

RELATO DE EXPERIÊNCIA

“O Aqui é Agora!!!”: Grupo Psicoeducacional do Serviço Psiquiátrico de Diagnóstico e Tratamento (SPDC) da Empresa Hospitalar-Universitária (AOU) San Luigi Gonzaga de Orbassano - Turim

“The Here is Now!!!”: Psycho-educational Group from Psychiatric Service of Diagnosis and Treatment (SPDC) of Hospital-University (AOU) Company San Luigi Gonzaga Orbassano - Turin

"El Aquí es ahora!!!": Grupo psicoeducativo del Servicio Psiquiatrico de Diagnosis y Tratamiento (SPDC) de la Empresa Hospitalar-Universitaria (AOU) San Luigi Gonzaga Orbassano - Turin

Rocco Luigi PICCI¹, Chiara REGGIANI², Alberto Portigliatti POMERI³, Francesco SCAVELLI⁴, Pier Maria FURLAN⁵

RESUMO

Este artigo tem por objetivo apresentar as estratégias utilizadas pelo Serviço Psiquiátrico de Diagnóstico e Tratamento (SPDC - Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura) na busca de uma reabilitação mais rápida. O resultado que se pretende, a longo prazo, é o de reduzir a vulnerabilidade ao stress e levar o paciente a escolher, e por em prática, estratégias de coping mais eficazes, atingindo uma maior consciência da própria internação. As vantagens obtidas são muitas, como a economia de recursos em comparação a uma aproximação individual, a facilidade das relações interpessoais entre os pacientes no interior da unidade, e a possibilidade de confronto com pessoas com problemas similares oportunizando, inclusive, uma ajuda mútua. O grupo tem, portanto, o objetivo de transmitir conhecimentos e assegurar constantemente uma vivência onde o paciente se sinta apoiado e pertencente a uma rede de relações solidárias, em que é de fundamental importância a atuação dos pacientes que demonstram uma melhora em seus confrontos pessoais e que assumem o papel de “trainers”, auxiliando aqueles que estão ainda dominados pelo “implícito” e pela “latência” das próprias vivências.” Os modelos psicoeducacionais se baseiam em respostas de necessidades e precisam se apoiar em técnicas específicas, mediante a aquisição e a recuperação de performance ou habilidade, mesmo que apenas parciais, com o objetivo de melhoramento da qualidade de vida e para uma maior autonomia do paciente.

Descritores: Saúde mental; Serviços comunitários de saúde mental; Saúde.

¹ Pesquisador Universitário em Psiquiatria*. Responsável do Serviço Psiquiátrico de Diagnóstico e Tratamento AOU San Luigi Gonzaga. E-mail: rocco.picci@unito.it

² Técnico em Reabilitação Psiquiátrica*. Especialista em Ciência da Reabilitação. E-mail: chiara.reggiani@unito.it

³ Formando de Medicina*. E-mail: alberto.portigliatti@hotmail.it

⁴ Técnico em Reabilitação Psiquiátrica*. Especialista em Ciência da Reabilitação. E-mail: francesco-sc@hotmail.it

⁵ Professor Efetivo de Psiquiatria*. Diretor da Direção Integrada. E-mail: piermaria.furlan@unito.it

* Direção Integrada Interempresarial de Saúde Mental e das Patologias de Dependência ASL TO3 Região Piemonte/AOU San Luigi Gonzaga Faculdade de Medicina e Cirurgia San Luigi Gonzaga da Universidade de Estudos de Turim (Regione Gonzole 10, 10043 Orbassano - Torino - Italia)

ABSTRACT

This article aims to present the strategies used by the Psychiatric Diagnosis and Care Service (SPDC - Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura) in search of a faster rehabilitation. The result that's expected in the long term is to reduce vulnerability to stress and cause the patient to choose, and implement, more effective coping strategies, achieving a greater awareness of their hospitalization. The benefits obtained are many, as the economy of resources compared to an individual approach, ease of interpersonal relationships between patients within the unit, and the possibility of confrontation with people with similar problems giving opportunities, including mutual help. The group therefore has the objective of imparting knowledge and ensure that a living where patients feel supported and belonging to a network of supportive relationships, which is critical to performance of patients showing an improvement in their personal confrontations and they assume the role of "trainers", helping those who are still dominated by the "implicit" and the "latency" of their own experiences. "Psychoeducational models are based on responses of needs and need to rely on specific techniques, through the acquisition and recovery of performance or ability, even if only partial, with the goal of improving the quality of life and greater patient autonomy.

Descriptors: Mental health; Community mental health services; Health.

RESUMEN

Este artículo tiene como objetivo presentar las estrategias utilizadas por la Oficina de Diagnóstico y Tratamiento Psiquiátrico (SPDC - Servizio di psichiatrico Diagnosis and Healing) en busca de una rehabilitación más rápida. El resultado que se desea en el largo plazo es reducir la vulnerabilidad al estrés y hacer que el paciente elija, y ponga en práctica, más estrategias de afrontamiento eficaces, logrando una mayor conciencia de su hospitalización. Los beneficios obtenidos son muchos, ya que la economía de los recursos en comparación con un enfoque individual, la facilidad de las relaciones interpersonales entre los pacientes dentro de la unidad, y la posibilidad de una confrontación con personas con problemas similares que dan oportunidades, incluyendo la ayuda mutua. El grupo tiene por lo tanto el objetivo de impartir conocimientos y asegurar que la vida en que los pacientes se sientan apoyados y pertenecer a una red de relaciones de apoyo, lo cual es fundamental para el rendimiento de los pacientes que muestran una mejora en sus enfrentamientos personales y asumen el papel de "instructores", ayudando a aquellos que todavía están dominadas por el "implícito" y la "latencia" de sus propias experiencias. "Los modelos psicoeducativos se basan en las respuestas de las necesidades y la necesidad de contar con técnicas específicas, a través de la adquisición y recuperación de rendimiento o capacidad, aunque sea parcial, con el objetivo de mejorar la calidad de vida y una mayor autonomía del paciente.

Descriptores: Salud mental; Servicios comunitarios de salud mental; Salud.

INTRODUÇÃO

Os resultados de diversos estudos evidenciaram que os melhores êxitos, nos distúrbios mentais graves, foram alcançados graças a uma aproximação psicossocial capaz de integrar os tratamentos farmacológicos, psicológicos e reabilitativos.¹

De acordo com dois importantes estudos realizados, a intervenção cognitivo-comportamental, na fase aguda da doença psicótica, é eficaz também se aplicada em grupo.²

O nosso trabalho, portanto, conforme fundamentado pela literatura pesquisada, visa apresentar

as estratégias utilizadas pelo Serviço Psiquiátrico de Diagnóstico e Tratamento (SPDC - *Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura*) na busca de uma reabilitação mais rápida.

A aproximação utilizada se apoia na adequação de uma intervenção de grupo em SPDC do modelo de tratamento individual cognitivo-comportamental das psicoses³⁻⁵, e do modelo psicoeducativo integrado que se baseia no estudo *stress-vulnerabilidade-coping*.⁶⁻⁸

O resultado que se pretende, a longo prazo, é o de reduzir a vulnerabilidade ao stress e levar o paciente a escolher, e por em prática, estratégias de *coping* mais eficazes, atingindo uma maior consciência da própria internação.

A terapia cognitivo-comportamental dos pacientes psicóticos é classificada como *provavelmente eficaz* em *Clinical Evidence*⁹ e a intervenção em grupo, aumenta a eficácia das intervenções cognitivo-comportamentais individuais. As vantagens obtidas são muitas¹⁰, como a economia de recursos em comparação a uma aproximação individual, a facilidade das relações interpessoais entre os pacientes no interior da unidade, e a possibilidade de confronto com pessoas com problemas similares oportunizando, inclusive, uma ajuda mútua.

O SPDC representa o início de um percurso que, potencialmente, pode restabelecer os recursos evolutivos do

paciente e começar um processo de transformação que terá o seu desenvolvimento, a longo prazo, no trabalho terapêutico ambulatorial.¹¹

Assim, fundamentalmente, acontece uma integração entre os suportes psicológicos, farmacológicos e ambientais, no âmbito de uma continuidade do projeto terapêutico.

Os pacientes, muitas vezes, não estão plenamente cientes das motivações da internação, seja por fatores intrínsecos ao distúrbio (não consciência da doença), seja porque não tenha sido dedicado um tempo adequado para lhes explicar a necessidade de tal intervenção. Por isso, a internação pode ser vista como uma situação “forçada” e a unidade como um espaço estranho, meramente “repressor”.

O grupo psicoeducacional se coloca, então, como um momento e um instrumento, constituindo fatores fundamentais para que a unidade se torne um ambiente terapêutico, organizado para desenvolver e utilizar, da melhor maneira possível, os recursos do serviço.

Através da valorização das informações e do apoio emotivo recíproco, se pode conseguir uma melhor adaptação à situação, com a possibilidade de conhecer e valorizar o “sentido” da internação no interior do projeto terapêutico, ao fornecer conhecimentos práticos sobre o que fazer, a quem se dirigir com relação às suas necessidades pessoais, como enfrentar os momentos de crise e ajudar a si mesmo e, também, como

criar um ambiente emotivo e dinâmicas de relacionamento mais funcionais entre os pacientes e os operadores.

O grupo tem, portanto, o objetivo de transmitir conhecimentos e assegurar constantemente uma vivência onde o paciente se sinta apoiado e pertencente a uma rede de relações solidárias, em que é de fundamental importância a atuação dos pacientes que demonstram uma melhora em seus confrontos pessoais e que assumem o papel de “trainers”, auxiliando aqueles que estão ainda dominados pelo “implícito” e pela “latência” das próprias vivências.

OBJETIVOS E FINALIDADE

A finalidade da intervenção é a de obter uma participação ativa e informada sobre o tratamento.

Os objetivos a que o trabalho se propõe, por intermédio do desenvolvimento das sessões nas unidades, são muitos.

Em um primeiro momento, favorecer a conscientização em relação à internação (“por que estou aqui?”) - ajudar os pacientes a considerarem a internação como um momento de reflexão e de aprofundamento da visão de si mesmos e do mundo, em vez de um espaço vazio, sem propósito -, em seguida, oportunizar uma adesão mais consciente ao tratamento.

Além disso, outro objetivo importante é a melhoria do autocontrole, do senso de autoeficácia e, portanto, da autoestima.

Todos esses objetivos, se adequadamente alcançados, podem ter um papel preventivo nas recaídas que levam a sucessivas reinternações, podem ainda melhorar o reconhecimento dos sinais precoces de crises e, também, auxiliar a administrar de maneira mais apropriada a crise atual.

Os seguintes objetivos são considerados como indicadores que podem atestar a eficácia da intervenção proposta:

- Diminuição do número de comportamentos agressivos na unidade;
- Diminuição de remissões em SPDC e em particular na modalidade de TSO (Tratamento de Saúde Obrigatório);
- Melhoria do “clima” na unidade;
- Melhoria da satisfação dos pacientes e dos familiares pela internação (Qualidade Percebida).

Esses objetivos foram alcançados e documentados junto ao SPDC de Roma¹² e de Campobasso.¹³

O objetivo do nosso trabalho é o de confrontar as reincidentes recaídas dos pacientes internados em SPDC junto a Empresa Hospitalar-Universitária (AOU) San Luigi Gonzaga e incrementar a literatura científica no âmbito da reabilitação psiquiátrica com essa intervenção.

MÉTODOS E INSTRUMENTOS

A intervenção psicoeducativa proposta prevê um ciclo de oito sessões semanais com duração de uma

hora e meia. Além desse tempo, é preciso que se considere a necessidade de um acréscimo para a preparação da sala e o convite aos pacientes, para o preenchimento da ficha de avaliação do encontro, no final do mesmo, por parte dos participantes e, finalmente, um período de 30 minutos para a compilação do Questionário do Grupo aos cuidados dos condutores da intervenção.

Os pacientes internados que ainda não tiverem participado da atividade são convidados a participar pelos enfermeiros, que deverão dar uma explicação breve sobre o propósito e a modalidade do grupo, e entregar uma cartilha informativa elaborada para este fim. O enfermeiro chefe ou o seu substituto deve ter o cuidado de se certificar que os pacientes recebam o convite. Essa atividade se desenvolve junto ao SPDC do AOU San Luigi Gonzaga.

O grupo pode ser considerado “aberto”, mas foram estabelecidos alguns critérios de restrição considerando pacientes com patologias orgânicas graves, distúrbios pelo uso de drogas psicoativas ou substâncias psicotrópicas, déficits cognitivos graves e demência senil.

Os materiais necessários para o desenvolvimento das sessões são: cadeiras, dois quadros com folhas descartáveis, marcador, folhas brancas de vários tamanhos, borrachas, canetas.

Cada sessão se desenvolve de acordo com as seguintes fases:

1. Introdução
2. Recapitulação do encontro anterior (a partir do segundo encontro)
3. Tema do dia
4. Encerramento

Os principais temas da Intervenção Psicoeducativa são:

- Quais as situações que me levaram à internação? (uma sessão);
- Vulnerabilidade ao stress (duas sessões);
- Psicofarmacêuticos (duas sessões);
- Bem-estar físico: alimentação e atividade motora (duas sessões);
- Sinais precoces de crise (uma sessão);
- Compreender e administrar as emoções (modelo ABC) (uma sessão).

Nas sessões podem ser afrontadas, sempre que necessário, problemáticas particulares como: delírio, alucinações, agressividade, ansiedade, uso de álcool.

Durante as sessões o condutor senta-se entre os pacientes ou fica em pé e se posiciona conforme a necessidade: pode, por exemplo, ficar próximo de alguém que tenha mais necessidade de ser encorajado a falar. O auxiliar fica perto do quadro, onde sintetiza os pontos importantes da discussão, para que sejam mais facilmente memorizados e para que se possa fazer referência no andamento da discussão; desse modo se consegue

também certificar se o que foi dito foi compreendido corretamente. O condutor informa que será solicitado a todos os pacientes manifestarem a sua opinião sobre os temas tratados.

No início de cada encontro, o condutor recorda rapidamente as regras do grupo: não interromper a quem está falando, erguer a mão para pedir a palavra, ater-se ao tema de discussão, evitar entrar e sair continuamente, e não ter comportamentos agressivos, o que, aliás, é proibido.

Além disso, esclarece aos pacientes que eles podem se afastar do grupo quando desejarem ou quando se sentirem particularmente tensos e podem retornar quando acharem oportuno.

Durante a sessão, é responsabilidade do observador externo, que quase sempre é um enfermeiro, preencher um formulário elaborado especialmente para este fim: “Formulário de observador externo ao grupo”.

Os condutores utilizam a aproximação maiêutica: não dão informações antes de saber o que o paciente sabe, ou então dão informações apenas para corroborar ou corrigir o que o paciente já sabe, com o objetivo de permitir que os pacientes tirem as suas conclusões e demonstrem suas capacidades de solucionar os problemas.

Além disso, a aproximação maiêutica considera mais importante o diálogo, incentivado pelo condutor, entre os pacientes, que comentam,

confirmam, contestam o que foi afirmado pelos outros, mais do que, se diretamente entre o condutor e o paciente.

Os pacientes são encorajados a refletir sobre o que aconteceu imediatamente antes que surgissem ou piorassem os seus distúrbios (circunstâncias, comportamentos próprios ou dos outros, pensamentos, emoções) e a estabelecer uma ligação entre as suas vivências e o seu “eu” interior.

É utilizado o *modelling* (demonstrações práticas) para favorecer o estudo das várias habilidades, não procurando uma exposição tecnicamente perfeita, mas sim, aceitável em sua execução, e partindo, preferivelmente, de outro paciente ou voluntário, em vez de um profissional, sempre com a intenção de favorecer uma relação equilibrada.

Se procederá, em seguida, à “normalização” dos sintomas e da internação, procurando fornecer ao paciente um espaço de reflexão, que favoreça a consciência de que muitas pessoas vivem momentos de stress, e que é possível encontrar maneiras de enfrentá-los. A “normalização” dos sintomas é um modo eficaz de tranquilizar o paciente e encorajá-lo a explorar os motivos e as dinâmicas que o levaram à internação, deixando-o o menos desconfortável possível e considerando estratégias que o ajudem a evitá-la no futuro.

Os condutores encorajam o paciente, através do reforço positivo verbal ou não verbal, o

comportamento e o pensamento adequados e funcionais às dinâmicas de grupo.

O condutor convida o paciente a fazer uma simulação (*role-playing*) de comportamentos que possam, além de ter um efeito positivo sobre outros, ser-lhe úteis, como manifestar a raiva de maneira eficaz, positiva e não inutilmente agressiva, ou solicitar, de maneira apropriada, um favor, uma ajuda ou uma explicação, de modo a obtê-los. É importante que ao *role-playing* siga, se possível, um *feedback* positivo.

Os condutores, a fim de favorecer e facilitar uma comunicação eficaz, devem dirigir-se sempre diretamente ao interlocutor, olhando-o nos olhos e usando um tom de voz firme e calmo. Devem também demonstrar consideração pelo comportamento adequado e solicitar gentilmente que se manifestem também os pacientes mais tímidos e relutantes. Devem ainda, colocar-se em uma posição ativa de escuta sinalizando de várias maneiras ao interlocutor que está prestando atenção, com movimentos de cabeça ou com perguntas de esclarecimento e periódicas sínteses de tudo que o paciente diz.

Os condutores, enfim, utilizam a técnica da solução dos problemas (*problem-solving*) de modo flexível, tendo a habilidade de conduzir progressivamente os pacientes a darem as respostas adequadas.

No final da sessão, os condutores oferecem aos pacientes a

possibilidade de desenvolverem um colóquio individual aprofundando a temática discutida.

Em seguida, registram o encontro na ficha clínica de cada paciente, “a qualidade” da participação e os eventuais elementos críticos, e informam aos assistentes sobre o desenvolvimento do grupo, sob a ótica de uma adequada e oportuna passagem de informações através de um trabalho de equipe. Os profissionais envolvidos na condução das sessões psicoeducacionais são dois Técnicos de Reabilitação Psiquiátrica; um enfermeiro da unidade que participa regularmente na condição de observador externo e, eventualmente, junto com ele, um estagiário.

Avaliação da intervenção

Uma primeira avaliação é feita ao término de cada sessão integrando diversos pontos de observação.

O formulário de observação externa fornece uma concisa avaliação “qualitativa” do clima do grupo por parte do observador externo.

Outro instrumento, que permite uma avaliação padronizada, é o Questionário do Grupo - compilado ao final de cada sessão pelos condutores -, assim como o questionário que tem a finalidade de monitorar o nível de satisfação dos participantes e que é elaborado especialmente para este fim. Uma avaliação posterior é desenvolvida, a longo prazo, na

conclusão da intervenção constituída de oito sessões.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os modelos psicoeducacionais se baseiam em respostas de necessidades e precisam se apoiar em técnicas específicas, mediante a aquisição e a recuperação de performance ou habilidade, mesmo que apenas parciais, com o objetivo de melhoramento da qualidade de vida e para uma maior autonomia do paciente.

Na maior parte dos casos, estes percursos se referem a uma escola cognitivo-comportamentalista, mesmo se os programas psicoeducativos mais recentes tenham se baseado também em modelos pedagógicos, informativos e, particularmente fundamentados, mantendo, todavia, o caráter fundamental da flexibilidade.

No que diz respeito aos objetivos estratégicos do grupo psicoeducacional “Il Qui è Ora!”, que atua junto ao Serviço Psiquiátrico de Diagnóstico e Tratamento do Hospital San Luigi Gonzaga, são sempre salvaguardados os seguintes elementos¹⁴⁻¹⁵: melhoria da interação entre os pacientes e entre estes e os operadores, com resultado positivo na atmosfera da unidade; uma maior adesão à internação entendida como um momento específico no interior do projeto terapêutico; uma maior consciência do próprio distúrbio, das possibilidades de descompensação futura e da necessidade de terapia farmacológica para evitá-la; o

reconhecimento da importância de situações estressantes nos reagravamentos e recaídas.

Os elementos imprescindíveis para uma correta intervenção psicoeducacional^{14,16-17} são: a valorização do papel da informação, a importância do suporte emotivo recíproco, a ênfase sobre “o aqui e o agora” colocando particular atenção nas situações de stress e no incremento da capacidade de *coping*, o reconhecimento da necessidade de continuidade do tratamento, o encorajamento à clareza recíproca e o exame “guiado” dos papéis e atitudes emotivas no interior do grupo e da unidade, o uso apropriado de técnicas de solução de problemas e de recuperação ou aquisição das habilidades.

Por fim, os mecanismos a considerar como prioritários, para o êxito da intervenção psicoeducacional, são os seguintes¹⁶: a melhoria na submissão terapêutica, o monitoramento dos pródromos dos reincidentes, a colaboração com os assistentes na procura por uma maior adesão e, ainda mais, “concordância” em relação ao tratamento, e a redução das vivências de isolamento consequentes ao estigma social.

REFERÊNCIAS

1. Bustillo JR, Lauriello J, Horan W, Keith S. The psychosocial treatment of schizophrenia: an update. *Am j psychiatry*. 2001;158(2):163-75.
2. Drury D. Cognitive behavior therapy in early psychosis. In: Birchwood C, Fowler D, editors. *Early intervention in psychosis: a practical handbook*. New York: Wiley and sons; 1999.

3. Fowler D, Garety P, Kuipers E. Terapia cognitivo comportamentale delle psicosi. Milano: Masson; 1998.
4. Morosini P. La valutazione dell'efficacia degli interventi psicoterapeutici: il caso della terapia cognitivo comportamentale delle psicosi. In: Fowler D, Garety P, Kuipers E, editores. Terapia cognitivo comportamentale delle psicosi. Milano: Masson; 1998.
5. Guidi A, Lusetti M, et al. Le esperienze italiane di trattamento cognitivo-comportamentale dei deliri e delle allucinazioni. In: Fowler D, Garety P, Kuipers E, editores. Terapia cognitivo comportamentale delle psicosi. Milano: Masson; 1998.
6. Fowler D, Garety P, Kuipers E. Behavior cognitive therapy for psychosis: theory and practice. New York: Wiley and sons; 1995.
7. Perris C. Psicoterapia del paziente difficile. Lanciano: Metis; 1994.
8. Casacchia M, Roncone R. Trattamenti psicosociali familiari. In: Pancheri P, Cassano GB, editores. Trattato italiano di Psichiatria. Milano: Masson; 2000.
9. McIntosh A, Lawrie S. Schizophrenia. Clinical Evidence. 6^a ed. BMJ; 2001.
10. Kanas N. Group therapy with schizophrenic patients: a short term homogeneous approach. Int j group psychother. 1991;41(1):33-48.
11. Picci RL. Il contesto ospedaliero e il legame con il territorio, Relazione al convegno " I D.S.M. in una sanità regionale che cambia". Torino; 2006.
12. Bazzoni A, Morosini P, Polidori G, Fowler DG. La terapia cognitivo comportamentale di gruppo nella routine di un Servizio psichiatrico di diagnosi e Cura. Epidemiologia e psichiatria sociale. 2001;10(1):27-36.
13. Veltro F, Venditelli N, Oricchio I, Addona F, Avino C, Figliolia GL, et al. Studio di efficacia nella pratica dell'intervento cognitivo comportamentale di gruppo per pazienti ricoverati: follow up di 4 anni. Giorn ital psicopat. 2007;13(4):497-503.
14. Liberman RP. Psychiatric Rehabilitation of chronic mental patients. Washington: American Psychiatric Press; 1998.
15. Goldstein MJ. Psychoeducational and family therapy in relapse prevention. Acta psychiatr scand suppl. 1994;382:54-7.
16. Lam DH. Psychosocial Family intervention in Schizophrenia: a review of empirical studies. Psychol med. 1991;21(2):423-41.
17. Kuipers L. Family burden in Schizophrenia implications for services. Soc psychiatry epidemiol. 1993;28(5):207-10.

Data da submissão: 2011-12-04

Aceito: 2012-05-10

Publicação: 2012-06-15