



ENCONTRAR+SE







PSICOEDUCAÇÃO – LUTA CONTRA O ESTIGMA

FILIPA PALHA
encontrarse.pt@gmail.com




VIII Simpósio Lilly para Enfermeiros
26 Maio 2012
Hotel do Mar - Sesimbra

Sumário da apresentação

 Ponto de partida <i>Recovery e empowerment</i>	 Psicoeducação
 Desafios de recuperação <i>Da fase aguda à reabilitação</i>	 Combate ao estigma
 Obstáculos à recuperação <i>Estigma</i>	 Reflexões finais

Modelo de *recovery e empowerment*



RECOVERY

... um processo único e profundamente pessoal de alteração das próprias atitudes, valores, sentimentos, objetivos, competências e/ou papéis. É uma forma de viver uma vida satisfatória, com esperança e útil, mesmo dentro dos limites causados pela doença. A recuperação implica o desenvolvimento de novos sentidos e objetivos da vida de uma pessoa à medida que esta vai ultrapassando os efeitos catastróficos da doença mental.


Anthony, 1993

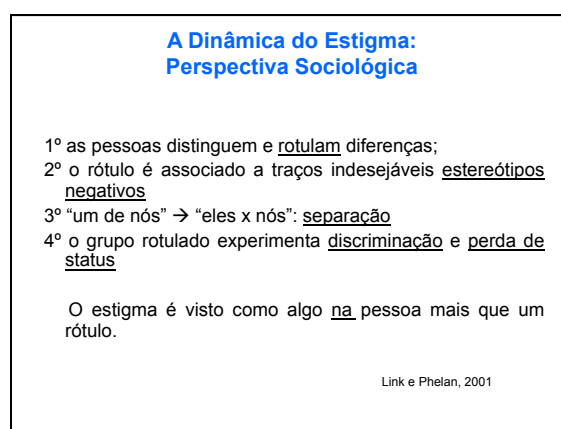
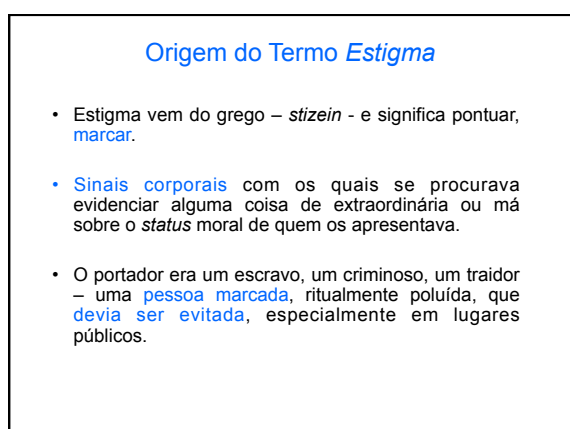
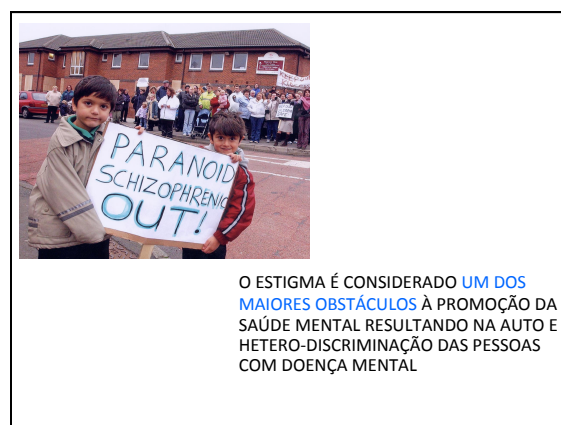
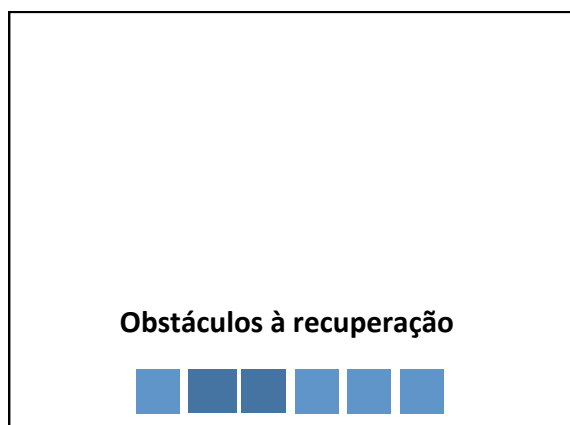
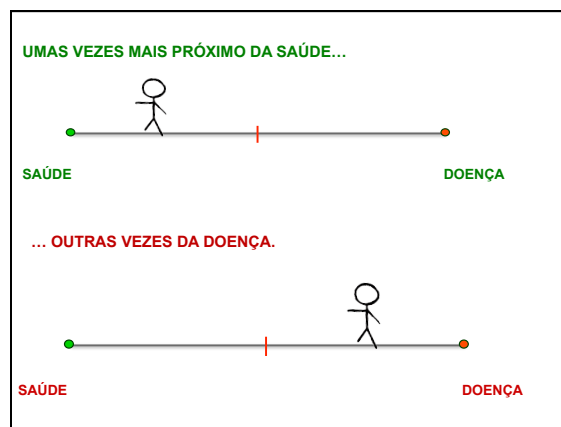
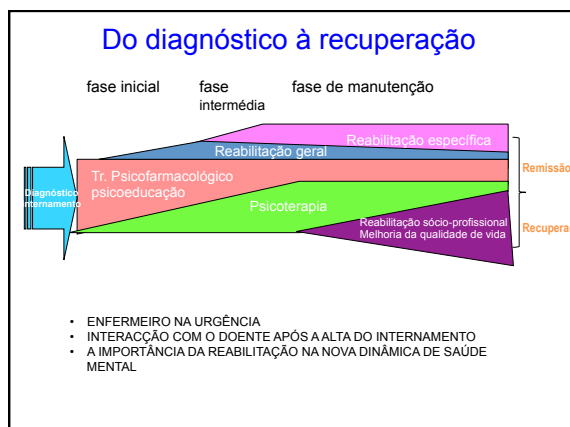
A **recuperação clínica** é um conceito que tem por base a formação dos profissionais de saúde mental e que implica a eliminação dos sintomas, a recuperação do funcionamento social e outras formas de "regresso ao normal".

EMPOWERMENT

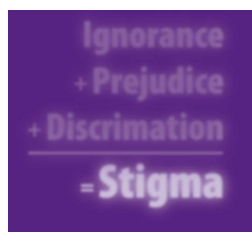
- *Empowerment* consiste na participação significativa da pessoa com problemas de saúde mental na tomada de decisão e em actividades que lhes proporcionem um aumento de poder, controlo ou influência sobre importantes áreas da sua vida. (Linhorst, D., 2006)
- Os processos de *empowerment* são mecanismos através dos quais as pessoas, organizações e comunidades ganham mestria e controlo sobre questões que lhes dizem respeito, desenvolvem uma consciência crítica do seu ambiente e participam em decisões que afectam as suas vidas. (Zimmerman & Warschausky, 1998)

DESAFIOS DE RECUPERAÇÃO





Estigma por quem o produz: um único termo para três questões



Schumacher et al., 2003; Thornicroft et al., 2007

Ignorância/ Estereótipos: conhecimento insuficiente ou inadequado

Preconceito: pressupostos/emoções negativas

Discriminação: comportamento de rejeição e de evitamento

As Diversas Faces do Estigma Relacionado às Doenças Mentais

- Negação de direitos humanos das pessoas
- Distância, rejeição e exclusão social
- Desvantagem em relação a habitação, estudo, emprego, legislação social e acesso a tratamento
- Visão estereotipada de imprevisibilidade e violência difundida nos meios de comunicação
- Auto-estigma, baixa auto-estima e de satisfação na vida
- Pior saúde física e qualidade de vida
- Estigma e discriminação extensivos à família, amigos, profissionais e serviços de saúde mental
- Discriminação nos orçamentos da saúde mental nas políticas de saúde públicas
- Serviços assistenciais deficitários

Estigma nos profissionais de saúde

- EXISTE ?
- DE QUE FORMA ?
- Os técnicos de saúde (incluindo enfermeiros) estigmatizam da mesma forma que o público em geral (Björkman et al., 2008; Lauber, Anthony, Ajdacic-Gross, & Rössler, 2004; Lauber, Nordt, Braunschweig, & Rössler, 2006)

Estigma nos profissionais de saúde

- Confundir a pessoa com a doença – sofrer de uma doença não é ser a doença;
- Perda do papel social nas interações – como se fala com as pessoas com uma doença ?;
- Tratamento autoritário (doente visto como irresponsável) ou benevolência (infantilização);
- Pessimismo quanto à recuperação – paternalismo – protecção;
- Desesperança – redução de oportunidades

Auto- Estigma

- Pessoa e/ou familiar integram o estigma público, agindo em conformidade:
 - Culpa
 - Vergonha
 - Medo
 - Isolamento
 - Falta de esperança
 - Suicídio



Stuart, 2006; Pinfold, Stuart, Thornicroft, & Arboleda-Florez, 2005; Schulze, Richter-Werling, Matschinger & Angermeyer, 2003

Psicoeducação



Psicoeducação – definição

Educação e treino de uma pessoa com perturbação psiquiátrica em áreas que servem os objectivos do tratamento e reabilitação, como aumentar a percepção da sua doença, promover uma cooperação activa com o tratamento e reabilitação, aumentando as suas capacidades de adaptação.

(Ascher-Svanum, 1989)

Psicoeducação – objectivo e componentes

- A *psicoeducação* visa a transmissão de informações acerca da doença e das possibilidades de tratamento. O elemento nuclear do conteúdo é a construção da compreensão funcional da doença orientada para o modelo de vulnerabilidade de stress-coping – mediante a inclusão das experiências individuais dos doentes com a sua doença - , definindo as relações logicamente explicáveis entre as origens, os factores de desencadeamento, os sinais de alerta precoce, os sintomas da doença, os factores de protecção e princípios de tratamento.
- A *gestão da doença*, procura sensibilizar os pacientes para as exigências gerais e decorrentes da doença e transmitir-lhes as estratégias adequadas à sua gestão.
- O *acompanhamento psicoeducativo com os familiares* engloba os temas que visam, no seu todo, uma melhor compreensão da doença, um alívio da carga emocional, uma melhoria das competências para a solução de problemas por parte dos familiares e, ainda, uma melhoria da comunicação entre os familiares e os pacientes.

(Pfammatter, Andres, Palha & Brenner, no prelo)

Psicoeducação - formatos

- As intervenções psicoeducativas e centradas na gestão da doença assumem diversos formatos:
- Só com doentes (Suellwold & Herrlich 1998);
- Grupos de doentes (Woemberg et al. 1995, Kieserg & Hornung 1996, Baeumi et al. 1996);
- Uma família só - unifamiliar (Leff et al.1982, Falloon e tal. 1982, Hogarty e tal. 1986, Tarrier e tal. 1988);
- Grupos de familiares com (McFarlane et al. 1995) e sem inclusão dos doentes (Leff e tal. 1989);
- Modo bifocal com doentes e familiares em sessões de grupos separados (Buchkremer e tal. 1997).

(Pfammatter, Andres, Palha & Brenner, no prelo)

Auto-gestão da doença

1. Definição de "auto-gestão" da doença ("illness self-management")

Ajudar os doentes a saber "auto-gerir" a sua doença implica:

- **Compreensão da natureza da doença e seu tratamento;**
- **Desenvolvimento de estratégias para minimizar o impacto desta na sua vida;**
- **Fundamental para permitir alcançar a sensação de bem estar pessoal e de controlo sobre a vida**

Auto-gestão da doença

1. Papel da "auto-gestão" da doença ("illness self-management") na reabilitação psiquiátrica

Segundo os autores, ajuda as pessoas:

- a tomarem decisões informadas sobre opções de tratamento;
- a reduzir o impacto negativo de sintomas problemáticos;
- a reduzir as recaídas e re-hospitalizações
- Em termos mais alargados, ajuda as pessoas a perseguirem os seus objectivos pessoais e a desenvolverem uma vida física e psicológica saudável, alicerçada em esperança, optimismo e sentido (*recovery*)

Auto-gestão da doença

2. Perspectiva histórica

- Os esforços para implementar a auto-gestão nas doenças psiquiátricas tem uma origem semelhante aos esforços para ajudar as pessoas a lidarem com doenças crónicas.

Aspectos significativos

- Esforços da medicina moderna para ajudar as pessoas na gestão de doenças crónicas (asma, diabetes) que exigem cuidados continuados, monitorização;
- Prática da tomada de decisão partilhada
- Movimento dos consumidores / utentes

Auto-gestão da doença

3. Componentes dos programas para a "auto-gestão" da doença.

- Educativa;
- Estratégias para aumentar a adesão ao tratamento;
- Prevenção de recaída;
- Terapia cognitivo-comportamental para lidar com sintomas persistentes;
- Participação / colaboração da família e psicoeducação;
- Auto-ajuda e apoio dos pares

OBJECTIVOS DA PSICOEDUCAÇÃO FAMILIAR

(Mueser & Glynn, 1995)

- Legitimar a doença psiquiátrica;
- Promover a aceitação familiar da doença;
- Reconhecer os limites que a doença impõe ao doente;
- Desenvolver expectativas realistas em relação ao doente;
- Reduzir a responsabilidade (culpa) do doente;
- Reduzir as emoções negativas dos membros da família;
- Diminuir a culpa, ansiedade, depressão, raiva e isolamento;
- Mostrar aos cuidadores e doentes que eles não estão sozinhos;
- Mostrar aos cuidadores e doentes que eles não estão sozinhos;

OBJECTIVOS DA PSICOEDUCAÇÃO FAMILIAR

(Mueser & Glynn, 1995)

- Fomentar um espírito colaborador no processo de recuperação;
- Envolver os membros da família no plano de tratamento;
- Explicar intervenções farmacológicas e psicológicas;
- Ajudar os familiares a reforçar a participação do doente no tratamento;
- Melhorar as habilidades familiares para monitorizar a doença;
- Reconhecer sinais precoces de recaída e mudanças em sintomas persistentes;
- Saber como se comportar para impedir recaídas procurando a equipa responsável pelo tratamento;
- Monitorizar a adesão ao tratamento e os efeitos secundários das medicações.

Psicoeducação na esquizofrenia: benefícios

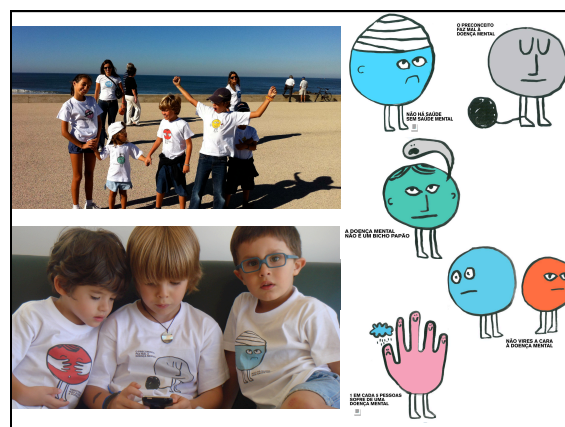
* Durante as últimas duas décadas, mais de 30 estudos controlados têm indicado que a psicoeducação familiar é uma prática baseada na evidência altamente eficaz no que diz respeito à **redução das taxas de recaída** de doentes com Esquizofrenia e Perturbação Esquizoaffectiva.

* A maioria desses estudos revela que a taxa de recaída de doentes que participaram em intervenções familiares baixou para **15%/ano comparativamente a 30-40%** dos doentes que receberam apenas psicoterapia de apoio interpessoal e medicação, ou simplesmente medicação.

Psicoeducação na esquizofrenia: benefícios

* 3 estudos (McFarlane, Link et al., 1995, McFarlane, Lukens et al., 1995), pretendendo comparar qual o melhor tipo de abordagem, multifamiliar ou unifamiliar, identificaram um subgrupo para o qual o **formato unifamiliar** era mais efectivo - famílias com baixa emoção expressa e doentes com boa resposta à medicação durante o período de hospitalização (McFarlane, 2000).

* Doentes após o primeiro surto psicótico e doentes crónicos com marcados sintomas negativos parecem beneficiar mais da **abordagem multifamiliar** (McFarlane, 2002).



COMBATE AO ESTIGMA E PROMOÇÃO DE LITERACIA EM SAÚDE MENTAL NOS JOVENS

“O UPA ajudou-me a perceber que eu como pessoa posso fazer a diferença, posso ser útil e uma mais valia para as pessoas que sofrem de um problema de saúde mental.”

Aluno do 11º ano – pós-intervenção

Projecto co-financiado

Com o apoio científico:

ESCOLAS

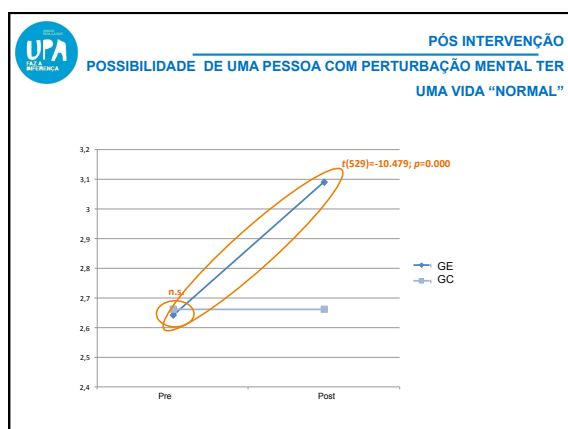
Total de 13 escolas secundárias do norte de Portugal | 10 públicas, 3 privadas

N = 1277 ESTUDANTES


639 GRUPO EXPERIMENTAL (GE)
638 CONTROL GROUP (GC)

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO: estudantes do ensino secundário com idades entre os 15 - 18

FINAL N = 1177 ESTUDANTES | 611 GE, 560 GC



Reflexões finais



- ### Reflectir sobre...
- **Atitude relacional dos profissionais (Eu-Tu vs. Nós-Eles);**
 - O que é que eu transmito aos doentes e familiares (LNV + LV)
 - **Esperança e autonomia**
 - Até que ponto acredito que é possível a recuperação?
 - **Disponibilizar diversidade de intervenções**
 - Quanto tempo demora entre a produção de conhecimento e a sua aplicação prática para benefício dos doentes?
 - **Reconhecimento do direito ao risco e ao fracasso; disponibilização de escolhas;**
 - De que forma eu contribuo para que a pessoa tenha escolhas que valoriza e informação suficiente sobre as mesmas de modo a tomar decisões informadas sobre uma actividade particular?

PSICOEDUCAÇÃO + COMBATE ESTIGMA
↑ CONFIANÇA – ESPERANÇA

quadro 2 Estratégias de promoção da esperança

	UTILIZAÇÃO DOS RECURSOS INTERPESSOAIS
VALORES DO PROFISSIONAL	Valorizar a pessoa como ser humano único Confiar na autenticidade daquilo que a pessoa diz
ATTITUDES DO PROFISSIONAL	Acreditar no potencial e na força da pessoa Aceitar a pessoa como ela é Ver as recaídas e os 'recuos' como parte da recuperação
COMPORTAMENTOS DO PROFISSIONAL	Escutar sem fazer juízos Tolerar a incerteza acerca do futuro da pessoa Expressar e demonstrar uma preocupação genuína pelo bem-estar da pessoa Utilizar o humor de forma apropriada

Slade, 2012

Material de ajuda



Como lidar com os Défices Cognitivos: Associações de Doenças Mentais

Guia Prático para familiares e amigos de pessoas com doença mental


FORMAS DE AJUDAR À RECUPERAÇÃO

GUIA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL



Eles não querem que os ponham a fazer cinzeirinhos de barro

José Carlos gostava que a doença mental fosse vista como a diabetes. As pessoas com doença mental sabem que não vão ficar curadas, mas se controlarem os sintomas conseguem ter uma vida normal.



ENCONTRAR+SE
ASSOCIAÇÃO DE APOIO AO LUSO COM DOENÇA MENTAL

ENTRADA RAZÃO LUSÃO
INTELECTUALIDADE E SAÚDE MENTAL

LAUREATE: Nash accepts the Nobel Prize in Economics in Stockholm, 1994

