

O RELACIONAMENTO TERAPÊUTICO NO CUIDADO A UMA PORTADORA DE TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR: UMA EXPERIÊNCIA TRANSFORMADORA

THE THERAPEUTIC RELATIONSHIP IN THE CARE OF A BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER CARRIER: A TRANSFORMING EXPERIENCE

EL RELACIONAMIENTO TERAPÉUTICO EN EL CUIDADO A UNA PORTADORA DE TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR: UNA EXPERIENCIA TRANSFORMADORA

ANA CLAUDIA SILVA LEMOS¹

MÁRCIO FLÁVIO MOURA DE ARAÚJO²

CAROLINA MARIA DE LIMA CARVALHO³

ANGÉLICA MOTA MARINHO⁴

A consolidação dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica vem, continuamente, transformando a assistência e o ensino da saúde mental. Teve-se por objetivo relatar, durante dez encontros em um Hospital-Dia de Fortaleza, uma experiência acadêmica de assistência de enfermagem psiquiátrica, intermediada pelo processo de Relacionamento Terapêutico preconizado por Stefanelli, em uma cliente acometida por Transtorno Afetivo Bipolar (TAB). O instrumento adotado na coleta de dados foi a observação participante, o diário de campo e o histórico de enfermagem. Observou-se, diante do caso relatado, que o TAB é uma psicopatologia de cunho multifatorial, dessa forma, exigindo do enfermeiro uma visão integrada na implementação de cuidados. Nessa perspectiva, o Relacionamento Terapêutico foi um método de promover um vínculo breve, mas transformador e suscitador de pensamentos, atitudes e reflexões na cliente. A experiência foi importante, ainda, na modificação de paradigmas pessoais, quanto à assistência psiquiátrica, e na compreensão da efemeridade da sanidade humana.

PALAVRAS-CHAVE: Relações Enfermeiro-paciente; Transtorno Bipolar; Enfermagem Psiquiátrica.

The consolidation of the conjectures of the Psychiatric Reformation has continuously changed assistance and teaching of mental health. The purpose of the study is to refer to an academic experience of psychiatric nursing assistants, intermediated by the process of Therapeutical Relationship commended by Stefanelli to a customer with Bipolar Affective Disorders (BAD) during a ten day meeting in a one Hospital-Day in Fortaleza. The method used for data collection was the participant observation, field experiment and the nursing reporting. After facing the case reported, it was observed that the BAD is a multifactorial character psychopathology, so that it is required from the nurse an integrated vision concerning care implementation.. By this perspective the Therapeutical Relationship was a method used to promote a brief but transforming and stimulating bond of thoughts, attitudes and reflections in the customer. The experience was quite important, still in the modification of personal paradigms concerning psychiatric assistance as well and in the understanding of the human being sanity ephemerality.

KEYWORDS: Nurse-patient relations; Bipolar disorders; Psychiatric Nursing.

La condensación de las conjeturas de la Reforma Psiquiátrica está – continuamente – transformando la asistencia y enseñanza de la salud mental. El estudio objetiva relatar, durante diez encuentros en un Hospital Día de Fortaleza, una experiencia académica de asistencia de enfermería psiquiátrica, intermediada por el proceso de Relacionamento Terapêutico preconizado por Stefanelli, en una cliente acometida por Trastorno Afectivo Bipolar (TAB). El instrumento adoptado en la recolección de datos fue la observación participativa, el diario de campo y el histórico de enfermería. Se observó, ante el caso relatado, que el TAB es una sicopatología multifactorial, de carácter multifactorial, exigiendo así del enfermero una visión integrada en la implementación de los cuidados. Dentro de esta perspectiva, la Relación Terapêutica fue el método que promovió un vínculo breve, pero transformador de pensamientos, actitudes y reflexiones en la cliente. La experiencia fue importante, incluso, en la modificación de paradigmas personales sobre el cuidado psiquiátrico y en la comprensión de la enfermedad de la sanidad humana.

PALABRAS CLAVE: Relaciones Enfermero-paciente; Transtorno bipolar; Enfermería psiquiátrica.

¹ Acadêmica de Enfermagem do 7º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Integrante do Núcleo de Pesquisa e Extensão em Enfermagem Neurológica (NUPEN). E-mail: claudiajblemos@yahoo.com.br

² Acadêmico de Enfermagem do 7º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Bolsista de Iniciação Científica do CNPq. E-mail: marciofma@yahoo.com.br

³ Mestre em Enfermagem. Enfermeira do Centro de Atenção Psicossocial de Messejana. Professora da Disciplina de Saúde Mental II do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. E-mail: carolina@click21.com.br

⁴ Enfermeira. Professora da Disciplina de Saúde Mental II do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

INTRODUÇÃO

O doente mental, sujeito construído há mais de duzentos anos, era visto como uma pessoa que possuía um erro na razão, alguém alienado, incapacitado para desfrutar de uma razão plena e, portanto, da liberdade de escolha. Como esta era um pré-requisito para a cidadania, o alienado, na percepção da sociedade da época, não era um cidadão. Logo, estava à margem do convívio e das ações dos outros, sendo conduzido para asilos, onde permanecia isolado do meio sócio-ambiental ao qual se atribuía a possível gênese da alienação. Na época, em um processo seqüencial, eram creditados através do isolamento social deles propriedades terapêuticas que restituíam, a moral, a razão e, portanto, a liberdade dos alienados. A loucura, ao ser colocada nessa esfera representativa de desrazão, implicou num processo de distinção entre desrazão e razão^{1,2}.

Dessa forma, durante boa parte da Idade Contemporânea, o louco viveu isolado em asilos, permanecendo lá juntamente com epiléticos, paralíticos, órfãos, criminosos, vagabundos e libertinos, o que contribuiu para sua estigmatização, que perdura até os dias atuais. O louco era visto como alguém que não possuía capacidades para o trabalho e nem, ao menos, condições de receber tratamento domiciliar, o que ocasionou, no início do século XIX, a transformação da loucura em doença mental^{1,3}.

No Brasil, antes do século XIX, os loucos faziam parte da “paisagem” das cidades, podiam ser vistos vagando pelas ruas, sendo, muitas vezes, recolhidos às prisões por causa da “vagabundagem” ou perturbação da ordem. Porém, com o passar dos anos e com o desenvolvimento das cidades, os loucos passaram a se tornar indesejáveis. Foi então que, por volta da metade do século XIX, seguindo as prerrogativas já existentes na Europa, houve a internação dos doentes mentais em espaços específicos (manicômios), em celas especiais dos hospitais gerais ou em porões das Santas Casas de Misericórdia. A ocorrência de maltratos e as precárias condições de funcionamento daqueles espaços fizeram surgir, na época, apelos humanitários assumidos por políticos que defendiam a criação de instituições exclusivas para o acolhimento dos loucos⁴.

Diante do cenário de exclusão social e da falsa assistência prestada a essas pessoas, foi que, a partir do final da década de 70, paralelamente à luta pela redemocratização e pela reorganização da sociedade civil brasileira, e com articulações com a Reforma Sanitária, houve uma intensificação, no Brasil, dos debates e reflexões acerca do tratamento conferido aos pacientes psiquiátricos. Frente a essa problemática, em 1978, surgiu, no Rio de Janeiro, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que passou a simbolizar, socialmente, a luta pela mudança na assistência prestada aos clientes psiquiátricos e na construção da Reforma Psiquiátrica brasileira. A partir desse ensejo, em 1987, houve mais uma manifestação, a do II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, que teve *status* de movimento social, e onde ficou estabelecida a luta por uma sociedade sem manicômios^{1,2,4,5}.

Em 1989, um fato muito importante marcou essa trajetória de luta: o surgimento do Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, o qual propunha a extinção progressiva do modelo assistencial clássico (manicomial) e a sua substituição por novas modalidades de assistência. Esse Projeto de Lei foi aprovado somente em 2001, e, atualmente, suas propostas estão sendo implementadas paulatinamente, como todo processo de transformação que demanda tempo, pois vai de encontro a interesses econômicos e sociais da “indústria da loucura”.

Frente a este panorama da Reforma Psiquiátrica, o relacionamento terapêutico é uma ferramenta indispensável para o cuidado de enfermagem, sendo integrado de qualidade ao cliente psiquiátrico. Intermediado pela comunicação terapêutica, o relacionamento terapêutico sistematizado entre o terapeuta (aqui o enfermeiro) e o cliente consegue identificar, compreender e elucidar os conflitos que o paciente vivencia⁶. Assim, o relacionamento terapêutico possui peculiaridades que permitem ativas mudanças, como a interiorização de funções inadequadas no indivíduo em sofrimento psíquico⁷.

Mediante os pressupostos supracitados e embasados no processo de relacionamento terapêutico, o presente estudo objetivou descrever, durante as atividades de um estágio curricular em um Hospital-Dia da cidade de Fortaleza, a experiência de acadêmicos de enfermagem ao assistir uma cliente acometida por Transtorno Afetivo Bipolar (TAB).

O REFERENCIAL TEÓRICO

Tendo em vista a abordagem adotada no desenvolvimento deste estudo, optou-se por utilizar, como recurso conceitual, o Relacionamento Terapêutico preconizado por Stefanelli (1993) como um processo constituído de uma série de interações entre enfermeiro-paciente, planejadas, com objetivos definidos, para ser útil a um paciente em particular. Nele, uma das partes, o enfermeiro, dispõe de conhecimentos científicos, habilidade profissional e pessoal para ajudar a outra, o paciente, que, por algum motivo, encontra-se impedida ou com dificuldades de interagir e comunicar-se satisfatoriamente com os indivíduos do seu meio. O autor salienta que o êxito do relacionamento terapêutico depende, sobretudo, da personalidade e capacidade do enfermeiro de fazer da sua atuação um elemento terapêutico ⁸.

Dessa forma, o autor propõe que o relacionamento terapêutico seja realizado através de uma seqüência de interações, entre o enfermeiro e o cliente, que obedece a três etapas, cada uma com suas peculiaridades ocorrendo durante um certo período de tempo, sendo natural que, nesse ínterim, ocorra um determinado grau de envolvimento emocional entre as partes envolvidas. Ao final desse, poderá ocorrer em ambas uma mudança de comportamento, de forma que, se não houver mudanças em um ou ambos os participantes do processo, supõe-se que a relação terapêutica não se tenha estabelecido ^{8,9}.

Adentrando de forma mais densa, e seguindo a perspectiva filosófica de Merleau Ponty acerca da experiência da comunicação humana, tem-se que o diálogo constitui-se num terreno compartilhado entre duas pessoas: o *outro* e *eu*. Nele, há a formação de um tecido comum, há um ser em dois, de modo que, ao se comunicar, existirá o sentimento mútuo de se estar diante de um colaborador que coexiste em seu mesmo mundo. No diálogo, há a liberação do outro para mim, de maneira que, quando há uma liberação de pensamentos e sentimentos de um, há, para o outro interlocutor, o exercício de pensar. Do resultado desse mútuo empréstimo de pensamentos e sentimentos surge algo novo que ambos, anteriormente, não possuíam ^{8,9}. Traçando um paralelo entre a visão de Merleau Ponty quanto às propriedades da comunicação humana e o relaciona-

mento terapêutico proposto por Stefanelli, observou-se a pertinência e os acréscimos que há quando se permite vivenciar uma comunicação terapêutica.

CAMINHO METODOLÓGICO

O interesse pela temática e a aquisição de ferramentas teórico-práticas para o desenvolvimento deste estudo ocorreram durante a vigência da disciplina de Saúde Mental II, ministrada durante o 6º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Nessa ocasião, além de abordagens teóricas sobre relacionamento e comunicação terapêutica, e novos serviços de atenção à saúde mental e assistência de enfermagem psiquiátrica, houve a vivência de um estágio prático em um Hospital Dia (HD) da cidade de Fortaleza/CE, instituição onde se desenvolveu a experiência aqui relatada.

O período de estágio nesse serviço estendeu-se de 08 de maio a 17 de julho de 2006, perfazendo 10 dias de atuação, sendo 8 deles com o processo de relacionamento terapêutico.

O sujeito deste estudo foi uma cliente do HD com diagnóstico de transtorno bipolar, assistida há aproximadamente seis meses nessa instituição. Para conservar o anonimato da cliente estudada, atribuiu-se a ela o nome fictício de Maria.

O modelo de estudo aqui proposto é o de estudo de um caso clínico durante o processo de relacionamento terapêutico. Adotaram-se como técnica de coleta de dados a observação participante, o diário de campo e o histórico de enfermagem. Todas são ações incentivadas no campo prático da disciplina de Saúde Mental II para o aperfeiçoamento da elaboração do estudo de caso clínico, exigido como instrumento de avaliação final da disciplina.

A construção do histórico da cliente, contendo aspectos socioeconômicos, familiares, antecedentes patológicos, farmacológicos e terapêuticos, entre outros, foi a primeira ação a ser desenvolvida. A partir dele, observou-se, continuamente, a cada encontro, o comportamento, os relatos, as reações e a evolução da cliente mediante as técnicas do relacionamento e do grupo terapêutico. Ao final de cada encontro, o resultado das observações detectadas era registrado em um diário de campo acadêmico.

A justificativa para a adoção da observação participante como recurso metodológico reside no pressuposto de que há muitos elementos que não podem ser apreendidos por meio da fala ou da escrita, como: o ambiente, os comportamentos individuais e grupais, a linguagem não verbal, a seqüência e a temporalidade dos eventos. Todos são aspectos fundamentais não apenas como dados em si, mas como subsídios para uma posterior interpretação apurada¹⁰.

No que se refere às formas de registro desses dados, nos casos de observação, é sugerido o emprego do diário de campo. Ele consiste num compilado de experiências, observações e sentimentos de um investigador/pesquisador, sendo primorosa a sua adoção para uma análise acurada de estudos com uma abordagem qualitativa¹⁰.

Ao final da vivência do campo de estágio, organizaram-se os registros do diário de campo, baseados na interação entre a cliente e os articuladores do estudo, sob a forma de relato de experiência. Para a organização das informações e interpretação das vivências do relato de experiência, elaboraram-se as seguintes categorias: *As primeiras impressões do cenário e sujeitos* e *O Relacionamento Terapêutico*, com suas sub-categorias: *Permitindo a dependência e a confiança*, *Promovendo atividades terapêuticas* e *Preparando a separação e avaliação do processo*. Havendo, em torno dessas, uma explanação, mediante uma literatura específica.

Salienta-se que, como princípio global e ético, a pesquisa foi desenvolvida após ser devidamente autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Walter Cantídio de acordo com a Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a investigação com seres humanos.

AS PRIMEIRAS IMPRESSÕES DO CENÁRIO E DOS SUJEITOS

O primeiro dia de estágio foi destinado à apresentação da instituição. Receios e preconceitos, certamente, pairavam sob as mentes, somatizando-se numa certa inquietação e angústia por parte dos autores. Todavia, a visão que se teve ao chegar no HD surpreendeu a todos. O ambiente era tranqüilo e bastante arborizado, havendo diversos

espaços para atividades recreativas. Também havia um auditório para a realização de grupos terapêuticos. O HD estava inserido em um complexo constituído por Hospital Psiquiátrico, Hospital-Dia e Residência Terapêutica.

Um dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica na busca da humanização da assistência em saúde mental, é a oferta, para as pessoas em sofrimento mental, de serviços terapêuticos articulados. O ambiente do serviço psiquiátrico passou a servir como método terapêutico, insinuando-se, em sua grande maioria, como uma das principais ferramentas do tratamento. No tocante aos HD, observa-se que eles são instituições que proporcionam ao paciente um recurso intermediário entre a internação total e o ambulatório, tendo por finalidade assistir pessoas acometidas por transtornos mentais não orgânicos com quadros agudos ou graves. Atualmente, essas instituições procuram adotar em suas rotinas atividades recreativas e sociais adaptadas para os seus usuários¹¹. Um aspecto negativo identificado foi o fato de o HD, por motivos estruturais, compartilhar um ambiente de comunicação com o pátio do hospital psiquiátrico, no qual se podiam observar pacientes vivenciando crises maníacas, alguns despídos, o que causou desconforto aos autores e a alguns dos usuários do HD.

No que concerne à percepção quanto aos usuários do HD, visualizaram-se, em sua grande parte, sujeitos com um quadro emocional estável, receptíveis e simpáticos. Algo, totalmente, sem consonância com o estereótipo social e com o esperado.

Numa perspectiva holística, sabe-se ser o homem um ente integrado, constituído e influenciado por vários aspectos na manutenção de sua homeostase biopsicossocial. Dessa forma, o binômio saúde-doença mental é um produto do cotidiano humano, sendo a compreensão entre o que é saúde ou doença mental algo que flutua em conformidade com o cenário cultural. A cultura age de maneira determinante na formulação do conceito de saúde-doença mental. Pois atua como referencial, para que as idéias individuais e pré-concebidas instalem-se. Dessa maneira, ao modular os padrões éticos e morais, a cultura possibilita a aceitação ou a negação de concepções de saúde-doença mental segundo o panorama cultural vigente. Em algumas situações, as próprias estruturas sociais das culturas cooperam para a gênese de transtornos mentais¹².

A “normalidade” no plano psicológico dá margem a diferentes interpretações e o termo saúde mental implica em juízos de valor. Portanto, a saúde mental é uma maneira de ser, uma adaptação bem sucedida, na qual alguns critérios são considerados, a saber: o conhecimento e aceitação de si mesmo (senso crítico) e dos outros, a percepção do ambiente e da realidade (bom senso) e a capacidade de se manter interessado pela vida com aptidões para a maturidade (enfrentamento das fases da vida) ¹³.

Assim, nesse primeiro contacto prático com a instituição e os clientes psiquiátricos, suscitou-se a seguinte reflexão: “A loucura é um entendimento relativo a quem vê”.

O RELACIONAMENTO TERAPÊUTICO

Permitindo a dependência e a confiança

Nos primeiros encontros terapêuticos, mesmo havendo uma capacitação prévia, teve-se certa inabilidade com a utilização do material proposto para o exame mental. Porém, esse problema não se comparou à dificuldade de escolher um cliente para estabelecer um relacionamento terapêutico. O ponto diferencial, que direcionou a escolha da cliente estudada foi a curiosidade em saber o motivo pelo qual uma pessoa, aparentemente, de poder aquisitivo e instrução educacional superior aos demais, conforme observações, estaria buscando aquele serviço.

Partiu-se então para uma interação comunicativa inicial, na qual, primeiramente, houve a apresentação dos acadêmicos e um contrato com a cliente, expondo o significado, duração e objetivo da futura relação terapêutica. Em contrapartida, a cliente, de maneira cooperativa, concordou em ser acompanhada.

As primeiras vivências terapêuticas foram permeadas por comunicações com diálogos sobre temas cotidianos, a fim de se permitir o estabelecimento da confiança e dependência entre as partes envolvidas no processo de relacionamento terapêutico. Sabe-se que a comunicação é a porta inicial para que se estabeleça um relacionamento terapêutico, de maneira que, ao se concretizar essa ação, inicia-se um mecanismo de enfrentamento e adaptação da situação real ¹⁴.

Durante aqueles encontros iniciais, percebeu-se uma mulher simpática, emotiva, e às vezes, instável emocional-

mente. Dessa forma, em algumas situações, a abordagem de determinados assuntos era algo difícil. Na perspectiva de direcionar a interação com a cliente, formulou-se seu histórico, baseado em seus relatos, pesquisa do prontuário e colocações de profissionais do HD. Posteriormente, procurou-se identificar os pontos críticos a serem trabalhados.

No transcorrer desses encontros terapêuticos iniciais, para captação do histórico clínico, permearam atitudes terapêuticas, como: ouvir reflexivamente, verbalizar aceitação (Estou ouvindo, continue...) e manter o paciente no mesmo assunto (... me conte mais sobre essa história!)⁸.

Nas interações com Maria, percebeu-se que ela, no momento de expor seus sentimentos e percepções, inibia-se ao falar na presença de algum cliente do HD. Em outras situações, ela foi cooperativa e desinibida ao contar toda sua trajetória até hoje, incluindo os motivos que foram preponderantes para o desencadeamento de suas crises, não sendo necessárias muitas indagações.

A cliente de 31 anos de idade, solteira, professora, católica foi adotada aos 2 anos de idade; aos 4 anos, seus pais adotivos explicaram-lhe toda a história de sua adoção e a levaram para conhecer seus pais biológicos, que moravam numa favela. Aquele foi um momento de grande tristeza e desejo de fuga da cliente. Quando mais velha, aos 12 anos de idade, voltou a procurar sua mãe biológica, ocasião em que soube dela que foi entregue a outra família porque ela não dispunha de condições financeiras para criá-la. Nesse momento, observou-se certa dor da cliente em expor sua história e uma ânsia de choro. Naquele momento, procurou-se verbalizar aceitação e oferecer conforto à cliente.

Ao continuar sua exposição de vida, comentou que, na sua infância, brincou muito, mas teve dificuldades de aprendizado, tendo inclusive que mudar várias vezes de escola. Na adolescência, aderiu a vícios como tabagismo e etilismo para se adequar aos seus círculos de relações, tendo passado por decepções amorosas que a sensibilizaram negativamente até hoje.

Acredita-se que, em cenários familiares traumáticos durante a infância, haja o desenvolvimento de um profundo senso de insegurança e confusão na criança que, futuramente, culmina na incapacidade do indivíduo de relacionar-se confiantemente com outras pessoas e na dificuldade de integrar seus próprios sentimentos e pensamen-

tos. Dessa forma, uma dinâmica familiar conflituosa expõe as crianças a uma vulnerabilidade para a gênese de psicopatologias e sofrimento psíquico ainda na própria infância e/ou na adultícia¹⁴.

Maria informa ter formação superior em pedagogia e ter iniciado um curso de especialização, porém o abandonou em virtude de seus problemas de saúde. Aproveitou-se o ensejo para lançar sobre a paciente mensagens de auto-estima. Instruiu-se ela a voltar a estudar e a trabalhar, pois a sua condição não lhe incapacita de realizar qualquer atividade profissional ou intelectual, desde que siga corretamente seu tratamento. Numa situação posterior, a cliente começa a relatar sobre a gênese da sua doença. Diz ter iniciado um quadro patológico de grande agitação, euforia, anorexia e insônia, não sabendo precisar a época do fato, porém recorda-se que, naquele momento, seu único foco era seu último emprego, que envolvia atividades de telemarketing. Ela queria alcançar todas as metas impostas pela corporação, ser a melhor funcionária da empresa. Como isso, infelizmente, não ocorreu, ela passou a manifestar um quadro oposto ao supracitado: tristeza profunda, desânimo e falta de energia para realizar as atividades diárias de trabalho.

Esse quadro agravou-se a partir do momento em que a cliente passou a não reconhecer mais os parentes e a comunicar-se somente por gestos. Ressalta-se ainda que ela começou a alimentar-se somente com mingaus e leite, demonstrando, de uma forma geral, viver uma “regressão” à sua infância. A grande preocupação que se instalou entre os seus familiares nesse panorama, que perdurou por aproximadamente 15 dias, culminou em sua primeira internação psiquiátrica, que durou por volta de trinta dias. Posteriormente, Maria ingressou em um CAPS de Fortaleza, no qual permaneceu durante seis meses em farmacoterapia e psicoterapia.

O período compreendido pelos dois anos seguintes a esse fato foi de estabilidade. Segundo o relato da cliente, um acontecimento marcante em sua vida abalou novamente o seu sistema emocional: o falecimento de sua mãe adotiva. Durante os sete dias após a morte de sua mãe adotiva, o quadro foi de profunda tristeza, desânimo e perda de referencial.

Paradoxalmente, uma semana depois desse trágico episódio de sua vida, Maria entra num quadro maníaco

caracterizado por grande euforia e um intenso desejo de consumo. Este consumismo desenfreado a movia a *shoppings centers* onde realizava várias compras, que excediam o seu poder aquisitivo. Maria pensava ter muito dinheiro, mas, muitas vezes, eram os familiares que a socorriam nesses momentos, tanto financeiramente quanto legalmente.

Outra característica que passou a acompanhá-la nesse período após a perda da mãe, foi uma grande excitação motora que, em seus momentos de fuga do lar, condicionava-lhe a caminhar longas distâncias sem qualquer sinal de exaustão física. Além disso, passou a ter alucinações auditivas, insônia e fastio. Diante disso, a família procurou, novamente, apoio clínico especializado da atual instituição em que ela se trata. Na época, ela ficou internada por quatro dias.

No momento, ela é acompanhada no HD desse hospital psiquiátrico para uso de farmacoterapia antiepilética, antipsicótica e antidepressiva. Maria também é acompanhada em atividades de oficina terapêutica, relaxamento e psicoterapias. Ao colher-se mais informações em seu prontuário para a finalização de seu histórico, encontrou-se relato de um familiar responsável que afirmava a existência de casos de transtornos mentais na família biológica da paciente. Ao final, realizou-se uma síntese, juntamente à cliente, do que ela havia contado, a fim de validar as informações colhidas.

O Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) é uma doença caracterizada por um “desarranjo” no humor, no qual ocorrem oscilações entre os estados de humor, que passam a intercalar estados eufóricos (maníacos) e depressivos. A psicopatologia cursa de forma crônica e recorrente, levando seus portadores a uma condição de morbidade potencialmente grave e incapacitante^{15, 16, 17, 18}.

O TAB apresenta prevalência significativa na população mundial, afetando cerca de 16% da população, sendo um dos principais transtornos psiquiátricos da atualidade. Ele tende a se manifestar no início da segunda e terceira década de vida. Outro aspecto que os estudos científicos abordam é que o TAB apresenta-se mais entre os solteiros e divorciados, quando comparados aos casados, o que possivelmente reflete uma consequência da doença^{15, 16, 17, 18, 19}.

Os episódios maníacos são caracterizados, no indivíduo, por memória ágil, inteligência superficial, aparente

senso de auto-segurança (já que os temores do indivíduo são empurrados para o fundo da consciência), agressividade, excitação motora excessiva, insight pobre e delírios de grandeza, entre outros. Dentro de algumas semanas ou meses, o mesmo indivíduo converte para um quadro de tristeza, dificuldades de elaborar e expressar o pensamento, letargia em suas respostas físicas, senso de insegurança ou idéias de remorso, desânimo, perda de memória e, principalmente, desejo de morte que pode culminar em atitudes suicidas. Algo importante a se salientar é que, mesmo depois de repetidas variações de humor (crises), a capacidade intelectual da pessoa raramente é prejudicada ^{15, 18}.

Com o objetivo de concluir a primeira etapa do relacionamento terapêutico, dedicou-se um dia de interação à cliente, para observar e identificar, através de uma entrevista semi-estruturada com abordagens sobre sono, hábitos alimentares, convívio social e familiar, entre outros problemas ainda não relatados. Fez-se isso a fim de levantar problemas, formular diagnósticos de enfermagem e, conseqüentemente, planejar um atendimento integrado e individualizado. O que culminou, sob a forma de diagnósticos de enfermagem, na identificação dos seguintes problemas, a saber: Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais; Constipação relacionada a sedentarismo e uso de fármacos; Intolerância à atividade física, relacionada ao sedentarismo; Interação social prejudicada, relacionada a isolamento social; Disfunção sexual, caracterizada por perda de interesse por si mesmo e pelos outros, relacionada a relacionamentos prejudiciais.

Promovendo atividades terapêuticas

No tocante aos três primeiros diagnósticos, supracitados, realizaram-se orientações em educação em saúde, buscando orientar quanto à reformulação da alimentação, diminuindo carboidratos refinados e industrializados, e aumentando frutas e verduras, além de incentivar a ingestão de líquidos e a prática de exercícios regulares. Já acerca dos demais, procurou-se realizar um trabalho gradativo nos grupos e no próprio relacionamento terapêutico de forma reflexiva.

Um dos métodos que se adotou para permitir a integração de Maria com os demais pacientes do HD foi a

sua inserção nas reuniões do grupo terapêutico. Isso porque, na assistência a pacientes psiquiátricos, a grupoterapia é um modo efetivo de estimular esses pacientes a reacenderem seu interesse pela realidade que os cerca, pelo seu auto-valor e o valor dos indivíduos com quem interagem. Porém, o efeito terapêutico da grupoterapia consiste, principalmente, na alteração, por meio do desenvolvimento de técnicas que abordam temáticas cotidianas desencadeadoras de estresse nesses pacientes, de comportamentos, concepções ou compreensão de aspectos pelos membros do grupo, ¹⁸.

A partir dos problemas identificados sob a forma de diagnósticos de enfermagem iniciou-se a segunda etapa do relacionamento terapêutico, onde, por meio de técnicas e atitudes terapêuticas procurou-se, juntamente com Maria, elaborar soluções para os seus problemas, ou pelo menos atenuá-los, sempre se lembrando de trabalhar o aqui e o agora, e suas necessidades básicas nos encontros intermediários.

Diante desse contexto, elaborou-se uma técnica simples, mas significativa no tratamento de Maria. O método consistiu em dar a ela envelopes decorados que continham uma mensagem que conduzia a uma reflexão. Foram, no total, quatro envelopes, cada um com uma mensagem que versava sobre algo dos problemas levantados pela cliente. Junto ao envelope, após a reflexão das mensagens nos encontros, solicitou-se uma tarefa de casa que consistiu em ela expressar em palavras, pinturas, desenhos ou em atitudes, no transcorrer do seu cotidiano, o que aquela mensagem passou e/ou acrescentou-lhe, e trazer no encontro subsequente, a fim de se poder trabalhar suas percepções e sentimentos mediante a atividade terapêutica.

Um aspecto muito valorizado na reabilitação de pacientes psiquiátricos é a prática de atividades expressivas. Dar forma à situação psíquica por intermédio de atividades auto-expressivas é uma medida preventiva indicada contra recaídas de pessoas em sofrimento mental. Nas imagens produzidas, têm-se auto-retratos da situação psíquica dos clientes, imagens muitas vezes fragmentadas, extravagantes, mas que ficam aprisionadas no papel, tela ou barro, podendo ser estudadas ²⁰.

Ao explicar a Maria sobre a técnica, ela ficou muito entusiasmada, e logo pediu para escolher um envelope. Acabou pegando um que trazia como título: "Todos somos iguais: todo ser humano possui rosas e espinhos". Ao fina-

lizar a leitura dessa mensagem com Maria, indagou-se quanto às suas percepções diante dessa, a fim de incentivá-la a verbalizar seus sentimentos. A cliente verbalizou que achou a mensagem linda e que por muito tempo em sua vida, só conseguia ver espinhos, mas a sua doença fez-lhe começar a pensar que ela (cliente) também possuía rosas que precisavam ser regadas e cultivadas. Nesse momento, atentou-se em ouvir reflexivamente para compreender a imagem que Maria tinha a respeito de si mesma.

Percebeu-se que, naquele momento, ela teve um insight de algumas pequenas dificuldades que, talvez, o TAB tenha lhe acarretado. Maria conseguiu aceitar-se como é, com suas qualidades (rosas) e defeitos (espinhos). Porém, o que mais entusiasmou os autores foi ver que ela concluiu que a sua doença não lhe trouxe apenas pontos negativos, mas, também, positivos e fez-lhe ver a vida e a si mesma de uma forma diferente.

As demais interações, promovidas por esse método com a cliente foram: “Quem sou eu? Que faço neste mundo? Quem são os que me rodeiam?; “Amizade física”; “Anjo protetor” e “Lenda árabe”. Essas abordaram e trabalharam, respectivamente, a questão do posicionamento existencial, o padrão alimentar, o relacionamento da díade mãe-filho e a amizade. Ao final das quatro interações, além da questão do insight, notou-se que Maria expressou mais claramente seus sentimentos, que identificou formas de enfrentar seus problemas e que também criou uma auto-segurança para expor seus problemas sem se angustiar com os acontecimentos do passado. Sua comunicação interpessoal também melhorou.

Restando mais um encontro, a preocupação, desde o penúltimo encontro, foi preparar a cliente para a quebra do vínculo criado, de maneira que ela pudesse adquirir uma auto-suficiência ou independência diante dos dilemas de sua vida, já que em terapias breves como o relacionamento terapêutico, o término da terapia causa, tanto no paciente quanto no terapeuta, um luto. Portanto, a finalização do relacionamento terapêutico é um momento importante no qual o cliente sente-se em condições de viver de forma estimulante e asseguradora. Quanto ao profissional, cabe encontrar uma gratificação pelo resultado terapêutico obtido, sem fomentar uma simbiose terapêutica prejudicial ²¹.

Preparando a separação e a avaliação do processo

O último dia de estágio e interação terapêutica foi permeado por momentos de descontração, por despedidas, por confraternização e por muita reflexão. Iniciou-se aquele dia realizando uma técnica grupal com os pacientes, na qual se davam três moedas a eles, uma dourada (medalha de ouro), uma prateada (medalha de prata) e uma bronzada (medalha de bronze), as quais representariam, respectivamente, nas personalidades dos clientes, uma qualidade, um aspecto a ser melhorado e um defeito. O desenvolvimento da técnica deu-se aleatoriamente: cada paciente pegou as três moedas e nomeou-as, segundo sua opinião, diante dos integrantes do grupo terapêutico e estagiários. Assim, eles estabeleceram uma qualidade para cada medalha, um aspecto a ser melhorado e um defeito de sua personalidade.

No transcorrer da técnica, observou-se que os defeitos e algumas qualidades dos pacientes assemelhavam-se (muito) com os defeitos e virtudes dos pesquisadores, o que só reforçou a questão da horizontalidade e relatividade das nossas vidas, que não importa ser sã ou insana, ela apresentará muitas semelhanças, mesmo com as tantas divergências de caráter biológico, sócio-cultural e psicológico que nos são impostas cotidianamente.

Ao interagir com Maria naquela última vez, foi exposto o aprendizado de vida que se solidificou nas memórias dos investigadores, a partir de suas histórias, sentimentos e percepções relatadas no processo de relacionamento terapêutico. Colocou-se, ainda, que o exercício dessa disciplina prática e do relacionamento terapêutico foi um momento ímpar na quebra de estigmas, na vivência de uma terapia e na construção de amizades, de maneira que não ficou em nós o sentimento de estar prestando assistência a uma paciente, mas sim, a sensação aconchegante de ajudar alguém especial a lidar melhor com a vida. Ao final, se presenteou ela com uma rosa e uma carta.

Em contrapartida, Maria disse que o seu maior prazer, ao viver o relacionamento terapêutico, foi existir alguém, à sua disposição, para ouvir seus problemas, acolhê-la nos momentos de choro e orientá-la para um caminho melhor. Durante o diálogo com Maria, não houve espaço para choro (o que seria algo razoável naquele

momento), revolta ou tristeza. Foi um momento pacato, repleto de êxito e mútua gratidão, o que só reforçou o prazer e a satisfação dessa vivência. Para os instantes finais, de mais essa etapa da vida, ficaram reservadas, para alguns, as últimas despedidas, para os autores, que se identificaram com a Enfermagem Psiquiátrica, a brevidade de um “até logo”.

REFLEXÕES FINAIS

Sabe-se que o presente estudo apresenta fragilidades, já que se trata, da exploração de apenas um caso após a inserção do relacionamento terapêutico. Mesmo assim, pôde-se compreender que o presente estudo é mais um argumento positivo, devido a seus resultados, a favor da adoção do relacionamento terapêutico ao arsenal terapêutico de enfermagem na assistência psiquiátrica nos serviços de saúde mental após a Reforma Psiquiátrica.

Mesmo com as prerrogativas da Reforma Psiquiátrica brasileira, inúmeros são ainda os obstáculos na implementação de uma assistência integrada e humanizada ao cliente psiquiátrico. A grande parte desses empecilhos advém do legado cultural que envolve e cultiva, em muitos, a visualização, no indivíduo em sofrimento mental, de uma aberração, de um ser desprovido de uma história de vida. Não entendem eles que o indivíduo em sofrimento mental é um ser que desperta sentimentos como medo, desprezo, indiferença, etc, como qualquer outra pessoa.

Dessa maneira, vivenciar a experiência relatada anteriormente foi um momento emancipatório na vida dos investigadores; foi algo que transcendeu as lições acadêmicas assimiladas até então; foi um instante de romper paradigmas e entender que o cuidado é um processo complexo, mas que, como no Relacionamento Terapêutico, pode começar com uma atividade simples como se comunicar, e culminar na complexa promoção da saúde humana.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Oliveira FB, Fortunato ML. Saúde mental: reconstruindo saberes em enfermagem. *Rev Bras Enfermagem* 2003; 56(1): 67-70.
- Amarante P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. *Cad Saúde Publica* 1995 jul/set; 11(3): 491-4.
- Menezes AC, Pereira MAO. “Santa Teresa-Esta é minha história”: o significado do processo de transformação da assistência para uma moradora do núcleo de convívio. *Rev. RENE* 2001 jan/jul; 2(1): 20-6.
- Fraga MNO, Souza AMA, Braga VAB. Reforma psiquiátrica: muito a refletir. *Acta Paul. Enfermagem* 2006 abr/jun; 19(2): 207-11.
- Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: histórias e conceitos. *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos* 2002; 9(1): 25-59.
- Mello ME. Interpessoal therapy: a brief and focal model. *Rev Bras Psiquiatr* 2004 jun; 26(2):124-30.
- Gabbard GO, Westen D. Repensando a ação terapêutica. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul* 2003 ago; 25(2):257-73.
- Stefanelli MC. Comunicação com o paciente – teoria e ensino. São Paulo: Robe; 1993. p. 43-5.
- Furlan R, Bocchi JC. The body as expression and language in Merleau-Ponty. *Estud. Psicol* 2003 set/dez; 8(3): 445-50.
- Victoria CG, Knauth DR, Hassen MNA. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Domo; 2000. p. 61-78.
- Silveira LC, Braga VAB, Martins FCCBL. Equipe do hospital dia: criando dispositivos para refletir sua prática. In: Souza AMA, Braga VAB, Fraga MNO, orgnizadoras. *Saúde, saúde mental e suas interfaces*. Fortaleza: DENE/UFC/FFOE, FCPC; 2002. p. 83-94.
- Silva ALA, Fonseca RMGS. Os nexos entre concepção do processo saúde/doença mental e as tecnologias de cuidado. *Rev Latinoam Enfermagem* 2003; 11(6): 800-6.
- Braga VAB. O ensino de enfermagem psiquiátrica no Ceará e a reforma psiquiátrica: avanços e recuos. [tese de Doutorado em Enfermagem]. Ribeirão Preto (SP): EERP-USP; 1998. p.68-80.
- Foschiera F, Durman S. Desvelando o relacionamento de ajuda terapêutica com uma paciente em sofrimento psíquico. *Rev Eletrônica Enfermagem* [periódico online] 2004 [acesso em 2006 jul 16]; 6(1). Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/>.

15. Kapezinski F, Frey BN, Zannatto V. Fisiopatologia do transtorno afetivo bipolar: o que mudou nos últimos 10 anos? *Rev Bras Psiquiatr* 2004 out; 26(3):17-21.
16. Sanches M, Jorge MR. Transcultural aspects of bipolar disorders. *Rev Bras Psiquiatr* 2004 oct; 26(3): 54-6.
17. Andrade ACE. A abordagem psicoeducacional no tratamento do transtorno afetivo bipolar. *Rev Psiquiatr Clín [periódico online]* 1999 nov-dez [acesso em 2006 jul 16]; 26(6): Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r266/art303.html>.
18. Taylor CM. Indivíduos com transtorno afetivo do humor. In: Taylor CM. *Fundamentos de enfermagem psiquiátrica de Mereness*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
19. Lima MS, Tassi J, Novo IP, Mari JJ. Epidemiologia do transtorno bipolar. *Rev Psiquiatr Clín (São Paulo)* 2005; 32(supl.1): 15-20.
20. Carvalho MR. Terapia cognitivo-comportamental através da Arteterapia. *Rev. Psiq. Clín (São Paulo)* 2001; 28(6): 318-21.
21. Braier EA. *Psicoterapia breve de orientação psicanalítica*. 2º ed. São Paulo: Martins Fontes; 1991. p.153-64.

RECEBIDO: 03/10/06

ACEITO: 20/03/07