



Revista Brasileira em Promoção da Saúde

ISSN: 1806-1222

rbps@unifor.br

Universidade de Fortaleza

Brasil

Moura de Araújo, Márcio Flávio; Silva Lemos, Ana Claudia; de Lima Carvalho, Carolina Maria
O relacionamento terapêutico no cuidado dispensado a um esquizofrênico: narrativas de um diário de
campo

Revista Brasileira em Promoção da Saúde, vol. 20, núm. 2, 2007, pp. 116-123

Universidade de Fortaleza

Fortaleza-Ceará, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40820209>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

O RELACIONAMENTO TERAPÊUTICO NO CUIDADO DISPENSADO A UM ESQUIZOFRÊNICO: NARRATIVAS DE UM DIÁRIO DE CAMPO

The therapeutic relationship in the care given to a schizophrenic: narratives of a field diary

Descrição ou avaliação de técnicas, procedimentos e instrumentais

RESUMO

A esquizofrenia é uma psicose crônica com graves consequências sociais e funcionais, exigindo múltiplas formas de cuidado no seu tratamento. Este artigo objetivou descrever a evolução de um paciente acometido por esquizofrenia paranóide, mediante a adoção do processo de Relacionamento Terapêutico, como uma modalidade de cuidado de enfermagem psiquiátrica, registrada em um diário de campo sob a forma de narrativas de vivências, durante dez encontros em um serviço psiquiátrico de Fortaleza. Percebeu-se que o emprego do Relacionamento Terapêutico permitiu, gradativamente, ao cliente estudado o enfrentamento de conflitos pessoais (dinâmica familiar complicada, rejeição e depressão) e a satisfação de necessidades básicas como a comunicação e interação grupal. Dessa forma considera-se o Relacionamento Terapêutico uma técnica de cuidado primordial na reintegração e reorganização do cliente esquizofrênico, assim como na busca de uma melhor qualidade de vida.

Descritores: Esquizofrenia; Terapia Comportamental; Narrativas Pessoais; Enfermagem Psiquiátrica.

ABSTRACT

The schizophrenia is a chronic psychosis with serious social and functional consequences, demanding multiples ways of care in its treatment. This research aimed at describing the evolution of a patient taken ill with paranoid schizophrenia, by means of the adoption of the Therapeutic Relationship process, as a modality of nursing psychiatric care, registered in a field diary as narratives of life experiences, during ten meeting days in one psychiatric service of Fortaleza. It was perceived that the application of the Therapeutic Relationship, gradually, enabled to the studied client the confrontation of personal conflicts (complicated family dynamics, rejection and depression) and the satisfaction of basic needs such as the communication and group interaction. Therein, the Therapeutic Relationship is considered a primordial care technique in the reintegration and reorganization of the schizophrenic client, as well as in the search of a better quality of life.

Descriptors: Schizophrenia; Behavior Therapy; Personal Narratives; Psychiatric Nursing.

Márcio Flávio Moura de Araújo⁽¹⁾
Ana Claudia Silva Lemos⁽²⁾
Carolina Maria de Lima Carvalho⁽³⁾

1) Acadêmico do 7º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Bolsista de Iniciação Científica do CNPq.

2) Acadêmica do 7º semestre do Curso de Enfermagem da UFC. Integrante do Núcleo de Pesquisa e Extensão de Enfermagem Neurológica (NUPEEN).

3) Enfermeira, Mestre em Enfermagem. Enfermeira do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Messejana. Professora da disciplina de Saúde Mental II do Curso de Enfermagem da UFC.

Recebido em: 10/10/2006

Revisado em: 18/01/2007

Aceito em: 27/02/2007

INTRODUÇÃO

A sociedade contemporânea capitalista tem como principais pressupostos a dinamicidade, a negação ao ócio, mesmo o criativo, e a grande fluência de informações e conhecimentos. Inseridas nesse panorama, desenvolvem-se as relações interpessoais humanas, permeadas por aspectos como competição, narcisismo e ambição.

Dentro dessa perspectiva, os indivíduos devem ser capazes de captar, filtrar, processar e adaptar-se a um infinito número de estímulos com os quais, continuamente, são “bombardeados”. Todavia, por razões de disfunção fisiológica, psicológica, sócio cultural ou de um nível alto de ansiedade, o indivíduo pode ser incapaz de realizar essas funções, vivenciando um quadro de distorção da realidade. As percepções distorcidas da realidade, por sua vez, podem contribuir e culminar na manifestação da esquizofrenia⁽¹⁾.

A esquizofrenia é uma doença psiquiátrica inserida no grupo das psicoses funcionais, caracterizada por uma síndrome clínica complexa que compreende manifestações psicopatológicas variadas do pensamento, percepção, emoção, movimento e comportamento. A manifestação desses sintomas varia com as características do paciente e com o tempo, mas o efeito cumulativo da doença tende a ser grave e persistente, constituindo uma doença mental crônica, com prejuízo sócio-funcional marcante dos acometidos^(1,2).

Estudos conduzidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) relatam uma prevalência aproximada na ordem de 1% para a esquizofrenia no mundo. As estimativas acerca de sua incidência sugerem, ainda, a ocorrência de, aproximadamente, sete casos novos por ano para cada 10.000 habitantes, sendo a incidência masculina (5,7 casos) superior à feminina (4,6 casos), dependendo do critério diagnóstico adotado na estimativa. No Brasil, os estudos epidemiológicos realizados originam estimativas de incidência e prevalência compatíveis com as observadas pela OMS⁽³⁾.

Atualmente, existe um amplo corpo de literatura, inclusive estudos controlados, randomizados, consistentes do ponto de vista metodológico, que indicam psicoterapias no tratamento da esquizofrenia como terapêuticas eficientes, quando associadas à farmacoterapia, na assistência do esquizofrênico. Essas psicoterapias variam entre comunicações interpessoais, terapias cognitivas-comportamentais, psico-educativas, treinamento em habilidades sociais, dentre outras, todas seguindo a tendência atual, formuladas a partir da integração de uma equipe multidisciplinar. Já que, no manejo do cliente esquizofrênico, mais do que em outras patologias, faz-se necessário um olhar integrado^(4,5).

No Brasil, na dinâmica dos novos serviços de assistência à saúde mental, após a ascensão da Reforma

Psiquiátrica, no que diz respeito ao tratamento dos pacientes esquizofrênicos, vem se rompendo a esfera da terapia farmacológica, adotando-se, entre outros métodos, o relacionamento e a comunicação terapêuticas, psicoterapias e as atividades grupais. Tudo isso intermediado por uma equipe multidisciplinar que consegue, por meio de uma abordagem interdisciplinar, propiciar uma capacitação desses clientes rumo à integração social.

Nesse panorama, o Relacionamento Terapêutico constitui-se em uma tecnologia de cuidado em enfermagem em saúde mental que nos proporciona a apreensão das experiências de vida do cliente, tornando-se um substancial instrumento de ajuda e de entendimento deste.

No que abrange as ações de enfermagem, esta relação entre enfermeiro-cliente é constituída de uma série de interações planejadas, com objetivos definidos, para ser útil a um paciente em particular. De maneira que, no relacionamento terapêutico, uma das partes, o enfermeiro, dispõe de conhecimentos científicos e habilidades profissionais e pessoal para ajudar a outra, o cliente, que está impedido de interagir ou de comunicar-se satisfatoriamente com as pessoas do seu meio pelos mais diversos motivos^(5,6).

Nesse contexto, estabeleceu-se, neste estudo, o objetivo de descrever e discutir a aplicação do processo de relacionamento terapêutico em um cliente com diagnóstico de esquizofrenia paranóide, documentada em um diário de campo.

MÉTODOS

O interesse pela temática e a aquisição de ferramentas teórico-práticas para o desenvolvimento deste estudo ocorreu durante a vigência da disciplina de Enfermagem em Saúde Mental II, ministrada durante o 6º semestre do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Naquela ocasião, além de abordagens teóricas sobre relacionamento e comunicação terapêutica, novos serviços de atenção à saúde mental e assistência de enfermagem psiquiátrica, houve a vivência de um estágio prático em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade de Fortaleza/CE.

Nessa instituição, desenvolveu-se o presente estudo de caráter qualitativo e descritivo. Esse CAPS assiste uma extensa área da cidade de Fortaleza, tendo, atualmente, mais de 4.000 clientes cadastrados e, conforme o legado da Reforma Psiquiátrica, é constituído por uma equipe multidisciplinar e por terapêuticas interdisciplinares. O período de estágio, nesse serviço, estendeu-se de 08 de maio a 17 de julho de 2006, perfazendo 11 dias de atuação, sendo 8 deles com o processo de relacionamento terapêutico.

O modelo de estudo aqui proposto é o de um caso clínico durante o processo de relacionamento terapêutico. Adotou-se como técnica de coleta de dados, a observação

participante dos pesquisadores, o diário de campo e a transcrição de narrativas orais e escritas.

Concernente ao emprego das narrativas, verificou-se se elas são uma possibilidade de abordagem de pesquisa na enfermagem, sobretudo, como técnica de coleta e análise de dados. As narrativas são expressões simbólicas que explicitam e instruem como entender o que está acontecendo com o cliente; são histórias que refletem os sentimentos do indivíduo a partir de sua experiência vivida, e, necessariamente, envolvem os sentidos do homem, sendo mais uma forma humana para a intervenção de ações de saúde^(7,8).

Organizaram-se os diálogos entre o cliente e os articuladores do estudo sob a forma de narrativas de vivências. Essa modalidade de narrativa inclui vários episódios que, geralmente, são colocados numa sequência de acontecimentos, nos quais nem sempre há uma interpretação temporal, construindo-se a experiência como um processo. A pessoa, geralmente, está contando um acontecimento longo e vai trazendo outros fatos, episódios, comentários relacionados, o que enriquece a história, ao mesmo tempo em que pode afastar o enredo e “confundir” a análise^(7,8). Sobretudo estas últimas características vão de encontro ao discurso do cliente esquizofrênico que, comumente, é confuso e não apresenta nexos associativos.

No que se refere às formas de coleta/registro destes dados, adotou-se o diário de campo. Esse instrumento consiste num compilado de experiências, observações e sentimentos de um investigador/pesquisador, sendo primorosa a adoção deste recurso metodológico para uma análise acurada de estudos com uma abordagem qualitativa⁽⁷⁾.

A seguir, apresenta-se a síntese das três categorias elaboradas a partir dos princípios do relacionamento terapêutico: *Permitindo a dependência e a confiança; Promovendo atividades terapêuticas; Preparando a separação e avaliação do processo*, havendo uma explanação de tais categorias a partir de uma literatura científica pertinente à temática.

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⁽⁹⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Permitindo a dependência e a confiança (1º - 3º Encontros)

No momento da apresentação ao cliente que seria acompanhado, procurou-se observá-lo. Neste estudo, ele foi nomeado *Pedro*, um indivíduo com trinta anos de

idade, introspectivo, recluso, distante dos demais pacientes. Na coordenação do grupo terapêutico, observou-se sua participação limitada que, dificilmente, ocorria, mesmo quando solicitada. O comportamento desintegrado do cliente, talvez, tenha se acentuado, em parte, devido ao comportamento hiperativo de uma cliente que, naquele dia, vivenciava uma crise maníaca. Após aquele momento em grupo, passou-se a um ambiente reservado para, juntamente com *Pedro*, iniciar a construção do seu histórico de vida. Foi o primeiro contato individual com o cliente.

Um pressuposto da saúde mental, desde a fundação da Psiquiatria *pineliana*, no nascimento da Medicina Científica do século XIX, é o de que uma tecnologia de cuidado de ponta, na área psiquiátrica, é a *relação entre sujeitos* com histórias singulares, irreproduzíveis e intransferíveis⁽¹⁰⁾. No cenário aqui proposto, o relacionamento entre enfermeiro-cliente, é que se propõe, intermediado por uma comunicação terapêutica, realizar a ponte entre o mundo intra-psíquico do cliente psiquiátrico com a realidade, a fim de que se identifiquem as necessidades básicas do indivíduo em sofrimento mental.

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, evitando que o paciente procure refúgio em drogas lícitas e ilícitas, como também que a família negue o familiar doente ou afaste-se dele⁽¹¹⁾.

Dessa forma, nossa preocupação inicial, em um primeiro contato com *Pedro*, foi a de estabelecer um contrato entre ambos os envolvidos no relacionamento terapêutico (enfermeiro-cliente), estabelecendo o objetivo, duração e função desse processo.

Durante o segundo encontro com *Pedro* procurou-se explorar e conhecer seu atual momento emocional, suas percepções e pensamentos. Com a finalidade de obter êxito, pesquisou-se, junto aos profissionais do CAPS, algo de seu interesse, a fim de que fosse possível ganhar sua confiança. Obteve-se a informação de que *Pedro* se interessava por desenhos, assim, surgiu a idéia de propor que *Pedro* ilustrasse, em um caderno de desenhos, algo que representasse seu atual momento. Os resultados foram desenhos de cunho abstrato, como: máscaras com diversas expressões faciais, livros abertos, letras, sinais matemáticos, estrelas, rostos, símbolos musicais e diversas mensagens em inglês.

Ao deparar-se com aquela expressão artística e psicológica, solicitou-se dele a descrição do que havia posto no papel sob a forma de desenho, o que queria falar, mostrar, revelar com eles. Durante esse momento, preocupou-se em ouvi-lo reflexivamente, demonstrando-se interesse e afeto pelo cliente, adquirindo-se sua confiança.

O ouvir é fundamental na prática de enfermagem, sobretudo o ouvir reflexivamente, que permite ao enfermeiro conhecer as experiências, problemas, sentimentos e necessidades do cliente. Além disso, o ouvir reflexivamente é o ponto chave para estabelecer e envolver o cliente no processo terapêutico⁽⁶⁾.

Inicialmente, *Pedro* relatou sobre as máscaras teatrais que assumiam, respectivamente, um semblante de alegria, tristeza e embotamento. Refere ter recordado uma peça teatral que encenou quando criança em sua cidade natal, durante a comemoração do dia das crianças, quando, na oportunidade, ganhou muitos presentes. Outro aspecto importante dessa atividade de expressão foi sua tradução de várias mensagens em inglês: *foverer young eternit, It's my life*. As colocações remetem a um pensamento de manter uma vida jovem, alegre e infantil. A infância é um tema recorrente nas colocações de *Pedro*.

Um aspecto muito valorizado na reabilitação de pacientes psiquiátricos é a prática de atividades expressivas. Dar forma à situação psíquica sob atividades auto-expressivas é uma medida preventiva indicada contra recaídas na condição psicótica. Na esquizofrenia, um dos caminhos menos difíceis para o acesso ao mundo interno do esquizofrênico é dar-lhe a oportunidade de desenhar, pintar ou modelar com toda liberdade. Nas imagens produzidas, têm-se auto-retratos da situação psíquica desses clientes, imagens muitas vezes fragmentadas, extravagantes, mas que ficam aprisionadas no papel, tela ou barro, podendo ser estudadas⁽¹²⁾.

Pedro expôs ainda que, a partir da atividade do desenho, pôde lembrar-se de bandas musicais que aprendeu a gostar quando jovem, de brincadeiras que mantinha com colegas. Recordou-se de uma época em que se sentia feliz e querido pelos que o cercavam.

Apesar da emissão de alguns relatos de felicidade na infância, sobressaíram-se as narrativas que retratam a infância como um momento difícil, com problemas de rejeição, socialização e uma dinâmica familiar conflituosa:

... queria ser invisível, pois pensava que ninguém ligava pra mim... quando era pequeno meu pai bebia muito. Ficava valente, e me batia. Gostava muito de estudar, uma vez tirei dez. Mas eu parei de estudar pra trabalhar no roçado... minha mãe sempre achava que eu trabalhava pouco, ela batia muito em mim e prometia me dar pro juizado de menores, ela sempre teve raiva de mim. Com os outros ela não era assim não! (Pedro).

Na fala do paciente, percebe-se que, durante sua infância, houve uma carência significativa de afeto, que, certamente, cooperou para o desenvolvimento de sua atual deficiência interpessoal, levando-o ao desejo de buscar alguém que corresponda às suas expectativas psico-afetivas.

Ainda acerca das narrações supracitadas, compreende-se a família como um núcleo para o desenvolvimento destes sentimentos de baixa auto-estima, isolamento social e renúncia. Durante o segundo encontro, outros relatos de *Pedro* reforçam essa conjectura, como o que ele expôs em relação ao casamento de seus pais e sobre sua vida:

Até que o casamento os separe... o homem nasce, cresce, se reproduz, deprime e morre (Pagu).

Esse comentário denota a presença de uma lembrança triste acerca do matrimônio de seus pais. Eles, provavelmente, ao transparecer uma relação sentimental conflituosa, permitiram um espaço para a instalação de traumas e modelos patológicos de convivência social na vida adulta de *Pedro*. Além disso, a complexidade da manifestação do último verso do cliente, acerca do ciclo biológico humano, leva à reflexão sobre qual seria a perspectiva de vida de uma pessoa que admite ser a depressão algo inerente ao ciclo vital humano. Ao direcionar esse questionamento a *Pedro*, ele afirmou que inventou o verso supracitado para lembrar-se de sua infância, para passar o tempo. Ele reitera ainda que esse verso traz-lhe um sentimento de nostalgia em relação à sua infância na cidade natal onde vivia.

Acredita-se que, em cenários familiares traumáticos durante a infância, haja na criança o desenvolvimento de um profundo senso de insegurança e confusão que interferem na capacidade dela relacionar-se confiantemente com outras pessoas, com sua dificuldade de integrar seus próprios sentimentos e pensamentos⁽¹³⁾.

A transmissão das dificuldades emocionais e das neuroses dos genitores sobre seus filhos expõem-nos a uma vulnerabilidade para a gênese de psicopatologias e sofrimento psíquico. E quando a psicopatologia já está instalada, mesmo com a adoção de terapêuticas, por diversas vezes, quando o paciente recebe alta e retorna ao convívio dos pais, por um curto período, por não aceitar regras e imposições da família, desenvolve novas crises⁽¹³⁾.

No decorrer do terceiro encontro, predominaram, durante a interação, os discursos depressivos e de baixa auto-estima. Ao indagar o cliente sobre seu final de semana, ele, com um olhar distante, olhando para os lados como em busca de algo, respondeu que estava mal porque um amigo o teria deixado, após ter se convertido ao protestantismo. Esse amigo, o qual conheceu durante uma de suas internações psiquiátricas, anteriormente, mantinha um contato maior com ele, às vezes, até saíam juntos.

Outra colocação depressiva, temática recorrente na interação, foi a dinâmica familiar conflituosa, agora, especificamente, o relacionamento mãe-filho. Ao fazer-se um apanhado das falas de conflito no binômio mãe-filho emitidas por *Pedro* nestes primeiros encontros, encontrou-se:

(...) a mãe diz que não gosta de mim! Que vem falar mal de mim pro doutor. E vive falando: vai-te embora, arranja uma casa pra tu, uma mulher pra arrumar as coisas pra tu... Todo mundo saiu de casa por causa dela, eu e minha irmã só ficamos por que ela é nova. Acho que ela não tem o juízo certo não (Pedro).

A influência determinante de fatores familiares no curso e prognóstico da esquizofrenia é atualmente um consenso. Os aspectos psicossociais mais estudados dentro do âmbito familiar, como fator estressor e influenciador no curso da esquizofrenia, são os desvios de comunicação e as emoções expressas na convivência familiar⁽¹⁴⁾.

Como a esquizofrenia é uma doença crônica, freqüentemente incapacitante, aos familiares cabe cuidar e administrar, de alguma maneira, do membro da família que sofre, que fica dependente e desorganizado. Porém, nem todos os familiares possuem condições estruturais, econômicas e emocionais para conduzir, satisfatoriamente, esses aspectos da convivência com o doente^(1,13,14).

Os familiares, por diversas vezes, seja por padrões culturais, sociais ou antropológicos, não conseguem elaborar um conceito correto da esquizofrenia quanto à sua etiologia, sintomatologia, curso e tratamento, havendo assim, nos familiares do esquizofrênico, em sua grande maioria, a concepção da esquizofrenia como um problema “nervoso”, “da cabeça” ou espiritual. Essa fragilidade dos parentes dificulta o enfrentamento e adaptação deles, diante de situações cotidianas nas quais ele possa vivenciar um momento crise^(13,14,15).

Estudos bibliográficos e de meta-análise, realizados a partir de um referencial psicodinâmico, tecem conjecturas que afirmam haver uma relação de causalidade linear entre a doença mental e o sistema familiar. Especialmente, no tocante aos conflitos do binômio mãe-filho em situações de psicopatologias, os trabalhos reforçam as relações de causalidade entre a atmosfera do relacionamento mãe-filho com a manifestação de doenças mentais⁽¹⁴⁾.

Na finalização desta primeira etapa do relacionamento terapêutico, obedecendo aos pressupostos deste processo, identificaram-se relacionar os principais problemas que estavam ao alcance, a interagir para solucionar ou, pelo menos, atenuar, no cotidiano do cliente. Nessa perspectiva, procurou-se solucionar esses problemas sob a forma de diagnósticos de enfermagem, pois eles permitem ao enfermeiro a implementação de experiências e intervenções corretivas, de uma forma individualizada, para o cliente⁽¹⁾. Os diagnósticos identificados foram estes: Isolamento social, Interação social prejudicada, Enfrentamento familiar comprometido e Tristeza crônica.

Promovendo atividades terapêuticas (4º- 6º Encontros)

Após a exploração e identificação de alguns problemas mais evidentes de *Pedro*, iniciou-se o quarto encontro, traçando-se um plano de cuidados individualizado. Daí, solicitou-se ao *Pedro* que fizesse um retrospecto de sua semana, de suas experiências dentro e fora do CAPS. Ao discorrer sobre o seu dia-a-dia, percebeu-se a recorrência dos conflitos familiares, porém havendo uma pequena melhora.

Ao final desse primeiro momento, decidiu-se que seria necessário realizar um maior estímulo quanto à expressão de anseios e desejos e à interação social positiva. Assim sendo, optou-se por trabalhar a questão da esperança e da alegria. O instrumento adotado para o propósito foi a terapia de grupo.

Isso porque, na assistência a pacientes psiquiátricos, a grupoterapia é um modo efetivo de estimular esses clientes a reacenderem seu interesse pela realidade que os cerca, pelo auto-valor e pelo valor dos indivíduos com quem interagem. Porém, o efeito terapêutico da grupoterapia consiste na alteração de comportamentos e concepções ou na compreensão de aspectos pelos membros do grupo, por meio do desenvolvimento de técnicas que abordam temáticas cotidianas desencadeadoras de estresse nesses pacientes⁽¹⁾.

Nessa perspectiva, aplicou-se uma técnica denominada *Projeto de Vida*. Essa consistia na construção, por meio de colagens de recortes, de um projeto de vida positivo para o término do ano. As figuras abrangiam relações interpessoais, bens materiais, lugares exóticos e atraentes para se visitar, além de ações como cantar, praticar esportes, correr ou dirigir etc. Os clientes, em um período de 20 minutos, realizaram a atividade e começaram a debater uns com os outros suas colocações acerca de seus respectivos projetos.

Percebeu-se a atenção de *Pedro* em observar, ouvir e até ajudar outros clientes na construção de seus projetos. Especificamente, o seu projeto de vida para o final do ano apresentou o seguinte cenário: um grupo musical cantando e tocando instrumentos, cd's, cédulas de dinheiro, um carro, caixas de presentes e um telefone celular. Uma verdadeira combinação de prazeres com realização socioeconômica. Ao expor sua análise a respeito de seu projeto de vida para o restante do grupo terapêutico, relatou:

Pretendo aprender música para me divertir e me entreter, pois com a música é que sonho em ter momentos de harmonia. Teclado e violão, vou aprender para, em casa, melhorar o ambiente, o lar e a sintonia entre ambos os presentes... carros? Acho que meu irmão vai

comprar um e, assim, passear e viajarmos. Espero o melhor, pois sou assim. Tenho a melhor das opiniões à respeito de minha pessoa. No mais, só esperança e atitudes (Pedro).

Ao final do grupo terapêutico, percebeu-se um entusiasmo e sorrisos no semblante de *Pedro*, algo bem diferente desde que se iniciou no grupo terapêutico. Mesmo assim, posteriormente, durante o relacionamento terapêutico, o cliente retomou algumas colocações de baixa auto-estima e depressão quando pensou que, para a realização de seu *Projeto de Vida*, precisa trabalhar, algo que há tempo não fazia.

Mesmo com a recorrência dos comentários depressivos, procurou-se ser empático com *Pedro*, pois essa é a base para uma relação de auto-ajuda entre enfermeiro-cliente. É pela empatia que o enfermeiro aumenta sua compreensão do estado do cliente e seu *feed-back* com o mesmo⁽¹⁶⁾.

Assim, a fim de explorar este ponto com ele, solicitou-se que expressasse em um papel o que sentia naquele momento. O resultado foi uma poesia que ele intitulou de “Momentos e Momentos”:

Momento um estou aqui: triste. Momento dois estou ali: alegre. Momento três estou onde : nem alegre nem triste. Momento quatro estou em qualquer lugar triste e alegre. Momento cinco: não estou! (Pedro).

A esquizofrenia é um transtorno mental crônico e grave, com repercussões afetivas e cognitivas que prejudicam as relações sociais do indivíduo, em parte provocadas por sua inabilidade de comunicação social. A manifestação de sintomas depressivos não é incomum nesses pacientes. Estudos postulam que sintomas depressivos ocorrem em cerca de 25% dos esquizofrênicos, relacionados, sobretudo, aos longos períodos de internação, de terapia farmacológica, de inserção social ineficaz e de recaídas da psicopatologia. O ambiente social pode, também, contribuir para o surgimento desse tipo de sintoma^(17,18).

Os sintomas depressivos, nos indivíduos esquizóides, são descritos como uma reação à vivência de perda de capacidades anteriores. Os principais sentimentos referidos por esquizofrênicos acometidos por um quadro depressivo são os de desalento e desencanto com a vida^(17,18).

No quinto encontro terapêutico, percebendo-se o impacto das atividades terapêuticas no estabelecimento de uma maior integração de *Pedro* com os demais clientes, aplicou-se uma técnica que foi denominada *As aparências*. Esta consistia na organização dos clientes em um semicírculo diante de um arranjo com dez bexigas cheias, cinco pretas e cinco coloridas. Em cada bexiga preta havia um sentimento positivo escrito em um papel, a saber: alegria, amizade, amor, saudade e paz, enquanto que nas cinco bolas coloridas continham sentimentos negativos, a saber: impaciência,

raiva, tristeza, violência e solidão. O desenvolvimento da técnica baseava-se em todos os clientes, numa seqüência aleatória. Eles escolhiam uma bexiga e interpretavam por meio de gestos e mímicas o sentimento contido na bola, até que os outros integrantes do grupo descobrissem o sentimento expressado.

Os objetivos dessa técnica eram abordar e trabalhar a questão do engano que as aparências externas podem trazer, lá representado sob a forma de bexigas coloridas, e exercitar a expressão e associação de sentimentos e emoções do cotidiano. Na dinâmica, *Pedro* foi o integrante que mais acertou (3), além de ter sido um dos que melhor expressou o sentimento escolhido, no caso *paz*. Rapidamente os outros integrantes do grupo identificaram o sentimento expresso por ele.

No que concerne à assistência de *Pedro*, acredita-se que esta técnica foi uma iniciativa importante para melhorar sua capacidade de compreensão e associação de emoções, sentimentos e pensamentos que se encontram prejudicados em esquizofrênicos.

Estudos revelam que esquizofrênicos têm severamente diminuída a sua capacidade para codificar a expressão emocional em rostos humanos.

Uma investigação, usando registros audiovisuais de situações emocionais mostradas a esquizofrênicos e grupos controle, na qual se pedia que fosse identificado o nível emocional adequado através da seleção em uma lista de adjetivos, demonstrou que esquizofrênicos possuem severas dificuldades em identificar a emoção principal expressa nas cenas e, freqüentemente, percebiam a emoção oposta à detectada pelo grupo controle⁽¹⁹⁾.

Além disso, a literatura refere que, na assistência psiquiátrica, sobretudo aos esquizofrênicos, a adoção da Arteterapia, estímulo à execução de imagens pela expressão artística (desenho, dança, interpretações, pinturas etc.), atrelada a outras terapêuticas, faz que comportamentos clinicamente relevantes possam surgir ao longo do tratamento dos transtornos psiquiátricos, o que favorece aspectos técnicos como: modificar pensamentos disfuncionais, bem como comportamentos inadequados durante a sessão de representação, promovendo a melhora do cliente. A arteterapia permite ainda avaliações quanto à psicomotricidade, à cognição e à compreensão do cliente⁽¹²⁾.

Com a finalização da técnica, deu-se seqüência ao relacionamento terapêutico, indagando-se *Pedro* acerca do seguimento de sua semana. Ele afirmou ter visitado a casa de um amigo para assistir a um jogo de futebol, fazendo referência aos jogos da Copa do Mundo de 2006, além de ter visitado a casa de sua irmã e de ter ido com ela para a igreja. Um cenário bem diferente ao exposto em ocasiões anteriores quando, ao se formular a mesma indagação, a resposta era a reclusão ao lar.

Outro momento marcante, nesse dia, foi o instante em que se noticiou o suicídio de uma cliente do CAPS por enforcamento. *Pedro* discutiu o assunto lembrando-se de outros colegas, clientes psiquiátricos, que também cometeram suicídio, porém sem expressar grande tristeza ou crise. A partir desse ensejo, realizaram-se colocações de auto-estima e de valorização da vida como um momento ímpar de vivências felizes e uma oportunidade de crescimento, encerrando-se o encontro terapêutico com uma mensagem de esperança.

Para iniciar o sexto encontro com *Pedro*, o grupo terapêutico desenvolveu uma técnica denominada *A viagem*. O propósito desta foi definir prioridades pessoais. Consistia em os pacientes escreverem em papel cinco coisas que desejavam realizar. Posteriormente, solicitava-se aos clientes que se visualizassem realizando uma viagem, na qual os seus desejos fossem as bagagens. Sucessivamente, durante a trajetória da viagem, apareceriam obstáculos que obrigavam os participantes a abandonar uma bagagem (um desejo), de forma que, ao alcançarem o destino de sua viagem, estariam somente com uma bagagem (desejo) em mãos. Esta deveria ser sua prioridade pessoal.

Vários pacientes colocaram como prioridade ter saúde ou ser feliz, enquanto *Pedro* colocou a palavra *eu* como prioridade. Mas, na interação individual reiterou que sua meta de vida naquele momento era ser feliz.

Percebeu-se, naquele instante, uma melhora quanto ao aspecto da auto-estima do cliente em estudo, que, a partir de uma simples atividade, pôde perceber que sua prioridade era ele mesmo. É lutar para ser feliz. O encontro encerrou com a solicitação a *Pedro* de sua presença no próximo encontro.

Preparando a separação e avaliação do processo (7º - 8º Encontros)

No sétimo encontro, optou-se por não realizar grupo terapêutico ou qualquer outra técnica com *Pedro*, mas somente discutir com ele a futura separação e a sua evolução mediante o relacionamento terapêutico.

Especialmente, em terapias breves como o relacionamento terapêutico, o término da terapia é um momento importante, partindo do reconhecimento de que tanto o cliente quanto o terapeuta devem enfrentar um luto ocasionado pela finalização do vínculo terapêutico. Todavia, a finalização do relacionamento terapêutico é um momento em que o cliente sente-se em condições de viver de forma estimulante e asseguradora. Enquanto, ao profissional, cabe encontrar uma gratificação pelo resultado terapêutico obtido, sem fomentar uma simbiose terapêutica prejudicial⁽²⁰⁾.

Indagou-se *Pedro* quanto à sua percepção sobre os encontros. Ele desabafou, expondo o quanto foi bom, devido ao fato de os psicoterapeutas (articuladores da

pesquisa) serem pessoas simpáticas que sempre sorriem e falam mensagens positivas, colocam seu ânimo para cima, estimulam-no a estar nas reuniões do CAPS e a acreditar que as coisas podem dar certo (sic). Durante todo o momento, *Pedro* segurava a mão de um dos autores do trabalho que o acompanhava. Sentindo a preciosidade daquele momento como um instante de desprendimento, mas também de crescimento e *insight*, solicitou-se a *Pedro* que escrevesse sobre o relacionamento terapêutico que vivenciou:

Terapia... Lugar de vida... Onda de saber... Tempo racional... Terapia... A Humanidade segue em frente... Passagem... Personalidades específicas... Estar... Estar bem... Bem-estar físico, mental e espiritual... (Pagu).

A partir do explanado por *Pedro*, realizou-se, conjuntamente, e diante dele, um retrospecto dos momentos vividos e uma avaliação dos acréscimos positivos que o relacionamento terapêutico trouxe para ambos os envolvidos nesse processo. Enfatizou-se que *Pedro*, hoje, possui uma rede social de apoio maior que a anterior.

Argumentou-se ainda, junto a *Pedro*, que os encontros terapêuticos também foram preciosos no manejo de seus momentos depressivos, sem a necessidade de nenhuma farmacoterapia antidepressiva, havendo somente a conscientização de que há esperança para a vida e as pessoas.

Enfim, o oitavo encontro terapêutico foi um momento de confraternização dos acadêmicos permeado por brincadeiras. Foi um momento muito especial, tanto para os clientes do serviço como para os autores da pesquisa. Os clientes presentearam a equipe com lembranças confeccionadas por eles. A inserção grupal de *Pedro* com os demais clientes ficou bastante evidente na ausência de discursos de tristeza e no mútuo agradecimento por essa experiência emancipatória, que é a vivência do relacionamento terapêutico na assistência à saúde mental. A finalização do relacionamento terapêutico ocorreu com a apresentação de uma canção: *... um novo tempo nasce a cada amanhecer...* (trecho da canção).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como se trata, após a inserção do relacionamento terapêutico, da exploração de apenas um caso, sabe-se que o presente estudo apresenta fragilidades. Mesmo assim, com base nos resultados a que se chegou com o cliente esquizofrênico, pôde-se constatar que a adoção, na assistência de enfermagem psiquiátrica e nos novos serviços de saúde mental, do relacionamento terapêutico é algo positivo.

Dessa forma, o relacionamento terapêutico é uma prática emancipatória que possibilita a autonomia nas ações

do enfermeiro frente à promoção da saúde de pacientes em sofrimento mental. Assim, percebendo a enfermagem como uma profissão que lida com a dor e o sofrimento humano, julgou-se, fundamental, se prestar um cuidado ao indivíduo e à sua família, percebendo-os, na sua complexidade e no seu contexto holístico, como seres biopsicosociais.

Nesse propósito, considera-se o relacionamento terapêutico um importante instrumento de cuidado, que permite a reintegração e reorganização do cliente que sofre psiquicamente. Assim, pôde-se constatar a importância do relacionamento terapêutico como recurso fundamental, sendo ele um instrumento viável também para a realização do processo de enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Taylor CM. Manual de enfermagem psiquiátrica de Mereness. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
2. Hales RE, Yudofsky SC. Tratado de psiquiatria clínica. Porto Alegre: Artmed; 2006.
3. Mari JJ, Leitão RJ. A epidemiologia da esquizofrenia. Rev Bras Psiquiatr 2000; 22:15-7.
4. Price J. Integrar a psicoterapia da esquizofrenia nas atividades da equipe multidisciplinar, baseando-a nos princípios da biologia evolucionista. In: Maj M, Sartorius N. Esquizofrenia. 2ªed. Porto Alegre: Artmed; 2005. p.195-6.
5. Scott J. Psicoterapia para a esquizofrenia: uma importante adição ao uso exclusivo de medicamentos? In: Maj M, Sartorius N. Esquizofrenia. 2ªed. Porto Alegre: Artmed; 2005. p.197-8.
6. Stefanelli MC. Comunicação com o paciente: teoria e ensino. São Paulo: Robe Editorial; 1993. p.43-5.
7. Manning PK, Cullum S. Betsy narrative, content and semiotic analysis. In: Denzin N, Lincoln YS. Handbook of qualitative research. New Delhi: Sage Publications; 1994.
8. Silva DGV, Trentini M. Narrativas como técnica de pesquisa em enfermagem. Rev Latino-am Enfermagem 2002; 10(3):423-32.
9. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução n. 196, de 10 outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentaras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética, Brasília, 1996; 4(2):15-25. Suplemento.
10. 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.
11. Foschiera F, Durman S. Desvelando o relacionamento de ajuda terapêutica com uma paciente em sofrimento psíquico. Rev Eletrônica Enfermagem [periódico online] 2004; [Acesso 2006Jul 16]. 6(1). Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/>
12. Carvalho MR. Terapia cognitivo-comportamental através da Arteterapia. Rev Psiqu Clín 2001; 28(6):318-21.
13. Villares CC, Redko, CP, Mari, JJ. Concepções de doença por familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. Rev Bras Psiquiatr 1999; 21(1):36-47.
14. Mari J. Intervenções familiares e recaídas na esquizofrenia: meta-análise dos resultados de pesquisas. [Tese de Livre Docência]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina; 1995.
15. Marsh D. Families and mental illness: new directions in professional practice. New York: Praeger; 1992.
16. Leoni MG. Autoconhecimento do enfermeiro na relação terapêutica. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 1996.
17. Araújo FS, Petribú K, Bastos O. Depressão em esquizofrenia. Rev Bras Psiquiatr 2002; 24(2):86-93.
18. Lacaz FS, Bressan RA, Mello, MF. A psicoterapia interpessoal na depressão em pacientes com esquizofrenia: proposta de um modelo terapêutico a partir de três casos clínicos. Rev Bras Psiquiatr 2005; 27(3):252-61.
19. Cruz JP, Más MB. Treino de aptidões sociais e terapia cognitiva na esquizofrenia paranóide. Psychiatry Online Brazil - Current Issues [periódico online] 1997; [Acesso em 2006 Mai 21]. 2(10). Disponível em: <http://www.priory.com/psych/hsociais.htm>.
20. Braier EA. Psicoterapia breve de orientação psicanalítica. São Paulo: Martins Fontes; 1991.

Endereço para correspondência:

Márcio Flávio Moura de Araújo
Rua Conselheiro da Silva, 708, Barroso
CEP: 60862610 – Fortaleza - CE
E-mail: marciofma@yahoo.com.br