

# TRABALHO COM FAMÍLIAS EM PSIQUIATRIA GERIÁTRICA

Manuel GONÇALVES-PEREIRA, Daniel SAMPAIO

## RESUMO

A demência e outros quadros neuropsiquiátricos ligados ao envelhecimento determinam uma carga significativa na sociedade em geral e nas famílias em particular. As apresentações clínicas envolvendo aspectos familiares são múltiplas e ocorrem independentemente do diagnóstico (doença de Alzheimer e outras demências, depressão ou outras doenças mentais do idoso). Daqui decorre uma tendência crescente para trabalhar com famílias no contexto da psiquiatria geriátrica. As questões de casal não motivam frequentemente, por si, o recurso a terapia, mas uma intervenção conjugal pode ser muito útil em qualquer fase do ciclo vital familiar.

A efectividade da terapia familiar sistémica não tem sido avaliada tão consistentemente como a psicoeducação familiar. Não obstante, pode constituir um recurso importante quando o foco de intervenção clínica é a dinâmica familiar. Isto, sobretudo, nas famílias em que as circularidades disfuncionais precedem o início da doença num dos seus elementos, não sendo determinadas exclusivamente por ela. Noutras famílias, as abordagens psicoeducativas terão indicação privilegiada (variando os formatos, locais e níveis de intensidade). Contudo, a leitura sistémica dos contextos, com intervenção adequada, não se restringe à terapia familiar clássica nem implica a sua indicação formal: pode inspirar a psicoeducação da família ou abordagens menos estruturadas.

As intervenções familiares, qualquer que seja a sua natureza, devem ser precedidas de uma avaliação estruturada mas exequível. A avaliação constitui, intrinsecamente, um início da intervenção, obrigando a uma constante actualização ao longo do processo.

As terapias familiares clássicas não têm sido utilizadas, correntemente, em famílias de doentes neuropsiquiátricos idosos. Não obstante, as terapias familiares podem ter indicação em casos específicos e o trabalho genérico com famílias está no âmago da prática da psiquiatria geriátrica.

M.G-P.: Departamento de Saúde Mental e CEDOC, Faculdade de Ciências Médicas/Universidade Nova de Lisboa. Lisboa. Portugal.  
D.S.: Serviço de Psiquiatria. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Lisboa. Portugal.

## SUMMARY

### FAMILY WORK IN GERIATRIC PSYCHIATRY

Dementia and other late-life conditions in neuropsychiatry impose a heavy burden on society as a whole and in families in particular. A number of clinical presentations involving family aspects may be seen in clinical practice in a range of diagnoses (Alzheimer's disease, other dementias, depression or any other psychiatric disorder in the elderly). As a consequence, there is a growing trend towards working with families in geriatric psychiatry. Marital issues are not a frequent target for specific clinical intervention, but couple therapy may be useful regardless of age.

The effectiveness of family systems therapy has not been widely evaluated in psychogeriatrics, so far. However, it may be a powerful resource when family dynamics must be addressed, mostly in families where dysfunctional circularities precede the outburst of severe clinical problems. More often, family psychoeducation will be the first indication, in different formats, settings and levels of intensity. However, context reading and systemically-informed work are not restricted to classical family therapy and do not imply it. It has been suggested that family psychoeducation should sometimes include a stronger family systems perspective.

Structured and feasible family assessments should always precede interventions. Indeed, they are a first step of the intervention itself, while necessarily reviewed through the

course of family work.

Ageism perhaps still influences to some extent health professionals' attitudes, including the ones of family therapists, leading to the underutilization of family approaches in the elderly. However, working with families remains a core process in geriatric psychiatry and family therapy may be a powerful resource in particular cases.

## FAMÍLIAS E DOENÇAS MENTAIS NO ENVELHECIMENTO

As doenças mentais e neuropsiquiátricas ligadas ao envelhecimento constituem um grupo heterogéneo. As síndromes demenciais têm início, na maior parte dos casos, na idade avançada. O número de pessoas com demência e o peso global destes quadros têm aumentado nas últimas décadas, acompanhando o envelhecimento populacional. Na Europa, estima-se que a prevalência cresça de 1-2% aos 65-69 anos, para cerca de 25% após os 84 anos<sup>1</sup>. Outros quadros neurológicos (e.g. doenças cérebro-vasculares, doença de Parkinson) podem também atingir o idoso e determinar manifestações psiquiátricas/comportamentais, evoluindo ou não como demências.

Em psiquiatria geriátrica observam-se, ainda, perturbações mentais não específicas desta fase da vida, como as psicoses e as perturbações do humor ou de ansiedade. Existindo formas sindrômicas tardias, a história natural pode alternativamente ter registado início precoce (mantendo-se, na idade avançada, o quadro clínico ou o risco de recaída). A depressão, por exemplo, representa um diagnóstico frequente no idoso, com prevalências globais de 12.3% (IC 95% 11.8-12.9) em países europeus<sup>2</sup>. Outras doenças mentais menos frequentes, como a perturbação bipolar ou as psicoses, revestem-se, geralmente, de gravidade clínica.

Estas pessoas idosas com doença mental representam grupos vulneráveis e precisam, frequentemente, do apoio das redes sociais de suporte. Dois terços dos doentes com demência, por exemplo, terão cuidadores informais identificáveis e na Europa, sobretudo nas regiões meridionais, a maioria destes prestadores de cuidados são os familiares respectivos<sup>3,4</sup>. Em Portugal, as necessidades não cobertas dos familiares-cuidadores são consideráveis, mesmo em serviços especializados: num estudo multicêntrico, foram avaliadas em 9.4% dos casos quanto a informação e em 26.4% quanto a sofrimento psicológico<sup>5</sup>. Assim, a equação doença-família é complexa. Sendo inquestionável a base biológica da maioria dos quadros psicogeriátricos (e.g. demências, depressões de início tardio), as características da pessoa doente, da sua doença e dos seus familiares (como a personalidade) interagem dinamicamente, com impacto no funcionamento da família (e.g. coesão e adaptabilidade), nas “emoções expressas”, na sobrecarga familiar ou, até, nas manifestações clínicas<sup>3</sup>.

As apresentações envolvendo a família em psicogeriatria são múltiplas. Perante um diagnóstico de doença, a falta de informação relacionada pode motivar recurso aos serviços, como necessidade expressa da família (ou por perplexidade, sofrimento ou reacções desajustadas perante os sintomas). Outros exemplos são o abuso sobre o idoso doente, a equacionar sistemicamente, ou a tensão entre familiares-cuidadores.

Paralelamente aos quadros psicopatológicos, há problemas de casal que se traduzem em conflitualidade actuada ou latente, tantas vezes deslocada para questões menores. Muitos casais não desistem de se mudar, mesmo quando não o conseguiram durante décadas. Noutros casos, a doença pode tornar-se a razão de ser de uma relação, com casamentos entre doentes e “enfermeiros”. Porém, não é habitual que um casal idoso procure ajuda específica para questões conjugais: muitos já se terão separado devido às dificuldades, resignaram-se a elas (casamentos “estáveis na incompatibilidade”) ou, mais frequentemente, vivem em harmonia<sup>6</sup>.

A necessidade de trabalhar com as famílias é frequente, independentemente do quadro nosológico. A dependência (que acompanha um envelhecimento menos bem sucedido, de *per se*) é potenciada pelas incapacidades e desvantagens sociais da doença. Assim, as abordagens individuais são, muitas vezes, complementadas recorrendo aos familiares, o que pode até conduzir, em casos particulares, a intervenções formais com a família. Trata-se de uma forma de melhor ajudar o doente identificado, assim como de atender às necessidades próprias, não negligenciáveis, dos familiares (muitas vezes “doentes escondidos”). Na perspectiva sistémica, estas vertentes não são clivadas.

Mesmo famílias funcionando habitualmente bem<sup>7</sup> (com papéis bem definidos, relações afectuosas em que impera o respeito, regras de conduta, comunicação clara e aberta, flexibilidade, capacidade de adaptação e relação com outros grupos) são famílias que sofrem, com frequência, dificuldades na doença. E as famílias com dificuldades pré-existentes terão necessidades acrescidas de apoio. Em ambos os casos, será preciso providenciar informação sobre a patologia ou melhorar competências para lidar com ela (*psicoeducação*). Mas enquanto as primeiras famílias podem não necessitar de mais, as segundas terão indicação para apoio suplementar, envolvendo uma *terapia*. Quall, nesta linha, diferencia as famílias com necessidades conjunturais daquelas com indicação para intervenções “estruturais”, melhorando

o seu funcionamento<sup>8</sup>. Como corolário, o trabalho com famílias será útil para promover a adesão aos tratamentos recomendados (e.g. farmacológicos) e complementando necessidades específicas, a ajuizar caso a caso<sup>3,4,6-8</sup>.

As intervenções familiares em psiquiatria geriátrica têm sido objecto de revisão<sup>9-13</sup>. Neste artigo, reapreciamos criticamente o trabalho com famílias no envelhecimento. Tendo tratado a psicoeducação familiar na demência e alguns aspectos técnicos em publicações específicas<sup>14,15</sup>, centramo-nos agora no modelo conceptual sistémico, incluindo a forma como pode inspirar o trabalho psicoeducativo.

### TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

As indicações clássicas das terapias familiares prendem-se com crises relacionais (conjugais, de fase de ciclo vital familiar) ou situações disfuncionais em que alguém, na família, se encontra dependente ou pouco individualizado (como nalguns quadros da psiquiatria infantil e juvenil, de anorexia ou esquizofrenia, ou da patologia geriátrica). O advento da terapia familiar na segunda metade do século XX implicou um corte epistemológico, relacionado com a compreensão sistémica da saúde e da doença<sup>12,16</sup>.

Numa óptica de determinismo multifactorial, o objectivo traduz-se em melhorar interacções para corrigir circularidades disfuncionais, causa e/ou consequência dos problemas clínicos. Este trabalho é perspectivado em dois eixos (vertical, transgeracional, incidindo sobre a autonomia e diferenciação face à família de origem; horizontal ou do “aqui e agora”, abordando as interacções familiares no quotidiano e nas crises). A terapia familiar “não é uma terapia da família, mas uma terapia com a família”, não pretendendo formatá-la conforme padrões pré-estabelecidos<sup>12,16</sup>.

Existem vários modelos, nomeadamente os “transgeracionais” (Boszormenyi-Nagy, Whitaker ou Bowen), “estruturais” (Minuchin) ou “estratégicos” (Haley; Grupo do *Mental Research Institute*, Palo Alto; ou Selvini-Palazzoli com a Escola de Milão). Numa perspectiva histórica, consideram-se “gerações” sucessivas, complementadas recentemente pelo construtivismo e pela psicoeducação familiar. A tendência actual é para integrar modelos e técnicas, guiada pragmaticamente pela avaliação da família e por objectivos de trabalho<sup>12</sup>. Já desde a primeira cibernética (com Minuchin) que uma prioridade da terapia familiar é levar a família a ponderar alternativas<sup>16</sup>.

No contexto específico da depressão do adulto não idoso, por exemplo, a terapia familiar sistémica tem sido considerada como tratamento adjuvante eventual<sup>17</sup>. Leff e colaboradores mostraram como uma terapia de casal pode ser pelo menos tão eficaz como o tratamento farmacológico, não aumentando os custos globais. No entanto, estas

conclusões ficaram algo limitadas pela taxa de atrito do estudo<sup>18</sup>. O grau de evidência até agora produzido para a efectividade das terapias sistémicas, na depressão do adulto, é claramente inferior ao dos tratamentos psicofarmacológicos ou de certas psicoterapias individuais (cognitivo-comportamental ou inter-pessoal)<sup>17,19,20</sup>. Porém, as recomendações terapêuticas internacionais consideram crucial atender às necessidades das famílias, em termos de apoio e informação. Contemplam, ainda, a terapia familiar-conjugal para casos em que as disfunções familiares contribuam, significativamente, para o aparecimento ou manutenção do quadro depressivo<sup>19,20</sup>.

Trabalhos recentes têm continuado a sugerir o papel das terapias familiares como complemento do tratamento convencional, sobretudo na presença de dificuldades pré-existentes na família<sup>21,22</sup>. Outros, nas perturbações bipolares, enfatizaram a necessidade de adequar os tratamentos aos contextos familiares<sup>23</sup>. Lamentavelmente, poucos estudos têm incidido nas intervenções sistémicas com famílias de doentes mais velhos.

### ASPECTOS ESPECÍFICOS EM PSICOGERIATRIA

Apesar de poderem ter indicação terapêutica específica<sup>6,24,25</sup>, as psicoterapias (nomeadamente as psicoterapias individuais) são, em geral, ainda pouco usadas no idoso (sendo assim, inclusivamente, nos quadros depressivos)<sup>26</sup>.

Neste panorama, persiste a necessidade de estudar a efectividade das psicoterapias sistémicas em situações psicogeriatricas nas quais sejam indicadas. Até por comparação com a psicoeducação familiar, este tipo de trabalho com famílias não tem sido avaliado sistematicamente, apesar de alguns esforços recentes<sup>27</sup>. Também por isso, em contraste com os campos da infância, da adolescência e do adulto jovem, é notório o menor recurso às terapias sistémicas em psiquiatria geriátrica. Tal poderá reflectir, em parte, preconceitos de muitos profissionais de saúde, incluindo dos próprios psicoterapeutas sistémicos, quanto ao envelhecimento: mesmo na área da saúde mental, até há pouco tempo, a idade estava em correlação negativa com a probabilidade de terapia familiar<sup>12</sup>. Apesar de alguma tendência de mudança, esta realidade subsiste.

Contudo, a circularidade nas apresentações clínicas em psicogeriatría é paradigmática (e.g. “zango-me porque te esqueces de tudo” e “esqueço-me porque te zangas com tudo”). Assim, os objectivos da terapia familiar sistémica, desafiando genericamente a circularidade patológica e facilitando a comunicação, foram definidos: (1) melhorar as relações intra-familiares e inter-geracionais; (2) desenvolver a independência e/ou o apoio aos elementos mais velhos da família<sup>10,12</sup>. Quall, no modelo estrutural de Minuchin, realçou a melhoria do funcionamento familiar pelo reforço dos sistemas ou subsistemas da família<sup>8</sup>.

Distam uma década duas revisões marcantes sobre as abordagens familiares sistémicas em psiquiatria geriátrica: a de Richardson e col., em 1994<sup>10</sup> e a de Curtis e Dixon, em 2005<sup>13</sup>. Ressalta a importância que o construtivismo social ou as técnicas narrativas (desenvolvidas noutras fases do ciclo vital) também aqui vêm assumindo<sup>13</sup>. Nestes e noutros trabalhos, discutem-se as indicações para uma terapia familiar em psiquiatria geriátrica<sup>10-13,27</sup>. É de ponderar em múltiplas situações: doença grave na família em envelhecimento (e.g. sobrecarga na mulher idosa, filhos desde sempre infantilizados e que não se adaptam ao papel de cuidador; pais idosos como cuidadores de doentes mais novos); reviver constante de problemas antigos; cristalização no papel de cuidador; “emoção expressa” elevada; abuso familiar ou resistência à independência do idoso; dificuldades na adaptação à reforma. Merecem referência os contextos familiares das decisões de institucionalização ou interdição; falou-se da demência como “o grande divisor das famílias” (conflitos entre filhos, envolvendo coligações contra um deles, investido como “ovelha negra”)<sup>28</sup>.

As características da patologia influenciam, até certo ponto, as apresentações clínicas que envolvem as famílias, bem como os processos de intervenção<sup>9</sup>. Exemplificando na demência, como noutras formas de psicopatologia arrastada, há situações em que os filhos apresentam distribuição desigual de sobrecarga, originando conflitos: pode usar-se a reformulação positiva, enfatizando os pontos comuns e o respeito pelas diferenças individuais. Outras manifestações de tensão familiar decorrem de ressentimentos entre pais e filhos ou de rivalidades antigas na fratria. Resolvê-las pode melhorar as coisas em mais que uma geração<sup>12</sup>. Há “legados familiares” em que os filhos são poupados, de pequenos, à partilha de responsabilidades. Uma intervenção transgeracional poderá ajudar estes filhos, tornados adultos, a escapar ao “não-envolvimento” crónico<sup>29</sup>. Nalgumas depressões geriátricas será possível inferir determinantes inconscientes na forma como o doente induz a família a reforçar um padrão de “invalidez depressiva”<sup>6</sup>. Gallarda e Lôo referem oportunidades para intervenção familiar/conjugal se a rejeição pela família acentuar a incomunicabilidade e o isolamento depressivo, ou na superprotecção/infantilização do idoso deprimido<sup>30</sup>. Finalmente, de modo transversal à nosologia, pode não ser tarde para uma terapia de casal orientada para o treino de comunicação e de resolução de problemas, promovendo empatia recíproca<sup>6</sup>. Foram aventadas hipóteses sobre as bases neurobiológicas das interacções entre o emocional e o cognitivo, na comunicação dos casais<sup>31</sup>. Este é um campo estimulante para investigação na área das doenças orgânicas do envelhecimento.

Em suma, a indicação para uma terapia familiar estruturada, clássica, não será a regra, nem mesmo será frequente. Contudo, há vantagens em ponderar

intervenções de inspiração sistémica aquando de crises que possam envolver directa ou indirectamente estas famílias<sup>6,8,13</sup>.

## OUTRAS FORMAS DE TRABALHO CLÍNICO COM FAMÍLIAS EM PSIQUIATRIA GERIÁTRICA

Englobamos aqui as intervenções dirigidas a cuidadores, que incluem estratégias de alívio, de suporte, de psicoeducação, de treino de competências, de incidência psicoterapêutica ou com componentes múltiplos<sup>32</sup>.

A psicoeducação familiar pode considerar-se uma adaptação do grande tronco das terapias familiares ao contexto específico das famílias em que alguém sofre de doença mental. Tem uma identidade própria e o seu foco de intervenção não é sistémico (incidindo na literacia em saúde mental, no treino de comunicação e de resolução de problemas, e na gestão de crises ligadas à patologia individual específica). As técnicas validadas têm recorrido, principalmente, a estratégias cognitivo-comportamentais<sup>14</sup>.

As técnicas cognitivo-comportamentais foram, de início, menos valorizadas nas abordagens familiares. Certas diferenças teóricas e de estilo tornavam-nos inaceitáveis para muitos terapeutas. O pensamento associado parecia demasiado linear, não interpretando o simbolismo dos comportamentos, e era conotado com uma visão simplista das famílias. Paulatinamente, porém, estes modelos ganharam reconhecimento<sup>33</sup>. Até as terapias familiares clássicas integravam componentes comportamentais, como a sugestão activa ou trabalhos-de-casa. Por outro lado, os terapeutas comportamentais passaram a explorar vertentes cognitivas, como a representação de cada elemento da família face aos outros. Analisando a circularidade de factores cognitivos, afectivos e comportamentais, e as interacções intra e extra-familiares, os modelos cognitivo-comportamentais têm assimilado outras perspectivas. Finalmente, a efectividade da psicoeducação familiar tem sido documentada<sup>34,35</sup>.

A psicoeducação familiar não exclui indicação ulterior para outra psicoterapia, individual ou familiar. Algumas destas famílias podem beneficiar, claramente, de intervenções sistémicas ou de uma terapia familiar em moldes formais. A indicação não deve ser a doença, de *per se*, mas sim aspectos para os quais a família necessita de ajuda e para os quais a psicoeducação não oferece resposta completa.

A transmissão isolada de conhecimento, no caso das abordagens predominantemente didácticas, tem impacto limitado nos cuidadores<sup>36</sup> e os modelos psicoeducativos estarão mais centrados no alívio da sobrecarga e no indivíduo que nas dinâmicas familiares<sup>37</sup>. Após o menosprezo de décadas sobre as dificuldades dos cuidadores informais, sobreveio algum risco de não se atender suficientemente às necessidades das pessoas doentes aquando da programação das intervenções

familiares. Na verdade, ao centrar-se nos familiares-cuidadores, o terapeuta pode assumir, erradamente, a passividade/dependência dos idosos doentes. Enfatizar a protecção do cuidador, ou a superprotecção do doente, pode não promover a capacitação deste último, como é objectivo das terapias sistémicas. Mantém utilidade a distinção de Richardson et al entre “*psicoeducação familiar*” (foco nas necessidades dos cuidadores, com passagem de informação e competências para lidar com a doença - a família como uma entidade em risco face à doença de alguém) e “*terapia familiar sistémica*” (foco nas necessidades da família, incluindo o doente - ênfase na circularidade interactiva e na autonomização de cada um)<sup>10</sup>. Os objectivos, a filosofia e a operacionalização destas intervenções são diferentes. Note-se que as designações “*intervenções familiares*” ou “*trabalho com famílias*” abarcam o conjunto destas abordagens, ainda que se tenda a designar como “*terapia familiar*” o conjunto de intervenções mais clássicas.

Uma nota ao termo “*sistémico*”: revisitando o seu uso em psiquiatria geriátrica, a designação aplica-se não só a um tipo específico de terapia, mas sobretudo ao conceito de “*pensar em famílias, pensar em sistemas*”<sup>12</sup>. Retomando o exemplo da psicoeducação familiar, entendemos que os seus resultados podem ter impacto sistémico na família, ainda que não seja esse o foco da intervenção. Na verdade, tem sido sugerida uma maior inspiração sistémica das intervenções com cuidadores<sup>38</sup> e, mesmo nas demências, o desenvolvimento de abordagens com doentes e familiares em conjunto<sup>39</sup>, de forma a ultrapassar algumas das limitações acima referidas. O pensar sistémico não implica, por si, uma intervenção tecnicamente classificada como tal<sup>6,12</sup>. Com efeito, há até evidência de que intervenções dirigidas primariamente a doentes, na área farmacológica ou na área da terapia ocupacional, podem acarretar benefícios indirectos para os familiares<sup>3,14</sup>. Inversamente, há eventuais benefícios da psicoeducação familiar para os próprios doentes, em termos de sintomas<sup>40</sup> ou no atraso da institucionalização<sup>41</sup>.

Asen apresenta uma discussão alongada sobre leitura e produção de contextos (“*context reading/context making*”), questionando, para cada intervenção, o *quem, quando, onde e como* fazer<sup>12</sup>. Situamos nesta perspectiva a avaliação clínica da família.

## O PENSAMENTO SISTÉMICO NO BINÓMIO AVALIAÇÃO-INTERVENÇÃO

Na clínica, a avaliação da família do doente gerontopsiquiátrico deveria ser mais frequentemente ponderada e, em muitos casos, levada a cabo. Os instrumentos padronizados têm utilidade relativa: na rotina dos serviços, o seu uso não judicioso envolve alguns riscos. Com efeito, o elemento fundamental no desenvolvimento de uma aliança terapêutica continua a ser a exploração clínica empática.

Certas situações de avaliação familiar obrigatória em medicina geral e familiar são também aqui aplicáveis: sintomas inespecíficos; insuficiência da farmacoterapia; sobreutilização dos serviços; presença de muitos familiares na consulta<sup>42</sup>.

A avaliação pode despistar situações de risco dos cuidadores quanto a saúde mental ou física<sup>43</sup>. É pertinente avaliar sobrecarga, conhecimento sobre a doença, ou competências para lidar com ela, a fim de melhor ajudar o doente e os seus familiares. Esta avaliação, ainda não habitual, afigura-se indissociável de uma boa prática clínica e pode ser tida como um direito dos familiares, tal como no Reino Unido (com consagração no “*Carers Recognition and Services Act 1995*”).

Nas situações com indicação para terapia familiar formal, uma avaliação completa é condição necessária para iniciar. Podendo revestir formas diversas, traduz-se na identificação das necessidades e problemas a que a intervenção deverá responder. Tal como um programa psicoeducativo se deverá adequar ao grau de informação e competências dos familiares, uma terapia sistémica deverá partir de uma hipótese sobre a estrutura e dinâmicas da família. A avaliação sistémica visa identificar problemas, avaliar as relações familiares e padrões de comunicação, avaliar a rede de apoio profissional e social. Conceptualizam-se os problemas como radicando em interacções, mais que no comportamento individual de um ou outro elemento da família (há pontos em que, por exemplo na demência, a capacidade de mudar é limitada)<sup>6</sup>.

Nestes primeiros momentos, a simples verificação de quem aparece numa primeira “*convocatória*” é informativa, ainda que o terapeuta deva ser cauteloso nas interpretações. O convite para uma sessão pode ser percebido como sobrecarga adicional ou reforçar uma culpabilidade injustificada. E estar em presença dos outros elementos da família, se as situações de comunicação são evitadas, torna-se por vezes penoso. A forma de convocar é, eventualmente, determinante: um meio impessoal ou o uso do termo “*terapia familiar*” são, por vezes, contraproducentes.

A avaliação deve ser considerada, desde logo, uma forma de intervir. Juntar a família em frente a um profissional neutro mas empático pode, só por si, constituir uma intervenção eficaz<sup>28</sup>. Outra vantagem prende-se com a valorização *ab initio* de familiares-cuidadores ditos “*secundários*” (ou mesmo de pessoas sem laços biológicos com a pessoa idosa embora com importância quotidiana para ela)<sup>44</sup>. Por vezes, o doente que recorre por si à consulta desvaloriza a importância da família. Contudo, uma avaliação familiar, mesmo que apenas por intermédio do doente em consulta individual, pode ser informativa e até terapêutica<sup>12</sup>, levando a hipóteses sistémicas cuja utilidade pragmática ultrapassa a sua adequação fiel à realidade.



Ulteriormente, pode ter lugar uma entrevista familiar, quando as circunstâncias a tornarem mais exequível ou desejável<sup>7</sup>.

Têm sido adoptados modelos de avaliação do tipo PRACTICE, proposto por Christie-Seely em 1984<sup>12</sup>. PRACTICE é a mnemónica em língua inglesa para a investigação sequencial do problema presente (P, para “problem”), das regras e papéis identificáveis na estrutura e dinâmica familiar (R, para *roles and rules*), da qualidade das relações/afectos entre os elementos da família (A, para “affect”), da comunicação entre eles (C, para “communication”), da fase do ciclo de vida familiar (T, para “time”), das crenças relativas à doença (I, para “illness”), dos recursos a nível comunitário (C, para “community”) e do contexto (E, para “environment”). Peisah reforça a utilidade de genogramas (para compreender padrões horizontais e verticais-transgeracionais), de pedir detalhes das respostas familiares aos problemas aparentemente insolúveis e, finalmente, na ponte para a terapia, de usar as reformulações positivas e de encontrar pontos em comum entre os elementos da família<sup>28</sup>.

Assim, parece haver vantagens frequentes numa avaliação familiar, que pode ser informal<sup>6,7,11</sup>. A avaliação precede e traduz-se no primeiro passo (intrínseco) de uma eventual intervenção, devendo ser actualizada no decurso da mesma.

## CONCLUSÕES

No geral, as recomendações terapêuticas actuais em diversas patologias psicogeriatricas enfatizam o envolvimento da família nos planos de cuidados<sup>19,20,45</sup>. No entanto, havendo dados sobre a efectividade da psicoeducação familiar (sobretudo na demência)<sup>14,45</sup>, escasseia a evidência sobre os resultados das terapias sistémicas (na depressão ou na demência)<sup>19,20,45</sup>. Daqui deveria advir um estímulo poderoso à investigação. Entretanto, o senso clínico leva, muitas vezes, a intervenções (não necessariamente) formais com as famílias (nas quais os próprios médicos obteriam benefício com formação específica, inclusivamente ao nível pré-graduado).

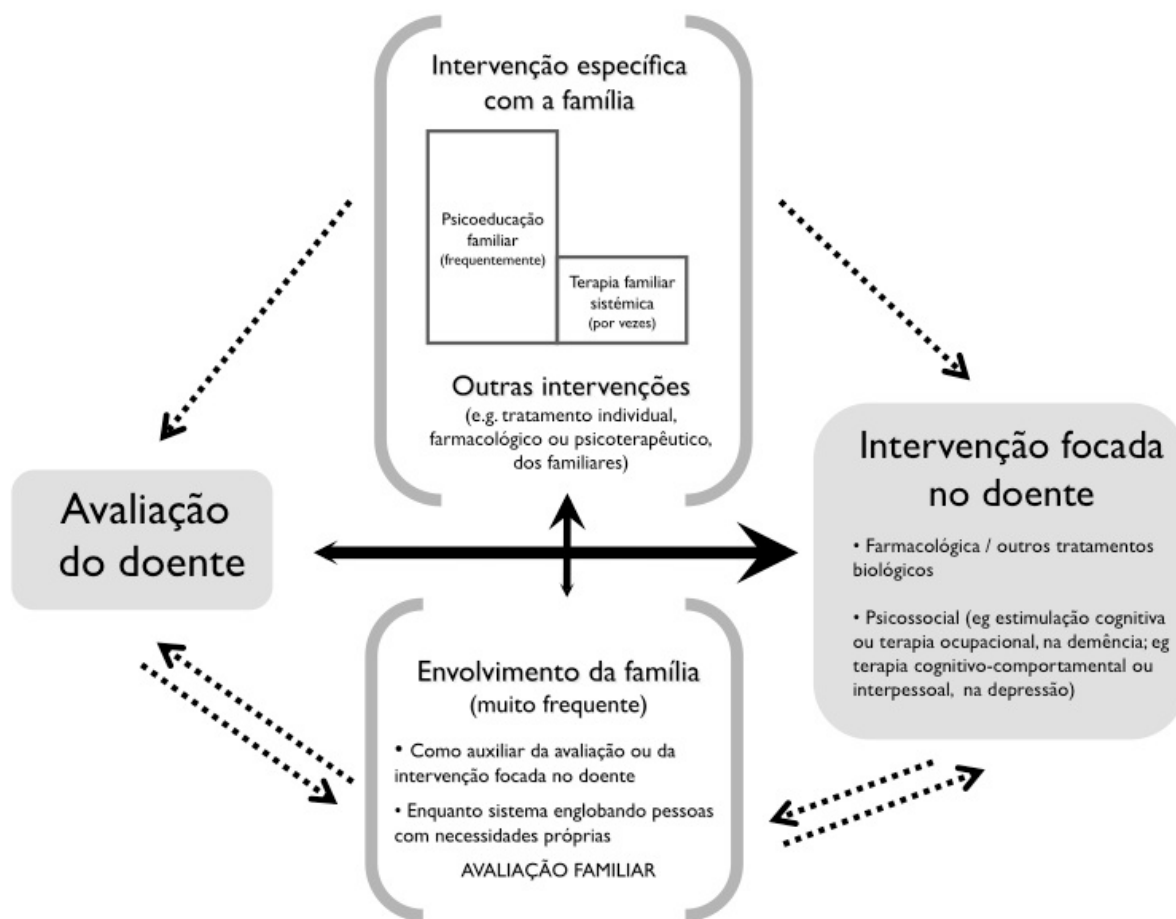


Fig. 1: Propostas na ligação da clínica psicogeriatrica ao trabalho com famílias

Quando há indicação para um trabalho mais estruturado com famílias em psiquiatria geriátrica, geralmente a cargo de equipas ou profissionais preparados<sup>39</sup>, este pode ter lugar em locais diferentes (domicílio, serviço) e envolver parte variável da família (todos, alguns ou apenas um elemento)<sup>6,12,15</sup>. Estas intervenções podem ter orientação sistémica ou dirigir-se aos cuidadores, como na psicoeducação familiar. Nesta última modalidade, abrangem conteúdos diversos, transmitidos de formas também elas diferentes (predomínio didáctico, de transmissão de informação ou de competências *versus* trabalho emocional ou de partilha; intervenções de “baixo grau de complexidade” *versus* estruturadas, em grupo ou com famílias)<sup>6,14,15</sup>. Por vezes, a abordagem centrada nos cuidadores da pessoa doente é insuficiente, sendo necessário intervir na dinâmica familiar. Haverá vantagem em que algumas intervenções psicoeducativas revistam inspiração sistémica, considerando doentes e familiares de forma integrada<sup>39</sup>: pensar em termos sistémicos não implica uma terapia familiar. A escolha das técnicas dependerá das necessidades avaliadas, do grau de formação dos técnicos, da disponibilidade do serviço e da adesão da família às propostas terapêuticas. Da mesma forma, Zarit e Zarit esquematizaram diferentes *estratégias* para as abordagens familiares nos mais velhos (transmissão de informação, técnicas de resolução de problemas ou psicoterapia), em diferentes *modalidades* (apoio individual, sessões com a família ou grupos para familiares)<sup>6</sup>.

O trabalho formal com famílias pressupõe avaliação inicial criteriosa e objectivos definidos, com flexibilidade na sua revisão; é faseado, conforme as mudanças das necessidades (estádios da doença no ciclo de vida familiar). Uma intervenção implica duração e intensidade suficientes, com o envolvimento possível dos doentes, mesmo em quadros degenerativos como a demência<sup>8-10,39</sup>. Parece-nos desejável que os clínicos envolvidos neste trabalho combinem autoridade e humildade terapêuticas na compreensão empática dos contextos, para um verdadeiro trabalho *com* a família.

Têm sido usadas sessões familiares espaçadas, com ritmo determinado pela família (*low key family therapy interventions*)<sup>12</sup>. Na verdade, a terapia familiar não pode ser prescrita contra vontade, nem é desejável que o tratamento em psicogeriatría envolva, por norma, uma terapia familiar no sentido estrito. Pretende-se perceber o funcionamento da família e incidir nas questões relevantes para a sua estabilidade. Citando Zarit e Zarit, *o tratamento não implica geralmente uma terapia familiar no sentido tradicional. Não é isso que os mais velhos e suas famílias procuram, nem o que é geralmente necessário para dar resposta ao motivo de consulta*<sup>6</sup>.

A figura 1 esquematiza alguns dos aspectos em discussão. A escassez de investigação sobre a efectividade

(e eficiência) da integração destas abordagens na clínica psicogeriatría tem contribuído para que, em termos organizacionais, algumas das propostas enunciadas nem sempre sejam explícitas nos planos formais de cuidados. Mas é também possível que o desinvestimento quanto aos mais velhos, ainda persistente na sociedade, tenha implicações numa certa tendência para a desvalorização do trabalho clínico com estas famílias. Ao invés, pensamos que lógica dos serviços beneficiaria em incluir perspectivas sistémicas e que, nalguns contextos as abordagens familiares deveriam ser tidas como prioridade assistencial. Na verdade, parafraseando Benbow e Marriott, aqueles que trabalham com idosos trabalham inevitavelmente com famílias<sup>11</sup>.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

## REFERÊNCIAS

1. FERRI C, PRINCE M, BRAYNE C et al.: Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet* 2005; 366 (9503): 2112-7.
2. COPELAND J, BEEKMAN A, BRAAM A et al.: Depression among older people in Europe: the EURODEP studies. *World Psychiatry* 2004; 3:1:45-49.
3. GONÇALVES PEREIRA M, MATEOS R: A família e as pessoas com demência: vivências e necessidades dos cuidadores. In Firmino H, Cortez Pinto L, Leuschner A, Barreto J, eds. *Psicogeriatría*. Coimbra. Ed. Psiquiatria Clínica 2006; 541-560.
4. MADUREIRA S: A educação dos cuidadores. Dossier: demências. *Rev Port Clin Geral* 2010, 26: 62-7.
5. FERNANDES L, GONÇALVES-PEREIRA M, LEUSCHNER A et al.: Validation study of the Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE) in Portugal. *Int Psychogeriatr/IPA* 2009, 21(1), 94-102.
6. ZARIT SH, ZARIT JM: *Mental disorders in older adults. Fundamentals of assessment and treatment*. New York: The Guilford Press 2007.
7. BLOCH S, HAFNER J, HARARI E, SZMUKLER G: *The family in clinical psychiatry*. Oxford: Oxford University Press 1994.
8. QUALLS SH: Therapy with aging families: rationale, opportunities and challenges. *Aging Ment Health* 2000; 4(3): 191-199.
9. BENBOW SM, MARRIOTT A, MORLEY M, WALSH S: Family therapy and dementia: review and clinical experience. *Int J Geriatr Psychiatry* 1993; 8: 717-725.
10. RICHARDSON CA, GILLEARD C, LIEBERMAN S, PEELER R: Working with older adults and their families: a review. *J Fam Ther* 1994;16: 225-240.
11. BENBOW SM, MARRIOTT A: Family therapy with elder people. *Adv Psychiatr Treat*, 1997; 3: 138-145.
12. ASEN E: Psychological treatments: systemic interventions with older adults and their families. In Jacoby R, Oppenheimer C, Denning T, Thomas A, eds. *Oxford textbook of old age psychiatry*. Oxford. Oxford University Press 2008; 263-272.
13. CURTIS EA, DIXON, MS: Family therapy and systemic practice with older people: where are we now? *J Fam Ther* 2005; 27: 43-64.
14. GONÇALVES PEREIRA M, SAMPAIO D: 14. Gonçalves Pereira M, Sampaio D: Psicoeducação familiar na demência: da clínica à Saúde Pública.

[Family psychoeducation in dementia: from clinical practice to public health] Rev Port Sau Pub 2011; 29(1): 3-10.

15. GONÇALVES PEREIRA M, MARTÍN CARRASCO M, SAMPAIO D: Aspectos práticos da intervenção familiar na clínica psicogeriátrica. Mosaico (Revista de la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar, com a colaboração da Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar) 2011; 47: 14-22.
16. SAMPAIO D, GAMEIRO J: Terapia familiar. Porto: Afrontamento 1985.
17. RELVAS J, CÂMARA-PESTANA L, ALBUQUERQUE AJ et al: Depressão. Recomendações terapêuticas. Acta Med Port 2001; 14(2): 189-218.
18. LEFF J, VEARNALS S, BREWIN C R et al.: The London depression intervention trial. Randomised controlled trial of antidepressants v. couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a partner: Clinical outcome and costs. Br J Psychiatry 2000; 177: 95-100.
19. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: Practice guidelines for the treatment of patients with major depressive disorder. Third edition. 2010. DOI: 10.1176/appi.books.9780890423387.654001
20. NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR MENTAL HEALTH: Depression. The NICE guideline on treatment and management of depression in adults (updated edition). National Clinical Practice Guideline Number 90. 2010. Em linha: <http://guidance.nice.org.uk/CG90> (acedido em 11/2/2011).
21. RYAN CE, KEITNER GI, BISHOP S: An adjunctive management of depression program for difficult-to-treat depressed patients and their families. Depress Anxiety 2010; 27: 27-34.
22. MILLER IW, KEITNER GI, RYAN CE, SOLOMON DA, CARDEMIL EV, BEEVERS CG: Inclusion of family therapy improves the outcome of post-hospital care for depressed patients. Am J Psychiatry 2005; 162: 2131-2138.
23. MILLER IW, KEITNER GI, RYAN CE, UEBELACKER LA, JOHNSON SL, SOLOMON DA: Family treatment for bipolar disorder: Family impairment by treatment interactions. J Clin Psychiatry 2008; 69(5): 732-740.
24. FERNANDES L: Psicoterapias no idoso. In Firmino H, Cortez Pinto L, Leuschner A, Barreto J, eds. Psicogeriatria. Coimbra. Ed. Psiquiatria Clínica 2006; 133-154.
25. REBELO J: Psicoterapia na idade adulta avançada. Aná Psicológica 2007; 4(XXV): 543-557.
26. WEI W, SAMBAMOORTI U, OLFSON M, WALKUP JT, CRYSTAL S: Use of psychotherapy for depression in older adults. Am J Psychiatry 2005; 162(4): 711-717.
27. CANTEGREIL-KALLEN I, RIGAUD AS: Systemic family therapy in the context of Alzheimer's disease: A theoretical and practical approach. [La thérapie familiale systémique dans le cadre de la maladie d'Alzheimer: approche théorique et pratique] Psychol Neuropsychiatr Vieil 2009; 7(4): 253-263.
28. PEISAH C, BRODATY H, QUADRIO C: Family conflict in dementia: prodigal sons and black sheep. Int J Geriatr Psychiatry 2006; 21(5): 485-492.
29. GLOBERMAN J: The unencumbered child: Family reputations and responsibilities in the care of relatives with Alzheimer's disease. Fam Process 1995; 34(1): 87-99.
30. GALLARDA T, LÔO H: Dépression et personnes âgées. Encéphale 2009; 35: 269-280.
31. DATTILIO, FM: O papel dos processos neurobiológicos na terapia de casal cognitivo-comportamental. Psychologica 2009; 51: 307-320.
32. SORENSEN S, PINQUART M, DUBERSTEIN P: How effective are interventions with caregivers? an updated meta-analysis. Gerontologist 2002; 42(3): 356-372.
33. DATTILIO FM, EPSTEIN NB: Introduction to the special section: the role of cognitive-behavioral interventions in couple and family therapy. J Marital Fam Ther 2005; 31(1): 7-13.
34. MITTELMAN MS, ROTH DL, HALEY WE, ZARIT SH: Effects of a caregiver intervention on negative caregiver appraisals of behaviour problems in patients with Alzheimer's disease: results of a randomised trial. J Gerontol 2004; 59(1): 27-34.
35. THOMPSON CA, SPILSBURY K, HALL J, BIRKS Y, BARNES C, ADAMSON, J: Systematic review of information and support interventions for caregivers of people with dementia. BMC Geriatr 2007; 7: 18.
36. GONÇALVES PEREIRA M., CARMO I, DA SILVA J, PAPOILA A L, MATEOS R, ZARIT, SH: Caregiving experiences and knowledge about dementia in Portuguese clinical outpatient settings. Int Psychogeriatr/IPA 2010; 22(2): 270-280.
37. PEISAH C: Practical application of family and systems theory in old age psychiatry: three case reports. Int Psychogeriatr/IPA 2006; 18(2): 345-353.
38. TREMONT J, DAVIS JD, BISHOP DS: Unique contribution of family functioning in caregivers of patients with mild to moderate dementia. Dement Geriatr Cogn Disord 2006; 21(3): 170-174.
39. GILLEARD CJ: Family therapy with older clients. In Woods RT ed., Handbook of the Clinical Psychology of Ageing. Chichester: J. Wiley and Sons 1996.
40. HAUPT M, KARGER A, JÄNNER M: Improvement of agitation and anxiety in demented patients after psychoeducative group intervention with their caregivers. Int J Geriatr Psychiatry 2000; 15: 1125-1129.
41. MITTELMAN MS, FERRIS SH, SHULMAN E, STEINBERG G, LEVIN B: A family intervention to delay nursing home placement of patients with Alzheimer disease. JAMA 1996; 276(21): 1725-1731.
42. TRIGUEIROS A, SANTOS N: A perspectiva sistémica em clínica geral e medicina familiar. In Sampaio D, Resina T, eds. Família, saúde e doença. Lisboa. Ed. Instituto de Clínica Geral da Zona Sul 1994; 61-71.
43. BRUCE DG, PALEY GA, NICHOLS P, ROBERTS D, UNDERWOOD PJ, SCHAPER F: Physical disability contributes to caregiver stress in dementia caregivers. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2005; 60(3): 345-349.
44. GONÇALVES PEREIRA M, ALVES DA SILVA J, CARMO I et al.: Preliminary data from *FAMIDEM* survey: can we assume who is at risk regarding informal caregiving in dementia? Eur Psychiatry 2009; vol24, Suppl 1: S1100.
45. NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR MENTAL HEALTH: A NICE-SCIE Guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care. National Clinical Practice Guideline Number 42. 2007. Em linha: <http://www.nice.org.uk/CG42> (acedido em 11/2/2011).