

Cuidados de natureza psicoeducacional. De que falamos?

Maria de Fátima Marques¹

¹ Mestre em Ecologia Humana; Professora Adjunta na Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, 7000-811 Évora, Portugal, mfm@uevora.pt

Resumo

Contexto: o conceito de psicoeducação abarca uma forma de intervenção estruturada e sistemática, com aplicabilidade no campo da saúde. A lei de saúde mental em 1998, modificou o modelo assistencial de referência; é na comunidade e com a família que se prioriza a prestação de cuidados de saúde mental, o que abre caminho para os cuidados psicoeducacionais, os quais também são da competência dos enfermeiros.

Objetivo: compreender a importância da psicoeducação como técnica de intervenção em saúde mental

Metodologia: pesquisa de natureza teórica

Resultados: a psicoeducação coloca o sujeito no centro de toda a intervenção, considerando-o como um ser em constante desenvolvimento, capaz de descobrir as suas potencialidades e fortalecer a sua autonomia. A intervenção psicoeducacional facilita a compreensão da patologia, promove a reabilitação psicossocial, diminui a sobrecarga na relação familiar, melhora a adesão ao tratamento farmacológico, contribui para a redução das recaídas e reinternamentos e promove hábitos e estilos de vida saudáveis, levando ao desenvolvimento de estratégias de enfrentamento mais eficazes. Como intervenção que é, deve resultar de um processo de avaliação diagnóstica que permita identificar e planejar cuidados.

Conclusões: a psicoeducação é um instrumento fortíssimo, envolvendo um conjunto de abordagens que visam dotar os doentes e familiares de conhecimentos sobre a doença mental, novas formas de lidar com ela e com os problemas do quotidiano. Favorece a relação intrafamiliar assente numa plataforma de compreensão e comunicação eficaz, permitindo o envolvimento e tomada de decisões no processo terapêutico.

Palavras-chave: psicoeducação; doente mental; família.

Resumen

Contexto: el concepto de psicoeducación abarca una forma de intervención estructurada con aplicabilidad en el campo de la salud. La ley de salud mental en 1998, modificó el modelo de atención de referencia; la prestación de cuidados de salud mental ocurre fundamentalmente en la comunidad y familia, preparando el camino para la atención psicoeducativa, que es también responsabilidad de la enfermería.

Objetivo: comprender la importancia de la psicoeducación como una técnica de intervención en salud mental

Metodología: investigación de naturaleza teórica

Resultados: la psicoeducación pone al sujeto en el centro de toda la acción, considerándolo como un ser en constante desarrollo, capaz de descubrir su potencial y reforzar su autonomía. La intervención psicoeducativa facilita la comprensión de la enfermedad, estimula la rehabilitación psicosocial, reduce la sobrecarga familiar, mejora la adherencia al tratamiento farmacológico, contribuye a la reducción de las recidivas y reinternamientos y promueve hábitos y estilos de vida saludables, llevando al desarrollo de estrategias de afrontamiento más efectivas. Como intervención, resulta de un proceso de evaluación de diagnóstico que permite identificar y planificar los cuidados.

Conclusiones: la psicoeducación es un instrumento muy fuerte, que implica una serie de enfoques que tienen como objetivo proporcionar a los pacientes y familia, el conocimiento sobre las enfermedades mentales, las nuevas formas de lidiar con ellas y con los problemas cotidianos. Favorece la relación intrafamiliar basado en una plataforma de comunicación y comprensión eficaz, que permita la participación y toma de decisiones en el proceso terapéutico.

Descriptores: psicoeducación; enfermo mental; familia.

Abstract

Background: the concept of psychoeducation encompasses a structured and systematic form of intervention, with applicability in the field of healthcare. The mental health act, in 1998, changed the reference model of care; mental healthcare provision must be prioritized in the community and with the family, what clears the way for psychoeducational care, which also falls within the competence of nurses.

Aim: to understand the importance of psychoeducation as a technique of intervention in mental health

Methods: research of theoretical nature

Results: psychoeducation places the individual in the hearth of any intervention, considering him as a continually evolving being, capable of discovering his full potential and strengthen his autonomy. Psychoeducational intervention makes pathology understanding easier, promotes psychosocial rehabilitation, decreases the overload in the family relationship, enhances the adherence to pharmacological treatment, contributes for reducing the number of relapses and rehospitalization cases and promotes healthy habits

and lifestyles, leading to the development of more effective confronting strategies. As an intervention, it must result from a diagnostic evaluation process that makes it possible to identify and plan care.

Conclusions: psychoeducation is a very strong tool, involving a set of approaches that aim to provide patients and their relatives with knowledge on the mental illness, new ways of dealing with it and with everyday problems. It favours familial dynamics based on an effective comprehension and communication platform, enabling the involvement and the decision-making in the therapeutic process.

Keywords: Psychoeducation; mentally ill; family.

Introdução

É com alguma frequência, que na literatura atual sobre intervenção em saúde mental, encontramos o termo psicoeducacional e/ou psicoeducação. No sentido de conhecer a sua raiz etimológica, procurámos a palavra psicoeducacional em vários dicionários da língua portuguesa, em suporte papel e em suporte digital. A busca mostrou-se infrutífera, e, assumindo uma atitude cirúrgica, dissecámos a palavra psicoeducacional em dois termos: psico e educacional. Iniciámos nova busca para as duas palavras isoladamente e de acordo com o Dicionário da Língua Portuguesa (2014), psico deriva do grego *psykhé* e significa alma. Assim, o termo psico constitui um elemento de formação de palavras que exprime a ideia de alma, espírito ou mente. Por sua vez, a palavra educacional é formada por sufixação e tem as suas origens no latim *educatiōne* que significa educação. Fazendo uso dos significados encontrados, juntámos o que tínhamos separado anteriormente e deparámo-nos com um significado que nos pareceu reducionista e pouco claro - psicoeducacional, significava a educação da alma, do espírito ou da mente.

Perante um exercício que não podia ser feito, tal como acontece na perspetiva holística, tornou-se claro que a palavra psicoeducacional é muito mais do que a simples soma das palavras que a integram, e que a compreensão do seu significado não pode ser feita a partir da análise dos seus constituintes. A abordagem inicial não permitia compreender a dimensão do mega conceito psicoeducação, porque ele extravasa o simples significado etimológico das palavras, para se constituir numa forma de intervenção estruturada, regada e sistemática, com aplicabilidade em vários campos, nomeadamente no campo da saúde, embora não seja esse o seu primórdio.

Passada esta fase, impunha-se a necessidade de perceber, sucintamente, a origem da psicoeducação e da abordagem psicoeducacional, num contexto temporal e histórico, recorrendo a uma pesquisa de natureza teórica alicerçada em obras publicadas.

Um olhar retrospectivo

Lebon (1997), citando trabalhos de Maurice Capul (educador e psicólogo), publicados em 1996, refere a existência de trechos datados do século XII onde se evidenciam atitudes educativas dirigidas a crianças e adolescentes em situação de risco psicossocial, que em seu entender, permitem distinguir os componentes estruturais do atual modelo de psicoeducação, a partir das premissas de uma filosofia direcionada à educação especializada.

Tendo por base o funcionamento de grandes instituições de caráter asilar, destinadas a crianças e adolescentes com variadíssimas problemáticas comportamentais, os trechos anteriormente referidos, apesar de se reportarem a práticas socioeducativas alicerçadas em concepções assistencialistas dificilmente individualizadas e marcadas por uma disciplina rígida e por vezes punitiva, deixam transparecer um rasgo de preocupação com uma educação especializada (Bazon, 1997; Lebon, 1997). O interesse pelas crianças e a necessidade de ir ao seu encontro, reconhecendo que aquilo que é aprendido em criança se reveste de sentido para a vida, são aspetos que emergem da análise cuidada dos trechos (Lebon, 1997).

A posterior evolução de conhecimentos, resultantes dos trabalhos de psicólogos e educadores como Bruno Bettelheim e Alexander Neil, em ambientes socioeducativos semelhantes, despertaram o interesse de Jeannine Guindon (psicóloga) e Gilles Gendreau (educador), no início dos anos 50, levando-os a utilizar e transformar esses conhecimentos numa nova perspectiva de abordagem, que viria a tornar-se na psicoeducação (Bazon, 1997; Lebon, 1997). Esta abordagem caracterizava-se por uma integração consistente entre os conhecimentos teóricos e científicos e a sua aplicação no contexto real (Bazon, 1997), de tal modo que o educador se assumia “como terapeuta NO e PELO acontecimento quotidiano” (Lebon, 1997, p.12), interessando-se com afinco por todos os aspetos da vida da criança e assumindo-se assim como um verdadeiro agente de transformação. O educador é o responsável por conceber um ambiente terapêutico e/ou educacional, e cumpre o seu papel profissional, mantendo uma relação de acompanhamento assente em pressupostos de ajuda, através da vivência partilhada de acontecimentos quotidianos que são experienciados pela criança (Bazon, 1997; Lebon, 1997). Neste contexto de vida tudo tem importância e a intervenção ocorre por trocas verbais e atividades dirigidas, tendo por base o comum, o banal, o habitual do quotidiano, bem como o surpreendente que surge de forma imprevista na relação interpessoal de cada momento.

De acordo com os autores anteriormente referidos, a psicoeducação traduz-se numa prática revolucionária. Ela coloca o sujeito no centro de toda a intervenção, desenvolvendo com ele uma relação profunda, dirigida fundamentalmente às suas inquietações, dúvidas e sentimentos, considerando-o como um ser em constante desenvolvimento e atualização. Desta forma, o sujeito descobre as suas potencialidades através de um programa de intervenção estruturado, que favorece a sua participação nas tomadas de decisão e estimula a sua autonomia.

A psicoeducação na psiquiatria

Partindo do contexto mais restrito onde se gerou, a abordagem psicoeducacional começou a ser desenvolvida como prática clínica de psiquiatria na década de 70, surgindo em oposição e alternativa às formas de intervenção comumente utilizadas na época, nomeadamente os tratamentos psicanalíticos e os tratamentos que incitavam a expressão de sentimentos (Andrade, 1999; Menezes e Souza, 2012), os quais se revelavam ineficazes quando estava em causa a melhoria da qualidade de vida de doentes mentais graves e crónicos e dos respetivos familiares (Anderson, Reiss & Hogarty, 1986).

Esta intromissão da abordagem psicoeducacional no contexto da prática clínica surge timidamente, uma vez que, segundo o paradigma vigente, os doentes e familiares eram vistos como leigos e, portanto, incapazes de entender e participar no processo terapêutico, devendo por isso ser mantidos à distância das decisões no tratamento (Andrade, 1999). De acordo com a mesma autora, o envolvimento afetivo e as dúvidas referentes à etiologia e evolução da doença, representavam um obstáculo à racionalidade exigida no processo terapêutico, razão pela qual os doentes e familiares eram instruídos a seguir as indicações dos profissionais de saúde, e não tinham qualquer participação ativa nem poder de decisão nesse processo.

A partir dos anos 80 e fruto de pesquisas clínicas, surgem evidências claras de baixos níveis de ajustamento social e fraca qualidade de vida em doentes bipolares, apesar de estes apresentarem longos períodos de eutímia à custa de estabilizadores de humor, acompanhados por longos períodos sem internamento psiquiátrico. A doença parecia estabilizada e os aspetos biológicos controlados, mas a recuperação psicossocial era insatisfatória. Além disso e quase que em simultâneo, eram também divulgados resultados de pesquisas, salientando elevados índices de não adesão terapêutica e consequentes recaídas, o que sugeria a necessidade de tratamentos alternativos associados à terapêutica farmacológica, bem como a inclusão de doentes e familiares no processo de tratamento, de modo a favorecer a sua implicação direta (Andrade, 1999). Surgia a necessidade de um novo modelo de abordagem, porque o modelo biomédico dominante até então, e com contributos inquestionáveis no avanço da medicina, insinuava alguns sinais de desgaste e desadequação (Borrell-Carrió, Suchman & Epstein, 2004; Engel, 1980).

Neste contexto desejoso de mudança, desponta o modelo biopsicossocial em saúde, já proposto por George Engel em 1977 (Andrade, 1999), o qual, a partir de uma ancoragem na Teoria dos Sistemas, propõe uma visão holística da saúde e da doença, abarcando os aspetos biológicos, psicológicos e sociais do ser humano, por considerar que estes desempenhavam um papel importante no contexto da doença e na sua perceção (Engel, 1980), superando largamente o modelo clássico de causa-efeito, e abrindo caminho para um novo paradigma na medicina (Andrade; 1999; Borrell-Carrió, et al., 2004).

Assumindo a mudança paradigmática proposta pelo modelo biopsicossocial, a psicoeducação ganha protagonismo e propõe-se como forma de tratamento adjuvante dos psicofármacos, com o intuito de manter os pacientes na comunidade, evitando as recaídas e os internamentos psiquiátricos prolongados, como era comum entre as práticas clínicas da altura (Andrade, 1999).

Definir psicoeducação

De um modo pioneiro, em 1980, Anderson e os seus colaboradores descrevem o conceito de psicoeducação como uma terapia comportamental fundamentalmente dirigida para o doente (mas onde os familiares também eram incluídos), a qual era constituída por 4 elementos: informar o doente relativamente à sua doença, treino de solução de problemas, treino de comunicação e treino de auto assertividade, visando a promoção da autogestão do processo de saúde/doença (Anderson et al, 1986). A intervenção psicoeducacional é então definida não como uma terapia, mas como uma técnica que implica a administração sistemática de informações às pessoas doentes e seus familiares, acerca dos sintomas, etiologia, tratamento e evolução da doença, com o objetivo de aumentar o conhecimento de ambos e modificar comportamentos (Figueiredo, Souza, Dell'Áglio e Argimon, 2009).

Podendo as definições de psicoeducação ser variadas, de acordo com os objetivos também variados dos autores que a definem, há alicerces comuns que demarcam a matriz da intervenção psicoeducacional, nomeadamente, facilitar o entendimento e compreensão da patologia, potencializar os aspetos positivos do doente, promover a reabilitação psicossocial, diminuir a sobrecarga na relação familiar, melhorar a adesão ao tratamento farmacológico, ampliar o conhecimento sobre os efeitos colaterais da medicação, contribuir para a redução das recaídas e reinternamentos e promover hábitos e estilos de vida saudáveis (Andrade, 1999; Ceretta, Schwalm, Bez Birollo, Dagostim e Quevedo, 2009; Figueiredo et al., 2009; Menezes e Souza, 2012; Santana 2011). De uma forma sintética, podemos afirmar que a psicoeducação é um importante alicerce para o desenvolvimento de estratégias de coping, capacitando o doente e família para lidar com situações stressantes, resultantes do processo de doença e da maneira de o vivenciar e interpretar.

A importância da psicoeducação no paradigma assistencial

Em Portugal, com a publicação da Lei de Saúde Mental em 98 (Lei 36/98 de 24 de julho), verificou-se uma alteração do modelo assistencial de referência, priorizando a promoção da prestação de cuidados de saúde mental a nível da comunidade, de forma a manter o doente do seu meio habitual e a facilitar a sua reabilitação e inserção social. A nova Lei corporaliza uma política de saúde mental sedada em novos paradigmas, que se tornam mais efetivos com o Plano Nacional para a Saúde Mental 2007-2016, o qual enfatiza a posição paradigmática da desinstitucionalização; a integração dos cuidados de saúde

mental a nível dos cuidados primários e dos cuidados continuados; a redução do tempo de internamento e a realização de intervenções na comunidade asseguradas por equipas de saúde mental comunitária (Programa Nacional para a Saúde Mental [PNSM], 2012). Deste modo, a decisão de internamento deve ser tomada como último recurso, e os familiares devem ser considerados parceiros na prestação de cuidados, devendo receber o treino e educação necessários para tal (PNSM, 2012). Ou seja, a família passa a assumir um papel crucial na gestão das necessidades do doente, envolvendo-se de forma mais interventiva nos cuidados quotidianos (Menezes e Souza, 2012). Esta proposta de postura e organização muda tudo e frequentemente os familiares são confrontados com a necessidade de lidar com uma pessoa doente a quem têm forte ligação afetiva e que manifesta comportamentos e sintomas perturbadores (Gonçalves-Pereira e Sampaio, 2011), enfrentando situações que não dominam porque não têm conhecimentos teóricos nem treino de competências para lidar com elas (Figueiredo et al, 2009; Menezes e Souza, 2012). Paralelamente, e com alguma frequência, a pessoa doente também não conhece a sua doença porque a sente exterior a si. De facto, ninguém consegue lidar com o que não conhece, tal como não pode desenvolver estratégias de enfrentamento se não sabe o que enfrenta. Para complicar a situação, na maioria das vezes o doente não reconhece capacidade ao familiar para o ajudar, ao mesmo tempo que a comunicação entre eles se torna maioritariamente ineficaz e escassa, principalmente quando o tema central é a doença e tudo o que a envolve (Marques e Lopes, 2015).

Então, e perante este cenário complexo, estão abertos os caminhos para os cuidados psicoeducacionais, os quais são também da competência dos enfermeiros (Ceretta et al., 2009; Menezes e Souza, 2012) porque se inserem nos domínios da prática de enfermagem ao recaírem nas funções de ajuda e de educação e guia, que Benner preconiza (Lopes, 2006).

A avaliação diagnóstica na psicoeducação

Sendo a psicoeducação uma intervenção, é necessário que esta resulte de um processo de avaliação diagnóstica, que permita identificar e planear adequadamente os cuidados psicoeducacionais a realizar. A partir do reconhecimento da experiência do outro (doente e/ou família), bem como da identificação das suas necessidades e potencialidades, com recurso a um processo de avaliação diagnóstica compreensiva, importa o modo como a pessoa experimenta as coisas, as suas vivências, a sua verdade sobre o mundo que se traduz numa realidade subjetiva, em detrimento da realidade objetiva (Abreu, 2011). Para que tal seja possível, é necessário co experienciar, penetrar nas vivências do outro para as compreender, evitando os juízos sobre a verdade da sua realidade (Abreu, 2011). É preciso que o enfermeiro tenha grande disponibilidade e empatia, para estar atento a tudo o que vem do outro e se pode tornar significativo num processo de avaliação diagnóstica, como a linguagem verbal e o seu conteúdo, as expressões faciais, as posturas, os gestos, os pequenos detalhes (Silveira, Siqueira,

Oliveira, Nishio & Nóbrega, 2013). Para recolher a informação de forma mais consistente e estruturada, visando a compreensão do doente e/ou família, a avaliação diagnóstica deverá orientar-se em três vertentes diferentes, mas complementares: - o que o doente e/ou família sabe e pensa sobre a doença; o que preocupa o doente e/ou família; estratégias e capacidades que o doente e/ou família podem usar (Lopes, 2006).

Podendo ser considerada a génese de todo o processo psicoeducacional (Lebon, 1997), porque constitui o ponto de partida, a avaliação diagnóstica encerra em si finalidades diagnósticas e simultaneamente terapêuticas, permitindo que os sujeitos verbalizem as suas dúvidas, medos e preocupações a alguém que se mostra interessado (Lopes, 2006). Por outro lado, permite identificar o conhecimento, as necessidades e as potencialidades dos sujeitos para lidarem com a situação de saúde/doença, o que possibilita planejar intervenções psicoeducacionais centradas sobretudo nas forças das pessoas, tendo em conta as suas fraquezas, de modo a fornecer a cada um o poder de agir numa situação problemática (Figueiredo, et al., 2009; Lebon, 1997).

As evidências apontam para o facto de que um maior conhecimento e consciência sobre uma doença ou determinada situação de saúde, e as suas implicações na vida do sujeito e na dos que o rodeiam, aumenta a sensação de controlo e leva ao desenvolvimento de estratégias de enfrentamento mais eficazes (Menezes e Souza, 2012; Ponce et al., 2011). A psicoeducação é uma abordagem que coloca o seu ênfase na educação e na aprendizagem (Ponce et al. 2011), promovendo o autoconhecimento e auto compreensão, uma vez que, informar sobre as características comuns ao transtorno mental que é vivenciado por cada um de forma particular e subjetiva, educa e faz aprender, mas também contribui para aumentar o autoconhecimento do sujeito portador (Menezes e Souza, 2012; Santana, 2011). Além disso, o autoconhecimento é imprescindível, na medida em que permite a autonomia e responsabilidade na tomada de decisões, dando a liberdade ao sujeito de escolher o caminho a seguir, porque aflora à consciência os seus limites e potencialidades (Lemo et al., 2013; Santana, 2011). Podemos assim afirmar que a psicoeducação assume um papel educativo e simultaneamente exploratório (do próprio indivíduo), desenhando um caminho que vai do conhecimento ao autoconhecimento. Isto permite que o sujeito se torne parceiro ativo em todo o processo de tratamento, e desenvolva novas formas de lidar com a doença mental e com os problemas do quotidiano dela resultantes, o que facilita a reabilitação psicossocial e o bem-estar em vivências futuras (Figueiredo et al., 2009; Lemo et al., 2013; Santana, 2011).

Estratégias de cuidados psicoeducacionais

Para que todo este processo tenha êxito, é necessário que a informação veiculada pelo enfermeiro seja clara, de modo a facilitar a aquisição de conhecimentos por parte do doente e/ou família (Figueiredo, 2009).

Para operacionalizar o planeado, de acordo com a avaliação diagnóstica realizada, as intervenções são variadas dependendo da situação clínica em causa, e os muitos trabalhos disponíveis revelam evidências claras de intervenções psicoeducacionais, principalmente para pessoas com esquizofrenia (Anderson et al., 1986; Baum et al., 2006), transtorno do humor bipolar (Andrade, 1999; Ceretta et al., 2009; Figueiredo et al., 2009; Lemo et al., 2013; Menezes e Souza, 2012; Mussi, 2012), demência e Alzheimer (Gonçalves-Pereira e Sampaio, 2011; Lopes e Cachioni, 2012; Ponce et al., 2011), e respetivas famílias.

Dentro de uma variabilidade com traços comuns, a metodologia utilizada centra-se na abordagem teórico-prática recorrendo a diversificados meios de natureza audiovisual (CDs e DVDs), filmes, manuais, livros de leitura e compreensão fácil, *flyers*, *folders*, palestras e contactos telefónicos (Figueiredo et al., 2009; Lemo et al., 2013; Lopes e Cachioni, 2012; Menezes e Souza, 2012).

Com o grande objetivo de fazer do doente e/ou família colaboradores ativos e empenhados, parceiros do enfermeiro e outros profissionais de saúde envolvidos, os cuidados psicoeducacionais devem ser limitados no tempo, estruturados, diretivos, centrados no presente, na situação concreta, visando a resolução de problemas identificados (Figueiredo et al., 2009; Lopes e Cachioni, 2012).

Cada programa é geralmente constituído por várias sessões, embora se encontrem relatos de programas com uma única sessão e cada sessão tem um programa próprio que deverá ser rigorosamente cumprido e dado a conhecer aos participantes antes do seu início (Lopes e Cachioni, 2012; Menezes e Souza, 2012). O tempo de cada programa é variável e depende dos objetivos a atingir; habitualmente, a sua duração situa-se entre as 8 e as 24 semanas com a realização de uma sessão semanal, num espaço de tempo, que oscila em média entre 1 a 2 horas (Lopes e Cachioni, 2012). As sessões podem ser individuais (com um doente, um familiar ou uma só família) ou em grupo; neste último caso, grupos só com doentes, só com familiares, ou com familiares e doentes em conjunto, dependendo a escolha dos participantes, dos objetivos a atingir com a intervenção. Se o programa psicoeducacional é de natureza individual, as sessões assumem um caráter mais intimista e privado; no entanto, o sujeito ou a família, podem manifestar alguma relutância em expor as suas dúvidas ou dificuldades perante o profissional de saúde, por se sentirem intimidados, ao mesmo tempo que vivem uma sensação de isolamento por não poderem partilhar experiências com outros que vivem situações semelhantes. Na verdade, parece haver alguma concordância entre os autores, baseada em evidências, relativamente aos benefícios das sessões em grupo. O grupo é visto pelos participantes como um espaço protetor e promotor de confiança, que estimula o questionamento e favorece a exposição das vivências acerca da doença (Menezes e Souza, 2012). É um espaço livre de preconceitos, onde o facto de ser portador de doença mental ou viver com uma pessoa que tem uma doença mental, não é estigmatizado. É um lugar de expressão e de encontro com um elevado potencial educativo, onde as trocas são constantes e onde

cada um aprende a situar-se em relação ao outro, encontrando similitude nas vivências (Lebon, 1997; Menezes e Souza, 2012).

Quando o grupo se destina aos familiares (psicoeducação familiar), o foco de atenção centra-se nas necessidades dos cuidadores, tendo em conta a passagem de informação e o trabalhar competências para lidar com a doença do seu familiar (Gonçalves-Pereira e Sampaio, 2011), nomeadamente para monitorizar o curso da doença e alertar os profissionais de saúde das recaídas (Ponce et al., 2011). Para além desta componente pragmática, as sessões de grupo podem ajudar a reduzir a sensação de isolamento familiar, proporcionando uma oportunidade para os membros da família partilharem experiências e encontrarem algum conforto junto de outras famílias com problemas semelhantes aos seus, de modo a construírem uma rede social de apoio (Menezes e Souza, 2012; Ponce et al., 2011).

No atual contexto, se a família é o grande suporte da pessoa com alterações da saúde mental, é pertinente e necessário inclui-la como elemento adjuvante no processo de cuidados. Assim sendo, a psicoeducação dirigida à família, permite diminuir os pensamentos e comportamentos disfuncionais, melhorando a sua autoeficácia através do desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, que permitam lidar harmoniosamente com a situação de saúde do seu familiar (Lopes e Cachioni, 2012). No caso de sessões de grupo com familiares e doentes em conjunto, a maioria das vezes, o objetivo é melhorar o relacionamento entre eles, assentindo que sejam verbalizadas muitas das emoções contidas e que por circunstâncias várias não foram expressas (Anderson et al, 1986).

Conclusão

Com alguma independência face ao tipo de intervenção realizada, a psicoeducação está alicerçada por evidências clínicas claras, ocupando um lugar central nos cuidados de saúde mental e psiquiatria, em parceria com a vertente farmacológica, muitas das vezes indispensável para um funcionamento harmonioso do doente e respetiva família.

É possível perceber que a psicoeducação é um instrumento fortíssimo, envolvendo um conjunto de abordagens que visam dotar os doentes e familiares de conhecimentos sobre a doença mental, novas formas de lidar com ela e com os problemas do quotidiano, bem como, favorecer a relação intrafamiliar assente numa plataforma de compreensão e comunicação eficaz, que permita o envolvimento e a tomada de decisões no processo terapêutico.

Citando Santana e em jeito de síntese, “a psicoeducação é a democratização das informações que dizem respeito ao próprio indivíduo” (2011, p.2), cobrindo um direito fundamental dos doentes: o de serem informados sobre a sua doença e a forma de lidar com ela (Ceretta et al., 2009; Figueiredo et al., 2009).

Referências Bibliográficas

- ▲ Abreu, J.L.P (2011). *Introdução à psicopatologia compreensiva*. 6ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- ▲ Anderson, C.M., Reiss, D.J. & Hogarty, G.E. (1986). Family treatment of adult schizophrenic patients: a psycho-educational approach. *Schizophrenia Bulletin*, 6 (3), 490–505. doi: 10.1093/schbul/6.3.490
- ▲ Andrade, A.C.F. (1999). A abordagem psicoeducacional no tratamento do transtorno afetivo bipolar. *Revista Psiquiatria Clínica*, 26 (6),1-8.
- ▲ Bazon, M. (1997). Psico-educação: um projeto visando aumentar a eficiência das intervenções sociais junto às crianças e adolescentes em situação de risco psico-social em Ribeirão Preto-S.P. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 0 (12-13), 29-38. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X1997000100003>
- ▲ Borrell-Carrió, F.,Suchman, A.L. & Epstein, R.M. (2004). The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *Annals of Family Medicine*, 2 (6), 576-582. doi:10.1370/afm.245
- ▲ Ceretta, L.B., Schwalm, M.T., Bez Birollo,I.V., Dagostim, V.S. e Quevedo, J.L. (2009). *A psicoeducação como estratégia de cuidado para pacientes com transtorno do humor bipolar*. 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem -Transformação social e sustentabilidade ambiental. Fortaleza, Brasil
- ▲ Engel, G. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137, 535-544. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ajp.137.5.535>.
- ▲ Figueiredo, Â.L., Souza, L., Dell'Áglio J.C. e Argimon, I.I.L. (2009). O uso da psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental Cognitiva*, XI (1), 15-24
- ▲ Gonçalves-Pereira, M. e Sampaio, D. (2011). Psicoeducação familiar na demência: da clínica à saúde pública. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29 (1), 3-10
- ▲ Lebon, A. (1997). Psico-educação: a ciência do “viver com” educativo e terapêutico. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 0 (12-13),11-27. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X1997000100002>
- ▲ Lemo; S.L., Brito, R.N., Serafim, S.C., Freitas, G.L.S., Lo, M.S.G. e Oliveira, M.L.B. (2013). *Psicoeducação relacionada ao transtorno bipolar como adjuvante à adesão ao tratamento farmacológico: Revisão de literatura*. Apresentação de trabalho na V Semana de Iniciação Científica da Faculdade de Juazeiro do Norte, Brasil. Disponível em <http://www.fjn.edu.br/iniciacaocientifica/anais-v-semana/trabalhos/oral/EN0000000422.pdf>
- ▲ Lopes, L.O. e Cachioni, M. (2012). Intervenções psicoeducacionais para cuidadores de idosos com demência: uma revisão sistemática. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 61 (4), 252-261. Disponível em <http://dex.doi.org/10.1590/S0047-20852012000400009>

- ▲ Lopes, M.J. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau.
- ▲ Marques, M.F. e Lopes, M.J. (2015). O cuidador familiar no olhar da pessoa com depressão. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (Ed. Esp.2), 51-56.
- ▲ Menezes, S.L. e Souza, M.C.B.M (2012). Implicações de um grupo de Psicoeducação no cotidiano de portadores de Transtorno Afetivo Bipolar. *Revista da Escola Enfermagem USP*, 46 (1), 124-131. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-662342012000100017&lng=en&lng=pt. 10.1590/S0080-62342012000100017.
- ▲ Mussi, S.V. (2012). *Transtorno bipolar: adesão ao tratamento e psicoeducação*. Dissertação para obtenção do título de mestre em Análise do Comportamento, apresentada à Universidade Estadual de Londrina
- ▲ Ponce, C.C., Ordonez, T.N., Lima-Silva, T.B., Santos, G.D. dos, Viola, L.F., Nunes, P.V., Forlenza, O.V. & Cachioni, M. (2011). Effects of a psychoeducational intervention in family caregivers of people with Alzheimer's disease. *Dement Neuropsychol* 5 (3), 226-237
- ▲ Programa Nacional para a Saúde Mental (PNSM) (2012). *Reatualização do plano nacional de saúde mental*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde/Programa Nacional para a Saúde Mental. Disponível em <http://www.saudemental.pt>.
- ▲ Santana, A.F.O. (2011). *Psicoeducação para pacientes psiquiátricos e seus familiares*. Psicologia.pt o portal dos psicólogos. Disponível em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0252.pdf>
- ▲ Silveira, A.S., Siqueira, A.C., Oliveira, F.M., Nishio, E.A. e Nóbrega, M.P.S.S. (2013). Gerenciamento de caso em ambulatório de psiquiatria, competências e prática de enfermeira. *Enfermagem em Foco* 4 (1), 29-32