

Terapia Familiar em Medicina Geral e Familiar

TERESA LAGINHA*

Resumo

O autor propõe um modelo de intervenção clínica em Medicina Geral e Familiar que conduza a um plano terapêutico sistémico. Seleciona e descreve como principais instrumentos a utilizar o «Pensamento Sistémico» e a «Entrevista Familiar», ambos comuns à Terapia Familiar.

Palavras Chave: Família; Entrevista Familiar; Terapia Familiar.

ção nessa área e que, por outro lado, se pode ser médico de família competente utilizando unicamente o pensamento linear de causa-efeito.

INTRODUÇÃO

Uma das dificuldades na aplicação dos conceitos comuns à Terapia Familiar e à Medicina Geral e Familiar - de que o pensamento sistémico é o paradigma, tem sido a não existência de uma «teoria» adaptada à prática do médico de família.

E, se é certo que ambas têm por cliente as famílias, enquanto que a Terapia Familiar começou orientada para a intervenção no campo da saúde mental, exercida por terapeutas de formação psicanalítica, a Medicina Geral e Familiar é sobretudo orientada para o indivíduo e é desempenhada por médicos que não têm preparação específica na área da saúde mental.

Coincidência? Razões históricas explicarão seguramente o início em Portugal, nos anos setenta/oitenta, quase em simultâneo, da Terapia Familiar e da criação da rede de centros de saúde em que os primeiros médicos de família portugueses tinham as suas listas de utentes constituídas por famílias.

Passada esta fase inicial, foi-se criando a ideia de que intervir nas famílias é «fazer» Terapia Familiar e, por esse motivo, só possível para os que têm forma-

A DOENÇA NA SUA COMPLEXIDADE: «O CORPO VIVO E VIVIDO»

A abordagem médica tradicional situa a doença no indivíduo, associando-a aos elementos de que é composto - processos biológicos, estilo de vida e psicologia do indivíduo, analisa os factores externos que influenciam os componentes individuais (*stress*, factores sociais, meio-ambiente, etc.).

Numa perspectiva sistémica, o aparecimento da doença está simultaneamente associado a todos estes elementos e às estruturas relacionais, em particular familiares.

A doença é assim entendida, quanto à sua génese, como entidade complexa, resultando da interacção de factores biológicos e relacionais que interagem reciprocamente. Considera também de que modo o aparecimento da doença influencia o meio que lhe deu origem, as modificações produzidas na vida do doente após o surgimento da doença e as alterações nas suas relações com os elementos da família.

A compreensão da doença passa, assim, pela sua localização no corpo do doente, mas também pela forma como esse corpo doente é vivido, tendo em conta o seu passado, o meio sócio cultural e o meio familiar.

*Médica de Família do Centro de Saúde de Coração de Jesus (ARSLVT). Terapeuta Familiar

QUADRO I

DOENÇA AGUDA VERSUS DOENÇA CRÓNICA

	AGUDA	CRÓNICA
DOENÇA	<ul style="list-style-type: none"> • sintomas e sinais de aparecimento súbito • requer intervenção rápida, dirigida ao essencial 	<ul style="list-style-type: none"> • silenciosa fora das crises • evolução incerta • pode estar associada aos hábitos de vida • pouca relação entre as queixas e os achados biológicos
MÉDICO	<ul style="list-style-type: none"> • concentra-se na crise • intervém no corpo doente • abordagem biomédica • é elemento de uma equipa multiprofissional 	<ul style="list-style-type: none"> • prescreve o tratamento mas não controla a doença • acompanha as fases silenciosas • trata as crises agudas • evita complicações tardias • assegura suporte psicológico e social • deve formar o doente partilhando com ele o saber
TERAPÉUTICA	<ul style="list-style-type: none"> • <i>guidelines</i> • avaliação frequente • de curta duração • dirigida à crise 	<ul style="list-style-type: none"> • envolvimento físico, psicológico, social e familiar • carece de participação do doente • produz efeitos variados • necessita de disciplina diária
DOENTE	<ul style="list-style-type: none"> • necessita de alívio imediato • colabora passivamente • esquece a crise • tem admiração pelo técnico 	<ul style="list-style-type: none"> • pode controlar a doença • necessita de formação para intervir • lida com os efeitos da doença • participa com o técnico

Traduzido e adaptado de: Lacroix A, Assal J-P. L'Éducation thérapeutique des patients. Paris: Maloine; 2003.

Importa também lembrar que em Medicina Geral e Familiar surgem dois grandes tipos de situações de doença - as doenças agudas e as doenças crónicas. Lacroix e Assal propõem um quadro de diferenças quanto à doença, ao médico, à terapêutica e ao doente que podem ajudar o médico a melhor responder às necessidades do doente (Quadro I).

DO PENSAMENTO LINEAR AO PENSAMENTO SISTÊMICO

Com base nas diferenças descritas entre doença aguda e crónica os mesmos autores descrevem a abordagem da doença segundo dois modelos de intervenção - um modelo aberto e um modelo fechado, o primeiro mais adapta-

do ao doente com doença crónica o segundo ao doente com doença aguda. (Quadro II).

Quais são as situações mais frequentes na prática do médico de família? Qual o modelo que melhor se adapta à Medicina Geral e Familiar? Como se pode ser eficaz utilizando toda a informação de que dispomos? O que precisamos ter presente para podermos propor um plano de cuidados personalizado e adequado àquele momento?

O propósito deste artigo é, assim, fornecer algumas pistas que possam ser utilizadas no dia a dia da prática do médico de família e em cuidados de saúde primários, escolhidas e adaptadas dos fundamentos que estão na origem da Terapia Familiar.

Mais útil do que fazer uma descrição da Terapia Familiar em cuidados de

QUADRO II

ABORDAGEM DA DOENÇA

MODELO FECHADO

- a doença é orgânica
- afecta o indivíduo
- deve ser diagnosticada e tratada
- médicos
- hospitalocêntrico

MODELO ABERTO

- a doença resulta de factores orgânicos e sociais
- afecta o indivíduo, a família e o meio
- requer uma abordagem contínua, preventiva e adaptativa
- equipa multiprofissional
- sistema aberto, em relação com a comunidade

saúde primários é demonstrar como a aplicação dos seus princípios melhora a prática clínica dos médicos de família.

Escolhemos os dois aspectos que nos parecem essenciais: o «Pensamento Sistémico» e a «Entrevista Familiar».

O PENSAMENTO SISTÊMICO: «A DOR É DE CADA UM, A DOENÇA É DE TODOS»

Pelo exposto anteriormente reconhece-se que a maioria dos motivos de consulta em Medicina Geral e Familiar se enquadra no modelo de doença crónica ao qual corresponde um modelo de intervenção aberto.

Para uma situação aguda a intervenção é dirigida ao sintoma e a intervenção do técnico é rápida, eficaz, os procedimentos estão pré-definidos.

Para as outras intervenções não só o técnico está mais envolvido na relação que estabelece com o doente como tem mais tempo para intervir.

Existe tempo para pensar no sintoma não só do ponto de vista orgânico mas também de que forma é que constitui um «Problema» para aquela pessoa. E para aquela família? Em que momento da vida surge? Porque razão naquele órgão e não noutra? Que consequências provoca? Pior para algum dos elementos da família? O sintoma pode ter alguma função, desempenhar algum papel no sistema familiar?

A vantagem de colocar este tipo de questões é que permite o abandono do

modelo de pensamento linear causa-efeito e introduz um conhecimento mais alargado sobre o que é específico daquela pessoa inserida no seu meio familiar.

As questões vêm colocar dúvidas e introduzir a hipótese de «ver» o sintoma sob outros ângulos.

Surge assim a «Hipótese Sistémica» que permite passar da noção de «Sintoma» ao conceito de «Problema».

A hipótese sistémica dá um significado ao comportamento do portador do sintoma, às reacções dos outros elementos da família. Não é certa ou errada. Não é verdadeira, nem falsa. Serve para ser confirmada ou não. A hipótese sistémica deve ser organizadora da informação de que dispomos e fazer sentido para todos os elementos da família.

«Qual é o problema», daquele sintoma, para aquela pessoa? Não basta saber «porque sofre», mas de que forma sofre, «como sofre».

A colocação de hipóteses sistémicas a partir da discussão de casos clínicos foi treinada durante o curso «Trabalhar com Famílias» – Escola de Outono da APMCG 2006 e a fórmula utilizada ficou conhecida como - PPHP cujo significado é o seguinte:

- identificar o **P**roblema (a partir do sintoma)
- identificar o **P**aciente identificado (o portador do sintoma)
- colocar a **H**ipótese sistémica
- definir um **P**lano (que tenha em conta os pontos anteriores).

Este plano de intervenção poderá ser aplicado individualmente e dele resultar uma terapêutica que designaremos por «Terapêutica Sistémica» – terapêutica que tenha em conta não só os aspectos biomédicos, mas também os recursos familiares e/ou comunitários e a intervenção de outros técnicos. Uma terapêutica que produza mudança não só do ponto de vista orgânico mas também pessoal e relacional.

O plano pode conduzir à necessidade de realização de uma «Entrevista Familiar».

ENTREVISTA FAMILIAR: «FAZER CIRCULAR A DOENÇA»

Pensamos que seria ideal a realização de uma entrevista familiar, sempre que possível, como primeiro contacto da família com o seu médico.

Ajudaria a definir o papel do médico de família no âmbito dos cuidados de saúde primários – um técnico que se manterá equidistante de todos os elementos da família, que evita estabelecer alianças privilegiadas com um dos membros, que está disponível para prestar cuidados tanto antecipatórios como «de longo curso», e que vê a família como um recurso na descoberta das soluções mais adequadas a cada momento e para cada utente. Neste primeiro contacto, que será uma consulta de saúde e não de doença, deverão ser ouvidas as expectativas da família face aos cuidados de saúde e poderão ser observados os padrões de comunicação na família e os aspectos estruturais e funcionais que vão permitir fazer uma primeira avaliação sobre a funcionalidade familiar.

A realização de uma entrevista familiar neste contexto nem sempre é possível. Também é frequente não estarem criadas as condições estruturais para que tal aconteça (horário, espaço, etc.). Certo é também que a maioria dos pe-

didados de consulta é feita individualmente.

Existem técnicas simples para que mesmo só com um elemento a família possa estar «presente».

Perguntas como: «o que pensa que a sua mulher responderia se lhe fosse colocada a questão?» ou «o que costuma fazer o pai quando acontece o que me descreve?».

Também é possível colocar uma cadeira vazia e propor: «imagine que sentada nesta cadeira está a sua mãe, como responderia ela à sua dúvida?».

Para a maioria dos autores são consensuais as situações em que é mandatório propor uma entrevista familiar.

São as seguintes situações:

- Grande consumo de consultas por um utente e/ou pelos familiares
- Novos diagnósticos e/ou dificuldade de controlo de doença crónica (ex. Diabetes)
- Doenças relacionadas com hábitos e estilos de vida
- Doenças do comportamento alimentar
- Doenças psicossomáticas
- Dependências
- Doenças incapacitantes e/ou terminais
- Dificuldades de mudança de fase de ciclo de vida
- Dificuldade de comunicação na família
- Separação/divórcio e/ou conflito familiar grave.

A entrevista familiar deve ser preparada previamente a partir da identificação do problema e da definição dos objectivos (Qual é a mudança possível que se pretende?).

Esta preparação pressupõe a ideia de que só as famílias são competentes para descobrirem as mudanças que são adequadas à evolução do problema que apresentam e o técnico é um facilitador dessa descoberta.

O técnico deve participar na entrevista sabendo que a influência e é influen-

ciado pela mesma e saber «dançar» com a família que «escolhe a música» e define o ritmo.

A preparação da entrevista passa pela escolha de um horário adequado para o técnico e para a família, em que não haja interrupções, numa sala com espaço para colocar cadeiras em número suficiente para todos e dispostas em círculo sem a barreira da secretária.

O técnico deve estar sem bata, sem estetoscópio e evitar tomar notas, de modo que também para ele a entrevista constitua uma mudança ao seu habitual desempenho «curativo» e esteja livre de corpo e pensamento para poder «dançar».

O técnico deve criar condições para se sentir confortável para que ele próprio não seja «um problema».

A entrevista é constituída por quatro fases:

- 1ª Acolhimento
- 2ª Definição do Problema
- 3ª Interação com a Família
- 4ª Redefinição do Problema

Na fase de apresentação, após cada elemento se apresentar, o técnico deve valorizar o facto de a família se ter conseguido organizar para estar presente. O técnico pode começar dando a palavra ao elemento que ofereceu maior resistência em vir, ou ao que é sabido que se manifesta menos.

Orienta as suas perguntas para a exploração do problema mas, sobretudo, de modo a que as respostas de um elemento sejam ouvidas pelos restantes elementos e que possa suscitar novas perguntas dando aos elementos da família uma nova forma de ver o problema.

As perguntas podem ser orientadas para o sintoma, para a ajuda, para as relações familiares e podem introduzir hipóteses.

Na fase de interação com a família são observadas as fronteiras entre os diferentes subsistemas familiares, as alianças, as crenças, os papéis, a comu-

nicação não verbal e as regras familiares.

O técnico deve ter uma atitude de curiosidade e empatia, permanecer equidistante de todos os elementos da família, evitar quebrar a neutralidade, bem como dar conselhos, interpretar, emitir juízos de valor, impor ideias ou «definir o ritmo da dança».

Após terem sido ouvidos todos os elementos da família, o técnico e a família já têm novos dados que permitem ter uma outra perspectiva sobre o problema.

O técnico começa então a preparar o fim da consulta, resumindo o que foi dito e devolve à família uma nova formulação do problema que faça sentido para todos.

Ouve ainda a família sobre se estão de acordo com a redefinição do problema e/ou encerra o processo (quando a nova definição do problema é por si só suficiente para produzir a mudança desejada), ou propõe nova entrevista de seguimento (porque a reformulação do problema não foi satisfatória ou é necessário rever o objectivo), ou avalia a necessidade de referenciar a uma consulta de terapia familiar.

CONCLUSÃO

Todos os técnicos que trabalham com famílias utilizam conceitos e métodos que aprenderam com várias escolas de Terapia Familiar, ou mais numa perspectiva transgeracional, estrutural ou estratégica, ou relacionadas com o modelo psicanalítico ou comportamentalista.

O modelo escolhido deverá ser aquele que melhor resulte na sua aplicação prática e que melhor se adegue à personalidade do técnico.

Pelas relações que estabelece com a prática clínica de Medicina Geral e Familiar – a Abordagem Familiar Sistémica centrada nos Problemas parece ser

QUADRO III

TIPOS DE INTERVENÇÃO NAS FAMÍLIAS

	Apoio/Educação Familiar	Intervenção Psicoeducativa	Terapia Familiar
Para quê?	conhecer a doença	melhorar a forma de lidar com a doença	a doença está na família
Para quem?	famílias ou grupos familiares	famílias	famílias
Quais?	famílias funcionais e saudáveis	famílias funcionais temporariamente em dificuldade	famílias disfuncionais
Quem?	técnico ou não	técnico/terapeuta familiar quando a doença é mental	terapeuta familiar
A quê?	não dirigido às relações familiares	em parte dirigida às relações familiares perturbadas pela doença	dirigida às relações familiares perturbadas
Como?	não orientado para a resolução de problemas	orientada para a resolução do problema	orientada para a resolução do problema

uma opção natural.

Por último, propomos um quadro resumo que pode ser uma alternativa à conhecida classificação dos «5 níveis de intervenção do médico nas famílias» de Doherty e Baird, pois orienta a classificação das intervenções de acordo com as situações clínicas (Quadro 3).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Revilla L. Conceptos y instrumentos de la atención familiar. Barcelona: Doyma; 1994.
2. Asen KE, Tomson P. Intervención familiar. Barcelona: Paidós; 1997.
3. Rougeul F. Familles en crise. Genève: Éditions Georg; 1996.
4. Sampaio D, Gameiro J. Terapia Familiar. Porto: Afrontamento; 1985.
5. Lacroix A, Assal JP. L'éducation thérapeutique des patients. Paris: Maloine; 2003.

6. Sampaio D, Resina T. Família: Saúde e Doença. Lisboa: Instituto de Clínica Geral da Zona Sul; 1994.

7. Vanotte M, Célis-Gennart M. Malades et familles. Paris: Vigot; 1997.

8. Gaillard J-P. O Médico do futuro. Lisboa: Instituto Piaget; 1994.

9. Andolfi M. Manuale di Psicologia Relazionale. Roma: Accademia di Psicoterapia della Famiglia; 2003.

10. Ausloos G. A competência das famílias. Lisboa: Climepsi; 1996.

11. Alarcão M. (des)Equilíbrios Familiares. Coimbra: Quarteto; 2000.

12. Barker P. Fundamentos de terapia familiar. Lisboa: Climepsi; 2000.

Endereço para correspondência

Teresa Laginha
Av. João Crisóstomo nº 62 – 1º Esq.
1050-128 Lisboa
Email – teresalaginha@hotmail.com