo Consenso: Cultura, Género e Direitos Humanos*, p. 1. New York, U.S.A: UNFPA, www.unfpa.org.

Disponível em http://www2.iict.pt/archive/doc/Press_release.pdf, acessido em 01.11.12.

OBAID, T.A. & FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (2008b). Negociação Cultural: Pobreza, Desigualdade e População. *Relatório sobre a Situação da População Mundial 2008, Construindo Consenso: Cultura, Género e Direitos Humanos*, pp. 63-73. New York, U.S.A: UNFPA, www.unfpa.org

OBSERVATÓRIO EUROPEU DOS RISCOS, (2009). *Novos Riscos Emergentes para a Segurança e Saúde no Trabalho*. Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. Disponível em http://osha.europa.eu/pt/publications/outlook/te8108475enc_osh_outlook, acessido em 27.06.12.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (2012). *Relatório da Primavera 2012, Crise & Saúde, um País em Sofrimento*, disponível em <http://www.observaport.org/rp2012>, acessido em 27.10.12.

OERLEMANS, W.G., BAKKER, A.B., & VEENHOVEN, R. (2011). Finding the key to happy aging: a day reconstruction study of happiness, *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 2011 Nov; 66(6): pp. 665-674. Epub 2011 Jul 1.

O'DONNELL, O., VAN DOORSLAER, E., WAGSTAFF, A., & LINDELOW, M. (2008). *Analyzing Health Equity Using Household Survey Data*. WBI Learning Resources Series. Washington, DC: Banco Mundial. Cit. em Relatório de Desenvolvimento Humano de 2011, Sustentabilidade e Equidade: Um Futuro Melhor para Todos, 2; p.31. IPAD / PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2011. New York: ed. Communications Development Incorporated, Washington D.C.

OLIVEIRA, F.A., & PELLANDA L.C. (2004). A Consulta Ambulatorial. *Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências*, de Bruce B. Duncan, Maria Inês Schmidt, Elsa R. J. Giugliani e colaboradores, 3ª edição, Seção II (11): pp. 125-130. S. Paulo, Brasil: Artmed Editora.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (2010). *Módulo de Princípios de Epidemiologia para o Controle de Enfermidades*. Brasília, Brasil: Organização Mundial de Saúde, Representação Brasil / Ministério da Saúde do Brasil, Secretaria de Vigilância em Saúde.

OSLER, W. (1907). *Osler`s modern medicine*. Vol. 1, pp. 794-795. Philadelphia, U.S.A: Lea Brothers, 1907.

OWENS, T.P. (1990). El Estudio de la Familia en la Atención Primaria de Salud, *Revista Lotería*, nº 379, 1990, disponível em <http://www.sumaclick.com/owens/el-estudio-de-la-familia-en-la-atencion-primaria-de-salud/>, acedido em 21.10.12. Também em “Presentacion de Casos em Medicina Familiar en *Relación Médico Paciente*, Centro Internacional para la Medicina Familiar. OPS / OMS”.

PACALA, J.T. (2012). Promoting Quality of Life in Chronically Ill and Older People. *Essentials of Medicine*, sixth edition, de Philip D. Sloane, Lisa M. Slatt, Mark H. Ebell, Mindy A. Smith. David Power e Anthony J. Viera, I, Chapter 7, pp. 77-86. Philadelphia, U.S.A.: Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins.

PAIM, I. (2010). Curso de psicopatologia, Alterações da afetividade, 11ª edição. São Paulo, Brasil: E.P.U. Disponível em [http://www.macjorge.pro.br/pdfs/aulas/psicopatologia_geral/Alteracoes da afetividade.pdf](http://www.macjorge.pro.br/pdfs/aulas/psicopatologia_geral/Alteracoes_da_afetividade.pdf), acedido em 28.10.12.

PALACIOS, J. (2002). *Familia y Desarrollo Humano*. Madrid, España: Alianza Editorial, S. A.

PEABODY, F.W. (1927). *The care of the patient*, JAMA 1927; 88 (12): pp. 877-882. Disponível em http://courses.washington.edu/hmed665i/MSJAMA_Landmark_Article_The_Care_of_the_Patient.html, acedido em 10.10.12.

PEDRA, C. (2005). *Coesão, Coerência e Cidadania na Europa Alargada*. Encontro em Lisboa. Lisboa, Portugal: edição ACEP – Associação para a Cooperação entre os Povos.

PELLEGRINO, E.D. (1987). Family practice facing the 21st century; reflections of an outsider. Cited in Doherty WJ, Christiansen CE, Sussman MB, editors. *Family medicine: the maturing of a discipline*. New York, U.S.A.: Haworth Press, 1987.

PELLEGRINO, E.D. (1999). The commodification of medical and health care: the moral consequences of a paradigm shift from a professional to a market ethic. *J Med Philos* 1999; 24: pp. 243-266.

- PENDLETON D., SCHOFIELD, T., TATE, P., & HAVELOCK, P. (1984). *The Consultation: an approach to learning and teaching*. Oxford, England: Oxford University Press.
- PENDLETON D., SCHOFIELD, T. TATE, P., & HAVELOCK, P. (2003). *The New Consultation, developing doctor-patient communication*. Oxford, England: Oxford University Press.
- PEREIRA, A.S. (2009). Reflexões Finais. *Até Que A Sorte Nos Separe...*, de António Santos Pereira, pp. 163-165. Porto, Portugal: Âmbar - Ideias no Papel S.A., www.ambar.pt.
- PEREIRA, M.G. (2011). Importância da avaliação familiar na doença. *A Família em Medicina Geral e Familiar, conceitos e práticas*, coordenação Luís Rebelo, pp. 63-76. Lisboa, Portugal: Verlag Dashofer, Health & Pharma Publishing.
- PINTASILGO, M.L. (1978). Missão permanente de Portugal junto da UNESCO, Paris. *Necessidades básicas*, discurso no âmbito do Conselho Executivo da UNESCO, sobre a constituição de uma Nova Ordem Internacional (NOI). Centro de Documentação e Publicações / Fundação Cuidar o Futuro, Desenvolvimento e Qualidade de Vida, por Rosa Monteiro e Virgínia Ferreira, disponível em <http://www.arquivopintasilgo.pt/MLP/Dossiers/Dossier1/3/Docs.aspx?IdSubDossier=3>, acedido em 01.11.12.
- PIRES, P., Presidente da República de Cabo Verde (2006). Fazer da leitura um acto de recriação. *Tchuba na Desert*, Novembro 2006, Saúde em Português e autores, pp. 5-7. Coimbra, Portugal: edição Saúde em Português.
- PISCO, L. (2002). *A Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar*, WONCA Europa 2002. Lisboa, Portugal: edição Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral.
- PISCO, L. (2008). Prefácio. *A Consulta em 7 Passos*, 1ª edição, Setembro 2008, de Vítor Ramos, pp.5-7. Lisboa, Portugal: edições VFBM Comunicação, Lda.
- PITT, B. (1998). Loss in late life. *Br Med J* 1998 May 9; 316 (7142): pp. 1452-1454.
- POLE, D., NIEMIEC, R.M., & FRANKENSTEIN, L. (2009). Preventive Medicine & Health Promotion, Counseling for Behavioral Change. *Family Medicine: Ambulatory Care and Prevention*, de Mark B. Mengel & L. Peter Schwiebert, 5ª edition, Section V, 100: pp.760-766. U.S.A: McGraw Hill Medical, a Lange clinical manual, www.mcgraw-hillmedical.com

- PORTO, A. (2000). Cirrose hepática alcoólica. *Álcool e Aparelho Digestivo*, Biblioteca Gastroenterológica, pp. 117-127. Lisboa, Portugal: Permanyer Portugal.
- PORTUGAL, Procuradoria-Geral da República, Gabinete de Documentação e Direito Comparado (2008). *Direitos Humanos, compilação de Instrumentos Internacionais*, 1ª edição, Julho 2008, vol. I, 2; (1): pp. 63-68. Lisboa, Portugal: edição da Comissão Nacional para as Comemorações do 50º Aniversário da Declaração Universal dos Direitos do Homem e Década das Nações Unidas para a Educação em matéria de Direitos Humanos, e do Gabinete de Documentação e Direito Comparado da Procuradoria-Geral da República, coordenação de Raquel Tavares.
- PRAEGER, S.G., & MARTIN, L.S. (1994). Using genograms and ecomaps in schools, *J Sch Nurs*, 1994 Dec; 10(4): pp. 34-40.
- PRIMONO, J., YALES, B.C., & WOODS, N.F. (1990). Social support for women during chronic illness: The relationship among sources and types of adjustment. *Res Nurs Health* 1990; 13 (3): pp. 153-161.
- PROENÇA, F. (2012). *Portugal e África, Melhor Cooperação, melhor Desenvolvimento*, citando Princípios de Istambul para a eficácia do desenvolvimento das organizações da sociedade civil, pp. 19-27. Lisboa, Portugal: edição ACEP – Associação para a Cooperação entre os Povos, apoio financeiro Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento.
- QUARTILHO, M.J. (2010). O que é a saúde mental? *Saúde Mental*, pp. 5-8. Coimbra, Portugal: Imprensa da Universidade de Coimbra, Estado da Arte.
- QUEIRÓS, P.J.P. (2000). Burnout em enfermeiros. *Saúde Pública e Saúde Ocupacional Resenha de Dissertações de Mestrado III*. Coimbra, Portugal: edição, compilação e organização Massano Cardoso e Vítor Rodrigues, Instituto de Higiene e Medicina Social, Faculdade de Medicina – Universidade de Coimbra.
- QUIVY, R., & CAMPENHOUDT, L.V. (1995). *Manual de investigação em Ciências Sociais*. Lisboa, Portugal: Gradiva.
- RAKEL, R.E. (1977). Family pedigree with additional information on each individual at bottom of chart. *Principles of Family Medicine*. Philadelphia, U.S.A.: WB Saunders Company.
- RAKEL, R.E. (2011). The Family Physician. *Textbook of Family Medicine*, de Robert E. Rakel e David P. Rakel, eight edition, Part 1, Chapter 1, pp. 3-16. Philadelphia, U.S.A.: Elsevier Saunders, www.elsevierhealth.com

- RAKEL, R.E., & JONAS, W. (2011). The Patient-Centered Medical Home. *Textbook of Family Medicine*, de Robert E. Rakel e David P. Rakel, eight edition, Part 1, Chapter 2, pp. 17-23. Philadelphia, U.S.A.: Elsevier Saunders, www.elsevierhealth.com
- RAM, P. (1998). *Comprehensive assessment of general practitioners. A study on validity, reliability and feasibility*. Thesis 1998, Maastricht University, Netherlands.
- RAM, P., VAN DER VLEUTEN, C.P.M., RETHANS, J.J., GROL, R., & ARETZ, K. (1999). Assessment of practicing family physicians in a multiple-station examination using standardised patients with observation of consultation in daily practice. *Academic Medicine* 1999; 74: pp. 62-69.
- RAMOS, V. (2008). A consulta – pilar central da medicina geral e familiar. *A Consulta em 7 Passos*, 1ª edição, Setembro 2008, de Vítor Ramos, (1), pp. 13-19. Lisboa, Portugal. Edições VFBM Comunicação, Lda.
- RANDALL, A.K., & BODENMANN, G. (2009). The role of stress on close relationships and marital satisfaction. *Clin Psychol Rev* 2009 Mar; 29 (2): pp. 105-115. Epub 2008 Nov 7.
- RDH (2011). *Relatório de Desenvolvimento Humano de 2011, Sustentabilidade e Equidade: Um Futuro Melhor para Todos*, 2; p. 31. Citado em IPAD / PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2011. New York: ed. Communications Development Incorporated, Washington D.C.
- REBELO, L. (1998). *Medicina familiar. O doente com artrite reumatóide e a sua família*, pp. 57-71. Lisboa, Portugal: Editora Temática.
- REBELO, L. (2007). *Família e cuidados de saúde*. *Rev Port Clin Geral* 2007; 23 (3): pp. 295-297. Carnaxide, Portugal: PubliSaúde – Edições Médicas, Lda.
- REBELO, L. (2011). Introdução: A abordagem da família na prática clínica. *A Família em Medicina Geral e Familiar – conceitos e práticas*, coordenação: Luís Rebelo, pp. 1-9. Lisboa, Portugal: Edições Verlag Dashofer, Health & Pharma Publishing.
- RELATÓRIO AID WATCH 2012 – Uma leitura da Cooperação Portuguesa desde 2003. Grupo de Trabalho Aid Watch da Plataforma Portuguesa das ONGD monitoriza a Ajuda Pública ao Desenvolvimento e o estado actual da Cooperação Portuguesa, Outubro 2012, Notas sobre a qualidade da APD: a fragilidade da eficácia da cooperação portuguesa para o desenvolvimento, pp. 22-23. Lisboa, Portugal: Plataforma Portuguesa das ONGD, apoio CONCORD – Confederação Europeia das ONGD.
- RELATÓRIO FINAL DA COMISSÃO PARA OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (2010). Organização Mundial da Saúde, Redução das Desigualdades no

Período de uma Geração, igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais. Portugal: Organização Mundial da Saúde, edição portuguesa.

Disponível em

<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Redu%C3%A7%C3%A3o-das-Desigualdades-no-per%C3%ADodo.pdf>, acessido em 02.11.11.

RELATÓRIO MUNDIAL DE SAÚDE 2008. *Cuidados de Saúde Primários, Agora Mais Que Nunca*. Lisboa, Portugal: edição Organização Mundial de Saúde, Alto Comissariado da Saúde de Portugal.

RELVAS, A.P. (2003). A Terapia Familiar. Teoria e Prática. *Por detrás do Espelho, da Teoria à Terapia com a Família*, 2ª edição, Outubro 2003, colecção Psicologia Clínica e Psiquiatria / 20, coordenada por Óscar F. Gonçalves, cap. 1: pp. 13-38. Coimbra, Portugal: edições Quarteto.

RELVAS, A.P. (2004). A Vida da Família. *O Ciclo Vital da Família, Perspectiva Sistémica*, 3ª edição, Fevereiro 2004, Biblioteca das Ciências do Homem / Psicologia, Psiquiatria, Psicanálise / 16, cap. I: pp. 9-31. Porto, Portugal: Edições Afrontamento.

RELVAS, A.P. (2004a). A formação do casal. *O Ciclo Vital da Família, Perspectiva Sistémica*, 3ª edição, Fevereiro 2004, Biblioteca das Ciências do Homem, Psicologia, Psiquiatria, Psicanálise / 16, cap. II: pp. 33-73. Porto, Portugal: Edições Afrontamento.

RELVAS, A.P., & ALARCÃO, M. (2007a). Introdução. *Novas Formas de Família*, Março 2007, 2ª edição, colecção Psicologia Clínica e Psiquiatria, coordenada por Óscar F. Gonçalves, pp. 9-12. Coimbra, Portugal: Edições Quarteto, www.quarteto.pt.

RELVAS, A.P., & ALARCÃO, M. (2007b). O Percurso do Feminino na Família – Significados da “fada do lar”. *Novas Formas de Família*, Março 2007, 2ª edição, colecção Psicologia Clínica e Psiquiatria, coordenada por Óscar F. Gonçalves, cap. 6; pp. 329-337. Coimbra, Portugal: edições Quarteto, www.quarteto.pt

RELVAS, A.P., & ALARCÃO, M. (2007c). A construção psicossociológica da parentalidade. *Novas Formas de Família*, Março 2007, 2ª edição, colecção Psicologia Clínica e Psiquiatria, coordenada por Óscar F. Gonçalves, cap. 5: pp. 252-256. Coimbra, Portugal: Edições Quarteto, www.quarteto.pt.

RELVAS, A.P., & ALARCÃO, M. (2007e). Uma investigação: funcionamento familiar e vinculação em famílias de acolhimento com adolescentes. *Novas Formas de Família*, Março 2007, 2ª edição, colecção Psicologia Clínica e Psiquiatria, coordenada por Óscar F. Gonçalves, cap. 2: pp. 71-108. Coimbra, Portugal: Edições Quarteto, www.quarteto.pt.

- RELVAS, A.P., & ALARCÃO, M. (2007f). Estudo empírico: stress parental em famílias adoptivas. *Novas Formas de Família*, Março 2007, 2ª edição, colecção Psicologia Clínica e Psiquiatria, coordenada por Óscar F. Gonçalves, cap. 3: pp. 145-166. Coimbra, Portugal: Edições Quarteto, www.quarteto.pt.
- RELVAS, A.P., & ALARCÃO, M. (2007g). Novas formas de família, novas formas de terapia? *Novas Formas de Família*, 2ª edição, Março 2007, cap. 1: p. 50-51. Coimbra, Portugal: edições Quarteto, colecção Psicologia Clínica e Psiquiatria, coordenada por Óscar F. Gonçalves, www.quarteto.pt
- REMPEL, G.R., NEUFELD, A., & KUSHNER, K.E. (2007). Interactive use of genograms and ecomaps in family caregiving research, *J Fam Nurs*, 2007 Nov; 13(4): pp. 403-419.
- REPORT OF THE CITIZEN'S COMMISSION ON GRADUATE EDUCATION (1966). The graduate education of physicians. Chicago, USA: American Medical Association.
- REVENSON, T.A., SCHIAFINO, K.M., MAJEROVITZ, S.D., & GIBOFSKY, A. (1991). Social support as a double-edged sword: The relation of positive and problematic support to depression among rheumatoid arthritis patients, *Soc Sci Med* 1991, 33 (7): pp. 807-813.
- RIBEIRO, C. (2007). Família, Saúde e Doença. O que diz a investigação. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 2007; 23 (3): pp. 299-306. Lisboa, Portugal: Publisaúde, Edições Médicas, Lda.
- RICHARDS Jr., J.W. & BLUM, A. (1991). Promoción de la salud. *Medicina de Familia, Principios y práctica*, tercera edición, de Robert B. Taylor, Parte I, (11): pp. 100-112. Barcelona, España: Ediciones Doyma, S.A.
- RIOS, J.A. (1994). *Manual de Orientación y Terapia Familiar*. Madrid, España: Fundación Instituto Ciencias del Hombre.
- ROAD MAP FOR A HEALTH JUSTICE MAJORITY (2006). CA, American Environics, 2006, citado em *Relatório Mundial da Saúde 2008*, Cuidados de Saúde Primários – Agora Mais Que Nunca, p. 16. Lisboa: Organização Mundial de Saúde, Alto Comissariado da Saúde.
- ROBBINS, L. & HALL, J.H. (1970). How to practice prospective medicine. Indianapolis: Methodist Hospital of Indiana. Citado em *Medicina de Familia, Principios y práctica*, de Robert B. Taylor, terceira edición, 1991, Medicina prospectiva y estimación del riesgo para la salud, Parte I, (10): pp. 96-97. Barcelona, España:

Ediciones Doyma, S.A., original Family Medicine. Principles and Practice, Springer Verlag, New York, Inc., 1988.

ROBINSON, M.K., & THOMAS, A. (2007). Prefácio. *Obesidade e Doença Cardiovascular*, 1º fascículo, pp. v-vi. New York, London / Algés, Portugal: Taylor & Francis Group / Euromédice – Edições Médicas, Lda.

ROBLES, T.F., & KIECOLT-GLASER, J.K. (2003). The physiology of marriage: pathways to health. *Physiol Behav* 2003 Aug; 79 (3): pp. 409-416.

RODIE, A.R., POL, L.G., CRABTREE, B.F., & McILVAIN, H.E. (1999). Assessing quality. As pressure mounts for clinics to deliver quality, medical practice blueprints and genograms serve as useful tools, *Mark Health Serv*, 1999 Summer;19 (2): pp. 16-24.

ROLO, J. (2000). *Sociologia da saúde e segurança no trabalho*, IV Congresso Português de Sociologia, disponível em http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR462e09d50c3e5_1.PDF, acessado em 27.06.12.

ROSARIO, M.A.B. (2008). Atención de salud en el anciano. *Atención Primaria, conceptos, organización y práctica clínica*, de A. Martín Zurro e J.F. Cano Pérez, sexta edición, vol. II, parte V; (65): pp. 1728-1751. Barcelona, España: Elsevier España.

RUIZ-CANELA, M., LÓPEZ-DEL BURGO, C., CARLOS, S., CALATRAVA, M., OSORIO, A., & IRALA, J. (2012). Family, friends, and other sources of information associated with the initiation of sexual relations by adolescents in El Salvador, *Rev Panam Salud Publica* 2012 Jan; vol. 31(1): pp. 54-61.

SAAVEDRA OVIEDO, J.G. (2005). *Familia: Tipos y modos*. Citado em URL: <http://www.monografias.com/trabajos26/tipos-familia/tipos-familia.shtml>, acessado em 01.05.12, e disponível em URL: <http://www.compilaciones.com/familia/tipos-familias.html>, acessado em 15.10.12.

SABOIA, A.L., & COBO, B. (2005). *As famílias conviventes no Censo Demográfico 2000*. Brasil: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/outros/FamPolPublicas/SaboiaCobo.pdf> , acessado em 10.08.12.

SACKETT, D.L., RICHARDSON, W.S., ROSENBERG, W., GRAY, J.A., & HAYNES, R.B. (1997). *Evidence based medicine: how to practice and teach EBM*. Edinburgh, Scotland: Churchill Livingstone.

- SALVY, S.J., DE LA HAYE, K., BOWKER, J.C., & HERMNANS, R.C. (2012). Influence of peers and friends on children's and adolescents' eating and activity behaviors, *Physiol Behav* 2012 June 6; vol. 106 (3): pp. 369-378. Epub 2012 Mar 28.
- SAMPAIO, D. (1984). Citado em *Terapia Familiar*, de Daniel Sampaio & José Gameiro, Famílias e Terapia Familiar, Biblioteca das Ciências do Homem, cap. I; pp. 7-12. Porto, Portugal: Edições Afrontamento 1985,
- SAMPAIO, D. (1988). A Perspectiva Sistémica em Clínica Geral, *Rev. Port. Clínica Geral*, 1988, nº 32, pp. 18-21. Lisboa, Portugal: Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral.
- SAMPAIO, D. & DANTAS, A.M. (1990). Alguns instrumentos para avaliação da família – sua aplicação em clínica geral e medicina familiar, *Rev Port Clínica Geral*, Julho 1990, vol 7, nº 7, pp. 263-266. Lisboa, Portugal: Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral.
- SAMPAIO, D., & GAMEIRO, J. (1985). Famílias e Terapia Familiar. *Terapia Familiar*, 2ª edição, Biblioteca das Ciências do Homem, Psicologia, Psiquiatria, Psicanálise / 7, cap. I; pp. 7-12. Porto, Portugal: Edições Afrontamento.
- SAMPAIO, D., & GAMEIRO, J. (1985a). Modelos de Intervenção em Terapia Familiar. *Terapia Familiar*, cap. IV, pp. 41-80. Porto, Portugal: Edições Afrontamento, 2ª edição, Biblioteca das Ciências do Homem, Psicologia, psiquiatria, psicanálise / 7.
- SANTOS, B.S. (1985). Uma perspectiva sociológica sobre a relação médico-doente, *Rev. Port. Clínica Geral*, 1985, Mai / Jun; 2 (9): pp. 18-21.
- SATIR, V. (2005). *Nuevas Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar*, 1ª edición, Psicología de la salud en la infancia y adolescencia. México: Editorial Pax México.
- SAÚDE EM PORTUGUÊS - Associação de Profissionais de Cuidados de Saúde dos Países Língua Portuguesa (1993). Disponível em URL: www.saudeportugues.org , acedido em 10.12.11.
- SAULTZ, J.W. (1988). La atención de salud centrada en la familia. *Medicina de Familia, Principios y práctica*, de Robert B. Taylor, tercera edición, 1991, Parte I, (3): pp. 31-37. Barcelona, España: Ediciones Doyma, S.A., original Family Medicine. Principles and Practice, Springer Verlag, New York, Inc., 1988.
- SAULTZ, J.W. (2000). The contextual care. *Textbook of Family Medicine*, 2000 McGraw-Hill, pp. 135-159. Saultz JW (editor). Citado por Luís Rebelo, em Genograma Familiar. O bisturi do médico de família, Dossier Família, Rev Port Clin Geral, 2007; (23): pp. 309-317. Carnaxide, Portugal: Publisaúde – Edições Médicas, Lda.

- SCHERGER, J.E. (2007). Informática médica, internet y telemedicina. *Medicina de Familia, Principios y práctica*, de Robert B. Taylor, 6ª edición, Parte III, (127): pp. 1209-1212. Barcelona, España: Elsevier Masson.
- SCHOR, E.L. (2003). *Family Pediatrics: Report of the Task Force on the Family*, American Academy of Pediatrics, Pediatrics 2003 Jun; 111 (6 Pt 2): pp. 1541-1571. Disponível em URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12777595>, acessado em 21.10.12.
- SEGOVIA DREYER, I.E. (1984). *Estudo piloto do uso de três fichas familiares diferentes num centro de medicina familiar*, II Jornadas Internacionales de Medicina Familiar das Américas, Espanha e Portugal, 1984 Panamá. Citado em Estudar a família de um paciente em Medicina Geral e Familiar. Quando, como fazê-lo e porquê? de José Augusto Simões e Inês Rosendo, em *A Família em Medicina Geral e Familiar*, conceitos e práticas, coordenação Luís Rebelo, 2011, Verlag Dashofer, Health & Pharma Publishing.
- SERRA, A.S.V. (1980). A relação médico-doente na prática clínica. *Psiquiatria Clínica* 1980; 1 (I supl): pp. 5-7.
- SILVA, J.M. (2005). Lípidos como risco. *Risco Cardiovascular Global*, coordenação Manuel de Oliveira Carrageta e Pedro Marques da Silva, 4: pp. 65-87. Lisboa, Portugal: Edições Bayer Health Care / Fundação Portuguesa de Cardiologia / Sociedade Portuguesa de Aterosclerose.
- SILVA, M.H., & RELVAS, A.P. (2007). Qualidade conjugal, casamento e união de facto, um estudo comparativo. *Novas Formas de Família*, Março 2007, 2ª edição, colecção Psicologia Clínica e Psiquiatria, coordenada por Óscar F. Gonçalves, cap. 4: pp. 217-235. Coimbra, Portugal: Edições Quarteto, www.quarteto.pt.
- SILVA, M.H., & RELVAS, A.P. (2007a). O Amor e a União Conjugal em Mudança. *Novas Formas de Família*, de Ana Paula Relvas e Madalena Alarcão, Março 2007, 2ª edição, colecção Psicologia Clínica e Psiquiatria, coordenada por Óscar F. Gonçalves, cap. 4; pp. 193-206. Coimbra, Portugal: Quarteto Editora, www.quarteto.pt.
- SILVA, M.H., & RELVAS, A.P. (2007b). A conjugalidade como Sinónimo de Complexidade; Casal, casamento e união de facto. *Novas Formas de Família*, de Ana Paula Relvas e Madalena Alarcão, Março 2007, 2ª edição, colecção Psicologia Clínica e Psiquiatria, coordenada por Óscar F. Gonçalves, cap. 4; pp. 207-217. Coimbra, Portugal: Quarteto Editora, www.quarteto.pt.

- SIMÕES, J.A., & ROSENDO, I. (2011). Estudar a família de um paciente em medicina geral e familiar. Quando, como fazê-lo e porquê. *A Família em Medicina Geral e Familiar, conceitos e práticas*, coordenação de Luís Rebelo, pp. 77-85. Lisboa, Portugal: Verlag Dashofer, Health & Pharma Publishing.
- SIMON, H.B. (1997). Exercício Físico e Prevenção das Doenças Cardiovasculares. *Cuidados Primários em Medicina – uma abordagem do paciente adulto em ambulatório*, de Albert H. Goroll, Lawrence A. May, Albert G. Mulley, 3ª edição, 3; (18): pp. 84-91. Alfragide, Portugal: Mc-Graw Hill de Portugal, Lda.
- SIMON, C., EVERITT, H. BIRTWISTLE, J., & STEVENSON, B., (2002a). Outcomes in General Practice. *Oxford Handbook of General Practice*, Section 1, General Practice; pp. 72-73. New York, U.S.A.: Oxford University Press, Inc.
- SLOANE, P.D, FEAGA, C.C., & GUTMANN, H. (2012). A Career in Family Medicine: A World of Opportunities. *Essentials of Family Medicine*, sixth edition, de Philip D. Sloane, Lisa M. Slatt, Mak H. Ebell, Mindy A. Smith, David Power e Anthony J. Viera, Appendix 1.1, I; (1): pp. 12-16. Philadelphia, U.S.A.: Wolters Kluwer / Lippincott Williams & Wilkins.
- SLUZKI, C.E. (1997). *A rede social na prática sistêmica. Alternativas terapêuticas*. São Paulo, Brasil: Editorial Gedisa S.A. e Casa do Psicólogo Livraria e Editora, Lda.
- SMILKSTEIN, G. (1978). The Family Apgar: a proposal for a Family Function Test and its Use by Physicians, 1978 *J Fam Pract*, 6: pp. 1231-1239.
- SMILKSTEIN, G. (1979). *Instructions for use of the family APGAR*. 1979 The Department of Family Medicine, Seattle, U.S.A.
- SMILKSTEIN, G. (1982). Smilkstein`s Work System Apgar Items, Department of Family Medicine SSOM, Student Manual, p. 22. Disponível em URL: <http://www.meddean.luc.edu/lumen/MedEd/family/apgar2.pdf>, acedido em 07.07.12.
- SMILKSTEIN, G. (1983). Assessment of Family Function. *Family Medicine. Principles and Practice*, de Robert B. Taylor, 2nd edition. New York, U.S.A: Springer Verlag.
- SMILKSTEIN, G. (1984). The Physician and Family Function Assessment. *Fam Syst Medicine*, Fall 1984, 2 (3): pp. 263-278. Citado por Luís Rebelo, in *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 2007; 23: pp. 295-297. Carnaxide, Portugal: Publisaúde, Edições Médicas, Lda.
- SMILKSTEIN, G. (1985). Family assessment tools. *Principles of family systems in family medicine*, S. Henao e N.P. Grose editors. New York, U.S.A: Brunner / Mazel.

SMILKSTEIN, G. (1990). É benéfico para a saúde saber viver com o “stress”. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, Julho 1990, vol. 7, nº 7, pp. 267-270. Lisboa, Portugal: edição Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral.

SMILKSTEIN, G., ASHWORT, C., & MONTANO, D. (1982). Validity and reliability of the Family APGAR as a test of family function. *J Fam Pract* 1982; 15: pp. 303-311. Disponível em:

<http://utcas.org/uto/castellano/infotrastornos/infoapgarfamiliar.asp>, acessado em 07.07.12.

SOUSA, L., HESPANHA, P., RODRIGUES, S. & GRILO, P. (2007). Famílias multiproblemáticas pobres: repensar as políticas. *Famílias Pobres: Desafios à Intervenção Social*, 1ª edição, Março 2007, colecção Sistemas, Famílias e Terapias / 11, 3: pp. 85-115. Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.

SOUSA, L., HESPANHA, P., RODRIGUES, S. & GRILO, P. (2007a). Famílias multiproblemáticas pobres, repensar o conceito; Reenquadrar a definição das famílias. *Famílias Pobres: Desafios à Intervenção Social*, 1ª edição, Março 2007, colecção Sistemas, Famílias e Terapias / 11, 1: pp. 45-48. Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.

SOUSA, L., HESPANHA, P., RODRIGUES, S. & GRILO, P. (2007b). Famílias multiproblemáticas pobres, repensar o conceito; Descrição do funcionamento familiar. *Famílias Pobres: Desafios à Intervenção Social*, 1ª edição, Março 2007, colecção Sistemas, Famílias e Terapias / 11, 1: pp. 20-22. Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.

SOUSA, L., HESPANHA, P., RODRIGUES, S. & GRILO, P. (2007c). Famílias multiproblemáticas pobres, repensar o conceito; Designações emergentes da literatura e da prática. *Famílias Pobres: Desafios à Intervenção Social*, 1ª edição, Março 2007, colecção Sistemas, Famílias e Terapias / 11, 1: pp. 16-18. Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.

SOUTHERN KINGS CONSOLIDATED SCHOOL, Canadá, FAMILY TIES WEBSITE (2012). Disponível em URL:

<http://www.edu.pe.ca/southernkings/family.htm>, acessado em 15.10.12.

SPEEDLING, E. J. ROSE D.N. (1985). Building na Effective Doctor-Patient Relationship: From Patient Satisfaction to Patient Participation. *Social Science & Medicine* 1985; 21 (2): pp. 115-120. Citado em *Comunicação em contexto clínico*, de José M. Mendes Nunes. Lisboa: edição Bayer Health Care.

- SPOLJAR-VRZINA, S.M. (2000). Genograms of exile and return families in Croatia - a medical anthropological approach, *Coll Antropol*, 2000 Dec; 24 (2): pp. 565-578.
- SPRUIJT, E., DeGOEDE, M., & VANDERVALK, I. (2001). The well-being of youngsters coming from six different family types, *Patient Educ Couns* 2001 Dec 15; 45 (4): pp. 285-294.
- Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11755774>, acessado em 01.11.12.
- SPRUSINSKA, E. (1994). *The Family APGAR Index: study on relationship between family function, social support, global stress and mental health perception in women*, *Int J Occup Med Environ Health*, 1994; 7(1): pp. 23-32.
- STARFIELD, B. (1994). *Is primary care essential?* *Lancet* 1994; 344: pp. 1129-1133.
- STARFIELD, B. (1998). *Primary care: balancing health needs, services and technology*. Oxford: Oxford University Press.
- STEIN, A., ZELMANOWICZ, A.M., & LIMA, A.K. (2004). Promoção da Saúde e Detecção Precoce de Doenças no Adulto. *Medicina ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências*, de Bruce B. Duncan, Maria Inês Schmidt, Elsa R.J. Giugliani e colaboradores, Seção V; (59): pp. 567-575. S. Paulo, Brasil: Artmed Editora.
- STEPHENS, G.G. (1982). *The Intellectual Basis of Family Practice*. Tucson, U.S.A.: Society of Teachers of Family Medicine Foundation and Winter Publishing Company, Inc. Disponível em http://www.aafpfoundation.org/online/etc/medialib/found/documents/programs/chfm/stephensintellectualbasisfp.Par.0001.File.tmp/Stephens_Intellectual_Basis.pdf, acessado em 21.10.12.
- STEPHENSON, A., HIGGS, R., & SUGARMAN, J. (2001). *Teaching professional development in medical schools*. *The Lancet* 2001 Mar 17; 357 (9259): 867-70. Department of General Practice and Primary Care, GKT School of Medicine, King's College, London, UK.
- STEWART, I., & VANN, J. (1991). *TA Today: A New Introduction to Transactional Analysis*. England: Lifespace Publishing.
- STOECKLE, J.D. (1997). Princípios de Cuidados Primários, Tarefas dos Cuidados Primários. *Cuidados Primários em Medicina – uma abordagem do paciente adulto em ambulatório*, de Allan H. Goroll, AH, Lawrence A. May, LA, Albert J. Mulley Jr., 1; (1); 1-4. Alfragide, Portugal: McGraw Hill de Portugal.

- STOECKLE, J.D. (2009). The Practice of Primary Care. *Primary Care Medicine, office evaluation and management of the adult patient*, de Allan H. Goroll e Albert J. Mulley Jr., sixth edition, Section 1, chapter 1, pp. 1-9. Philadelphia, U.S.A.: Wolters Kluwer / Lippincott Williams and Wilkins.
- STORY, L.B., & BRADBURY, T.N. (2004). *Understanding marriage and stress: essential questions and challenges*. Clin Psychol Rev 2004 Jan; 23 (8): pp. 1139-1162.
- SUBTIL, C. (2008). Subtil C. *Tipologia Familiar: Tipo de Família*. Disponível em: URL: <http://carlosubtilfamilias.blogspot.com/2008/01/tipologia-familiar.html>, acedido em 18/07/2009.
- SULLEROT, E: (1993). *Que Pais? Que Filhos?* Lisboa, Portugal: Editora Relógio d'água.
- SUPREMO TRIBUNAL DE JUSTIÇA (2012). Acórdão de Álvaro Rodrigues (Relator), Fernando Bento e João Trindade, de 19.04.12, disponível em <http://www.gde.mj.pt/jstj.nsf/954f0ce6ad9dd8b980256b5f003fa814/fc664c231f3e73cf802579ea003d91d2?OpenDocument>, acedido em 27.10.12.
- TALBOT, Y., College of Family Medicine of Canada (1991). *Family System Medicine: A Faculty Development Curriculum*. Toronto, Canada: Publicola Reg'd.
- TATE, P. (2004). *Guia Prático Climepsi da Comunicação Médico-Doente*, 12: p. 144. Lisboa: Climepsi Editores.
- TAVARES, F. (1995). Epílogo. *O Mundo da Família*, 1ª edição, pp. 177-195. Porto, Portugal: Laboratórios Bial.
- TAVARES, F. (1995a). A crise conjugal. *O Mundo da Família*, 1ª edição 7; pp. 127-148. Porto, Portugal: Laboratórios Bial.
- TAYLOR, R.B. (1988). Medicina de família: la disciplina, la especialidad y el médico. *Medicina de Familia, Principios y práctica*, de Robert B. Taylor, tercera edición, 1991, Parte I, (1): pp. 3-20. Barcelona, España: Ediciones Doyma, S.A., original Family Medicine. Principles and Practice, Springer Verlag, New York, Inc., 1988.
- TAYLOR, R.B. (2006a). Medicina de familia: una práctica actual y futura. *Medicina de familia: principios y práctica*, 6ª edición, Parte I; 1: pp. 3-9. Barcelona, España: Elsevier Masson.
- TAYLOR, R.B. (2006c). Cronologia de la evolución de la medicina de familia como especialidad en Estados Unidos. *Medicina de familia: principios y práctica*, 6ª edición, Parte III; 131: pp. 1252-1256. Barcelona, España: Elsevier Masson.

TEIXEIRA, M.B. (2002). *Empoderamento de idoso em grupos direcionados à promoção da saúde*. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2002, p. 105. Disponível em URL:

http://portaldesicict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_cover&id=000034&lng=pt&nr_m=iso, acessado em 27.10.12.

TEIXEIRA, P. & SILVA, M. (2009). Uma alimentação saudável para um peso saudável. *Repensar o peso, princípios e métodos testados para controlar o seu peso*, Março 2009, II; (5): pp. 53-81. Lisboa, Portugal: Lidel – Edições Técnicas, Lda., Merck Sharp & Dohme, www.lidel.pt

THROWER, S.M., BRUCE, W.E., & WALTON, R.F., (1982). The Family Circle Method for Integration Family Systems Concepts in Family Medicine, *The Journal of Family Practice*, vol. 15, 1982 Sep, nº 3: pp. 451-457. Asheville, North Carolina, U.S.A.

THROWER, S.M. (1988). From Systems, Tools for Assessing Families. *Essentials of Family Medicine*, de Philip D. Sloane, Lisa M. Slatt e R.M. Baker, pp. 3 -13. Baltimore, Maryland, U.S.A.: Williams e Wilkins.

TIAGO LEMANCZUK (2008). *Introdução à Sociologia*. Disponível em URL: <http://www.ebah.com.br/content/ABAAA4D0AK/introducao-a-sociologia>, acessado em 01.04.12. Citado de Carlos Benedito Martins. O que é sociologia. São Paulo, Brasil: Ed. Brasiliense, 2008.

TNS / Grupo Kantar (2011). *Philips Index: Saúde e Bem-estar em Portugal 2011*. Disponível em URL:

http://www.newscenter.philips.com/pt_pt/standard/about/news/press/philips_index_pt.wpd, acessado em 26.10.12.

TOBGAY, T., DOPHU, U., TORRES, C.E., & NA-BANGCHANG, K. (2011). Health and Gross National Happiness: review of current status in Bhutan, *J Multidiscip Healthc*, 2011; 4: pp. 293-298. Epub 2011 Aug 4.

TOMÉ, J.B. (2003). Vida, humanidade, família. *Acção Med* 2003; 67 (3): pp. 3-4. Citado por *Novos Tipos de Família, Plano de Cuidados*, de Hernâni Caniço, Pedro Bairrada, Esther Rodríguez & Armando Carvalho, Coimbra, Imprensa da Universidade de Coimbra, Dezembro 2011.

TRAVERSO-YEPEZ, M. (2001). A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios. *Psicol. estud*, Vol. 6, nº 2, Maringá, July / Dec. 2001. Disponível em

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722001000200007,

acedido em 27.01.12

TUCKMAN, B.W. (2000). *Manual de investigação em educação*, p. 523. Lisboa, Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian.

TUMMINELO, M., MICCICHÈ, S., DOMINGUEZ, L.J., LAMURA, J., MELCVHJORRE, M.J., BARBAGALLO, M., & MANTEGNA, R.M. (2011). Happy aged people are all alike, while every unhappy aged person is unhappy in its own way, *PLoS One*, 2011; 6 (9):e23377. Epub 2011 Sep 8.

UNESCO (2012). *Dia Internacional das Famílias*. Disponível em URL: <http://www.portalsaofrancisco.com.br/alfa/maio/dia-internacional-das-familias.php>,
acedido em 01.04.12.

UPTON, N., & REED, V. (2006). The influence of social support on caregiver coping. *Int J Psychiatr Nurs Res* 2006 Jan; 11(2): pp. 1256-1267.

URBEG, M. (1987). Screening for family dysfunction. *J. Fam Pract*, 1987 Dec, 25 (6): pp. 554-556.

VAN CAMPEN, C., DE BOER, A.H., & LEDEMA, J. (2012). Are informal caregivers less happy than noncaregivers? Happiness and the intensity of caregiving in combination with paid and voluntary work, *Scand J Caring Sci*, 2012 May 10. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.00998.x.

VAN DER HOMBERGH, P., GROU, R. VAN DEN HOOGEN, H.J.M., & VAN DEN BOSCH, W.J.H.M. (1998). Assessment of management in general practices: validation of a practice visit method. *Br J Gen Pract* 1998; 48: pp. 1743-50.

VAN DER HORST, M. & COFFÉ, H. (2012). How Friendship Network Characteristics Influence Subjective Well-Being, *Soc Ind Res*, 2012 July; vol. 107 (3): pp. 509-529. Epub 2011 Jun 3.

VAN WEEL, C. (2001). Examination of context of medicine. *The Lancet*, 10 March 2001; vol. 357: Issue 9258, pp. 733 – 734. Elsevier Properties S.A., <http://www.thelancet.com/>

VAZ, J.M. (2009). Prefácio. *Até Que A Sorte Nos Separe...*, de António Santos Pereira, pp. 11-13. Porto, Portugal: Âmbra - Ideias no Papel S.A., www.ambar.pt.

VERÍSSIMO, R. (2001). *Personalidade, conhecer as pessoas*. Psicologia Médica, Psicologia Geral, Psicologia da Saúde, Psicopatologia Geral, Slim Book Series. Porto, Portugal: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Disponível em URL: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9130/2/11406.pdf>,
acedido em 28.10.12.

- VINTÉM J. (2008). *Diferenças de género e desigualdades sociais na saúde e doença em Portugal*. Dissertação de Mestrado em Família e Sociedade. Lisboa, Portugal: ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa.
- VOIT, H. (1992). Household and family types in 1972 and 1990: results of the microcensus, *Whirtsch Stat*, 1992 Apr; (4): pp. 223-230.
- WAGNER, M.E., SCHUBERT, H.J., & SCHUBERT, D.S. (1985). Family Size effects: a review. *J Genet Psychol*. 1985 Mar; 146 (1): pp. 65-78.
- WALL, E.M. (1988). Razonamiento clínico y manejo de los problemas. *Medicina de Familia, Principios y práctica*, de Robert B. Taylor, tercera edición, 1991, Parte I, (8): pp. 70-75. Barcelona, España: Ediciones Doyma, S.A., original Family Medicine. Principles and Practice, Springer Verlag, New York, Inc., 1988.
- WATERS, D.B., & BARNETT Jr., B.L. (1988). La atención de salud: desarrollo y envejecimiento. *Medicina de Familia, Principios y práctica*, de Robert B. Taylor, tercera edición, 1991, Parte I, (2): pp. 21-30. Barcelona, España: Ediciones Doyma, S.A., original Family Medicine. Principles and Practice, Springer Verlag, New York, Inc., 1988.
- WEIHS, K. FISHER, L., & BAIRD, M.A. (2001). *Families, health and behavior*. Institute of Medicine Report. Washington, USA: National Academy Press, 2001.
- WEISS, K. (1998). A look at population-based medical care. *Dis Mon* 1998; 44: pp. 353-369.
- WEISS, K., FISHER, L., & BAIRD, M. (2002). Families, Health and Behavior. *Family Systems & Health*, 20: pp. 7-46.
- WESTON, W.W., BROWN, J.B. & STEWART, M.A. (1989a). Patient-centered Interviewing – Part I: Understanding Patient` Experiencies. *Can Fam Physician* 1989; 35: pp. 147-51.
- WESTON, W.W., BROWN, J.B., & STEWART, M.A. (1989b). Weston WW, Brown JB, Stewart MA. Patient-centered Interviewing – Part II: Finding Common Ground. *Can Fam Physician* 1989; 35: pp. 153-157.
- WHITE, K.L. (1988). Introdução 2. CIPS-2 Definida (Classificação Internacional de problemas de saúde em Cuidados Primários), 1ª edição, pp. V-VI. Lisboa, Portugal: Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral / Centro Internacional para a Medicina Familiar.
- WILLIAMS, P.T (1983). Longitudinal care. *Family Medicine, Principles and Practice*, de Robert B. Taylor, 2nd edition. Berlim, Alemanha: Springer Verlag.

WILLIAMS, P.T. (1988). Atención longitudinal. *Medicina de Familia, Principios y práctica*, de Robert B. Taylor, tercera edición, 1991, Parte I, (5): pp. 46-54. Barcelona, España: Ediciones Doyma, S.A., original Family Medicine. Principles and Practice, Springer Verlag, New York, Inc., 1988.

WILLIAMSON, C. (2000). Consumer and professional standards: working towards consensus. *Quality in Health Care* 9, pp. 190-194. Citado em *Oxford Textbook of Primary Medical Care*, de Roger Jones, Nicky Britten, Larry Culpepper, David Gass, Richard Grol, David Mant, & Chris Silagy. New York, U.S.A.: Oxford University Press, Inc.

WOLANSKI, N., CHUNG, S., CZARZASTA, T., DICKINSON, F., HARADA, S., LIOCHEVA, V., SEIWA, H., TOMONARI, K., & TSUSHIMA, S. (1994). Family characteristics and offspring growth in various countries. I. Frequency of various family types in Bulgaria, Japan, Korea, Mexico and Poland, *Stud Hum Ecol*, 1994; 11: pp. 5-11.

WOLNITZKI SCH., L., VARGAS C., N., CÉRON R., C., ERRÁZURIZ F., G., FABRES B., J., MORALES C., J.C., SEPÚLVEDA S., P., SEPÚLVEDA, X., SILVA L., A., & VARELA B., P. (1989). Red social de apoyo en adolescentes escolares: su medición com Apgar de Smilkstein / Social net in support of adolescents scholars: its appraisal by Smilkstein Apgar test. *Bol. Hosp. San Juan de Dios*, 36 (3): pp. 147-155, May-Jun 1989. Disponível em URL: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=&p&nextAction=lnk&exprSearch=67752&indexSearch=ID>, acedido em 07.07.12.

WONCA EUROPA 2002 (Sociedade Europeia de Clínica Geral / Medicina Familiar). *A definição europeia de Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral / Medicina Familiar)*. Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, 20 Anos APMCG.

WORLD DEVELOPMENT REPORT 2004: MAKING SERVICES WORK FOR POOR PEOPLE (2003). Washington DC, The World Bank, 2003. Citado em *Relatório Mundial da Saúde 2008*, Cuidados de Saúde Primários – Agora Mais Que Nunca, p. 11. Lisboa: Organização Mundial de Saúde, Alto Comissariado da Saúde.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1991). Statistical índices of Family Health, 589: p. 17. Geneva, Switzerland: WHO Library.

WRIGHT, R.A. (1993). Community-oriented primary care, the cornerstone of health care reform. *JAMA* 1993; 269: pp. 2544-2547.

- WRIGHT, L.M., & LEAHEY, M. (2001). *Calgary Family Assessment Model: How to Apply in Clinical Practice*, 2001 MDI Videos Calgary, AB, <http://www.efamilynursing.com/>
- WYSOCKI, T., & GRECO, P. (2006). Social support and diabetes management in childhood and adolescence: influence of parents and friends. *Curr Diab Rep*, 2006 April; 6(2): pp. 117-122.
- ZAMORA, A.P. (2008). *Tipos de familia*. Disponible en URL: <http://www.scribd.com/doc/5368921/Tipos-de-familia>, accedido a 18/07/2009.
- ZIMMERMANN, R.K., & NOVALK, M.P. (2006). Promoción de la salud. *Medicina de familia, Principios y práctica*, de Robert B. Taylor, sexta edición 2006, Parte IIA; (8): pp. 72-81. Barcelona, España: Elsevier Masson.
- ZURRO, A.M. (2008). Atención Primaria de Salud. *Atención Primaria – conceptos, organización e práctica clínica*, de A. Martín Zurro e J. F. Cano Pérez, sexta edición, Vol. I, Parte I; (1): pp. 3-19. Barcelona, España: Elsevier España, S.L.
- ZURRO, A.M., BADIA, G., & LOREN, P.S. (2008). Actividades preventivas y de promoción de la salud. *Atención Primaria, conceptos, organización y práctica clínica*, de A. Martín Zurro e J. F. Cano Pérez, sexta edición, Vol. I, Parte III; (25): pp. 511-527. Barcelona, España: Elsevier España, S.L.