



SIGNIFICADOS DAS VIVÊNCIAS DE EPISÓDIOS MANÍACOS TAIS COMO RELATADOS POR PACIENTES COM QUADRO REMITIDO: UM ESTUDO CLÍNICO-QUALITATIVO



Luiz Carlos Pereira Bin¹, Amilton dos Santos Jr.², Ataliba de Carvalho Jr.³, Egberto Ribeiro Turato⁴

¹ Aluno do quinto ano médico, membro do Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa (LPCQ), Faculdade de Ciências Médicas (FCM), Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) Email: luizcarlosbin@yahoo.com.br

² Psiquiatra, mestrando da FCM/Unicamp, membro do LPCQ/FCM/Unicamp. Email: amilton1983@yahoo.com.br

³ Psiquiatra, mestrando da FCM/Unicamp, membro do LPCQ/FCM/Unicamp, supervisor do Programa de Residência Médica em Psiquiatria da Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Email: atalibade@uol.com.br

⁴ Psiquiatra, Livre-docente do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da FCM/Unicamp, líder do LPCQ/FCM/Unicamp. Email: erturato@uol.com.br

Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, CEP 13083-887, Campinas, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

A importância deste estudo considera o fato de que o Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) acomete aproximadamente 1% da população¹ e, mais recentemente, com a introdução do conceito de espectro bipolar em que as formas leves de TAB expandem-se aos limites dos comportamentos não psicopatológicos² - a prevalência desse transtorno sobe para 5% a 8%¹. É crucial apontar que aproximadamente 45% dos pacientes com TAB não aderem satisfatoriamente ao tratamento, implicando em utilização inadequada dos serviços de saúde³, talvez porque não são suficientemente conscientizados ou negam psicologicamente as características clínicas evolutivas de seu transtorno mental.

Assim como ocorre com pessoas acometidas por outros problemas de saúde, indivíduos diagnosticados com TAB experienciam seus sintomas dentro de um contexto peculiar fundamentado em crenças culturais, valores e normas próprias⁴. A intensidade e quantidade de sintomas maníacos é clinicamente proporcional ao prejuízo da qualidade de vida⁵. Levantamos a hipótese de que as vivências dos pacientes maníacos, ao se recordarem de tais episódios, representam constrangimentos, vergonhas e embaraços.

OBJETIVO

O presente trabalho almejou descrever e discutir os significados psicológicos das vivências dos episódios maníacos tais como relatadas por pacientes com TAB, considerando que representações psicossociais sobre o episódio podem se constituir em fatores de dificuldade pessoal no lidar com o transtorno, de relacionar-se socialmente e de comprometer uma aderência satisfatória aos tratamentos clínicos.

SUJEITOS E MÉTODO

Para atingirmos os alvos propostos, considerando o enfoque nas Ciências Humanas, utilizamos o método clínico-qualitativo, que busca nexos de sentidos entre os significados atribuídos pelos sujeitos aos fenômenos vivenciados. Ficamos atentos ao princípio de que, no campo humanístico, os objetos de estudo são polissêmicos, isto é, temos o desafio de entender que todo fenômeno aponta para múltiplos sentidos.

Para viabilizar tal método, empregamos a técnica da entrevista semidirigida de questões abertas, ou seja, os entrevistados colaboraram com informações ao serem convidados para discursar em profundidade sobre o tema proposto, respeitando, a partir de uma questão disparadora colocada pelo pesquisador, a livre associação de idéias do paciente-informante. A amostra foi fechada na estratégia da saturação teórica de informações, que trabalha com o critério de cessação da inclusão de novos sujeitos quanto os dados passam a ser repetitivos, a ponto de uma nova entrevista não trazer material adicional relevante para interpretações à luz das premissas anteriormente exigidas pelo autor do projeto. Neste enfoque metodológico, não se constroem amostras randômicas ou grupo controle, haja vista que os dados não são mensurados para buscarem-se nexos causais. Assim, oito entrevistas foram conduzidas num ambulatório universitário de psiquiatria geral de adultos, após a assinatura do termo de consentimento de participação na investigação. Cada entrevistado foi identificado com número com finalidade de preservar suas identidades. Os dados foram tratados através da técnica da análise qualitativa de conteúdo, que inclui leituras flutuantes do corpus (conjunto das entrevistas transcritas) para categorização do material para emergir núcleos de sentido, visando a consequente discussão dos resultados⁶. Foi respeitado o caráter ético do método qualitativo que procura construir o entendimento do problema sob estudo a partir da perspectiva dos sujeitos da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A categorização dos resultados levou a cinco tópicos, que contemplaram os significados das diferentes reações psicossociais dos entrevistados frente aos episódios maníacos.

1) recordação dos episódios maníacos organizando sentimentos pessoais

Ao serem questionados sobre o que representou a experiência dos episódios maníacos, os entrevistados reportaram principalmente dois tipos opostos de reações: relatavam com muitos detalhes as suas histórias atendo-se ao tema proposto ou diziam simplesmente não se lembrar dos fatos ocorridos evitando relatar a questão proposta.

Paciente 7:

"No final, eu entrei na casa de um pessoal, sem noção nenhuma eu entrei, chutei a porta. Eu não sei... Como foi incrível... Eu invadi a casa da mulher... Eu tava sem noção... Invadi a casa da mulher (...)."

Paciente 2:

"(...) uma vez eu saí do banheiro, estava somente com a toalha e passei perto de um monte de gente que tinha lá em casa. Ah, fazia muitas coisas que até nem lembro..."



2) negação versus aceitação do problema: significados psicológicos atribuídos à sua origem e ao tempo de evolução

Os aspectos emergentes em relação a essa categoria foram questões sobre certa autocrítica às conseqüências, ao longo do tempo, da vivência dos episódios. Elas representaram uma auto-imagem negativa, além de gerar tristeza pelas múltiplas limitações trazidas pelo transtorno mental. Outro ponto que emergiu foram crenças diferentes dos pacientes sobre a origem do transtorno, apontando causas naturais, tal como conflitos psicológicos ou das relações sociais, como um gatilho para as crises. Outros recorreram a explicações metafísicas ou sobrenaturais. A literatura mostra que o envolvimento religioso possibilita a criação de uma rede social com pessoas de idéias semelhantes, o que pode servir como um suporte social⁷, além de promover o desenvolvimento de recursos psicológicos de enfrentamento ao problema, incluindo a auto-estima e um sentido de bem-valoria⁸.

Paciente 1:

"Ah, que eu não sou uma pessoa igual aos outros, que eu poderia levar minha vida numa boa, estar de bem com a vida hoje, ter minhas coisas, já perdi tanta coisa por causa dessa doença minha...".

Paciente 2:

"Eu fiquei assim por causa de um namorado, que eu achava que tinha largado de mim, né?".

3) significados das crises estruturando relações interpessoais e sentimentos frente ao mundo

Ao explorar esse tema percebemos pouca variação no relato dos diferentes entrevistados. Todos colocam-se tristes por serem julgados como 'loucos' ou apresentam um certo nível de compreensão de que apresentam um jeito de ser com falhas. De um modo geral, os pacientes relataram apoio da família e limitações do desenvolvimento das relações sociais devido ao julgamento depreciativo de terceiros, o que em parte entristece, e em outro aspecto alivia porque coloca as pessoas externas como responsáveis pela sua chateação pelas próprias imperfeições.

Paciente 1:

"é um fardo pra minha mãe, pra minha família, nossa, pra todos. Até para os meus amigos...".

Paciente 7:

"(...) a turma se fazia de amigo, só que agora eu entendo bem, né? (...) é companheiro de trabalho, mas já não confio mais, não sou que nem, tipo, a postura que eu era antes, confiava demais nas pessoas... Hoje em dia eu já vejo, né? Pessoa ta falando alguma coisa de mim ou falando mal de outro amigo (...) penso muito antes de dar uma resposta...".

4) hospitalizações: significados contraditórios sobre sua necessidade

A postura dos pacientes em relação a essa questão foi quase uniforme, demonstrando ver a internação como uma situação não muito agradável, mas necessária e com benefícios.

Paciente 8:

"A internação no começo, pra mim, foi ruim. Mas depois fui acostumando, fui conhecendo amigos, colegas que também tinham outros problemas que eu, ou até mais pior que o meu. Ai fui me acostumando...".

5) representações de possível nova crise levando da negação à barganha

As maiores constantes que emergiram a partir da exploração desse tema nas entrevistas, foi o medo da ocorrência de novas crises e a utilização da barganha como método para se tentar evitar tais crises. Alguns ainda se utilizaram da negação, mesmo que parcial, para lidar com a situação. Outro dado muito importante surgido aqui, é a constante recorrência à religiosidade como fator protetor para o surgimento de novos episódios maníacos.

Paciente 7:

"Gostava muito de sair, de curtir, (...) então são coisas que, não só por causa do remédio, que não é pra mim fazer essas coisas, como por causa do que eu tive, né? (...) causa que tive medo de voltar a ter o que tive. Então é por isso que to indo na igreja, e tentando ficar cada vez mais firme, pra não acontecer mais isso daí...".

Paciente 2:

"Acho que não posso não (ter outra crise). Como tenho muita experiência com essas crises, tudo então eu... Pra mim, já considero quase que uma coisa normal. Eu sei que não é normal, mas ah...".

RECOMENDAÇÃO

O conhecimento, por parte da equipe de saúde, dos significados psicológicos atribuídos pelos pacientes a vivências de situações importantes referentes a crises na saúde, tais como num quadro psicótico, permite aos profissionais maior compreensão do que eles pensam e fazem, bem como um manejo mais harmônico da relação com esses pacientes e seus familiares e contribuir para a elaboração de estratégias para uma maior fidelidade às medidas terapêuticas e preventivas da recorrência dos episódios.

REFERÊNCIAS

- Lima MS, Tassi JL, Novo IP, Mari JJ. Epidemiologia do transtorno bipolar. Revista de Psiquiatria Clínica. 2005; 32(Supl.1): 15-20.
- Del Porto JA. Evolução do conceito e controvérsias atuais sobre o transtorno bipolar do humor. Rev Bras Psiquiatr. 2004; 26(Supl. 3): 3-6.
- Jackson WC. The importance of facilitating adherence in maintenance therapy for bipolar disorder. J Clin Psychiatry. 2008 jan; 69(1): e03.
- Warren BJ. Cultural aspects of bipolar disorder: Interpersonal meaning for clients & psychiatric nurses. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 2007 jul; 45(7): 32-37.
- Gazalle FK, Hallal PC, Andrezza AC, Frey BN, Kauer-Sant'Anna M, Weyne F et al. Manic symptoms and quality of life in bipolar disorder. Psychiatry Res. 2007 jun; 153(1): 33-38.
- Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Ed. Vozes, 4ª ed.; 2010.
- The Pew Forum on Religion & Public Life. U.S. Religious Landscape Survey Religious Affiliation: Diverse and Dynamic. Washington, DC: Pew Research Center, 2008.
- Kilbourne A, Lasky E, Pincus H et al. The continuous improvement for veterans in care: Mood disorders (CIVIC-MD) study, a VA-academic partnership. Psychiatr Serv. 2008; 59: 483485.

