

EMOÇÕES EM SAÚDE

Contributos

Reservado todos os direitos de acordo com a legislação em vigor.

© 2010, Corrente Dinâmica

ISBN: 978-989-96617-1-4

As emoções de pessoas com doença de humor (o sentir de quem as visitou em suas casas)

Ermelinda Macedo¹

Resumo — Este trabalho resultou de uma experiência intensa ligada à saúde vivenciada com pessoas com doença de humor nos seus domicílios, tendo sido obtida durante a recolha de dados para um trabalho de investigação mais amplo. Pretende evidenciar, embora com as dificuldades inerentes a esse processo, as emoções e sentimentos das pessoas com doença de humor, referenciando a forma como as pessoas vivenciam as suas vidas, como encaram as doenças, os seus estados de humor actuais e também as soluções que encontram para as contrariedades que lhes vão surgindo. Pela apresentação de 4 textos elaborados por quem as ouviu em suas casas, percebemos que, maioritariamente, as pessoas apresentam emoções negativas, revelam necessidade constante de expor os seus problemas e angústias e agradecem a nossa disponibilidade para as visitar e para as ouvir. O sentir de quem as ouve é perturbador, mas simultaneamente motivador para se repensarem modelos de acompanhamento construindo uma nova forma de enfrentar a doença mental.

Palavras Chave — doença mental; doença do humor; emoções.



¹ Professora Adjunta da ESE – Universidade do Minho. emacedo@ese.uminho.pt
- Doutoranda em Sociologia-ICS-UM.
- Mestre em Educação para a Saúde
- Licenciada em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

1 - INTRODUÇÃO

As doenças mentais são responsáveis por vários anos vividos com incapacidade. As características da própria doença, os seus tratamentos, o cuidado prestado à própria pessoa com doença mental são elementos que actuam nas suas vidas de alguma forma. A alta prevalência das doenças mentais (WHO, 2004; WHO – Europe, 2005; WHO, 2005; Comissão das Comunidades Europeias, 2005; Comissão para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, 2007; Direcção Geral da Saúde, 2004; Direcção Geral da Saúde – Censo Psiquiátrico, 2001) e as alterações preconizadas no que respeita ao acompanhamento das pessoas com doença mental, desperta o interesse em perceber como vivem as pessoas com as suas doenças na comunidade, isto é, nas suas casas.

Perceber o lado pessoal da doença mental torna-se fundamental quando se preconizam medidas no sentido do desvio do foco de atenção dos cuidados institucionalizados para os cuidados na comunidade (Lei da Saúde Mental - Lei 36/98 de 24/7; Plano Nacional de Saúde Mental - Resolução do Conselho de Ministros nº 49/2008 e de Rede Cuidados Continuados e Integrados de Saúde Mental - Lei nº 8/2010 de 28 de Janeiro). Apesar dos grandes avanços que a psiquiatria e a saúde mental têm sofrido, é necessária uma abordagem mais global que compreenda de uma forma mais completa as pessoas com doença mental. A ênfase deve estar, não apenas na doença em si, mas também nas consequências que essa doença traz para a pessoa. Reconhece-se, desta forma, a importância das consequências individuais e sociais da doença, entendendo que o objectivo actual das intervenções terapêuticas é aumentar o tempo de vida das pessoas e a sua qualidade.

Quando o interesse das investigações é perceber como se comportam as emoções das pessoas com doença mental, verifica-se que a doença mental aguda provoca mudanças nas emoções das pessoas (Melges & Fougerousse, 1966) e a constatação de que a doença mental pode ser uma condição permanente inicia emoções negativas de raiva e de ressentimento em cuidadores de pessoas com doença mental (Karp & Tanarugsachock, 2000). Na tentativa de perceber as concepções sobre a doença mental em familiares, pessoas com doença e profissionais, a

instabilidade emocional surge como uma das categorias emergentes dos discursos (Rodrigues & Figueiredo, 2003) e a fragilidade, que assume a forma de tristeza, irritação, confusão e instabilidade (Villares, Redko & Mari, 1999), aparece evidente nos discursos de familiares de doentes com esquizofrenia.

2- OBJECTIVO

Este trabalho pretende apresentar uma experiência intensa associada a pessoas com doença do humor, obtida durante a recolha de dados para um trabalho de investigação mais alargado, que tem como objectivo estudar a qualidade de vida das pessoas com doença mental. As pessoas são seguidas na consulta externa de saúde mental e psiquiatria de uma instituição da região de Braga e foram sinalizadas pelos médicos psiquiatras, sendo salvaguardados todos os procedimentos éticos e legais.

3- A EXPERIÊNCIA VIVIDA

O sentir de quem visitou as pessoas em suas casas é evidenciado, embora com as dificuldades inerentes a todo o processo, em quatro textos referentes a quatro pessoas com doença do humor e estão intitulados com frases que considerámos significativas do que foi ouvido e observado.

O atraso no processo de vida e o comboio regional

Artur² é um jovem que vive com o pai, a mãe e a irmã numa zona cuidada predominantemente rural. Vive numa casa grande, rodeada de muros e relva, numa zona calma, aparentemente agradável. O silêncio sentia-se fortemente na tarde quente de Outono. O calor era muito e Artur dormia. Quando entrei na pequena sala que escolheu para lhe perguntar o que pretendia, contou-me tudo sobre si apoiando-se num discurso pausado, sem nenhuma pressa, como se me estivesse a dizer que lhe poderia ocupar o tempo todo, porque não tinha que fazer. Ponderava as palavras e

² Os nomes próprios utilizados nestes textos são todos fictícios respeitando, desta forma, o anonimato das pessoas.

construía gramaticalmente bem todas as frases que dizia. Manifestou muito interesse em colaborar no trabalho de investigação que lhe tinha sido apresentado e em conversar, pois eram raros esses momentos na sua vida. Durante aquela manhã, estivera a organizar uma pasta que pretendia conter documentos que se referiam ao trabalho que tentara iniciar, o qual seria efectuado a partir de casa – computador. Não ficou claro, para mim, de que tipo de trabalho se tratava. Mas estava na altura de fazer qualquer coisa na vida, até porque o curso de direito ficou a meio à espera de “melhores dias” como referiu. Não tinha dinheiro seu. Comia, dormia e comprava algumas coisas com o pouco dinheiro que os pais usufruíam: ambos reformados – “reformas de carteiro e empregada têxtil” - disse.

Tudo começou quando, ainda no ano zero da licenciatura (há mais ou menos 10 anos), começou a sentir alguma coisa que era estranha: ”sintomas orgânicos de origem psicológica” – referiu. Nestes últimos anos tem sido um vai e vem para consultas médicas e de médicos. Começaram as enxaquecas há mais ou menos 1,5 anos e “ninguém me pedia exames”.

Confia muito numa única amiga “dos Açores” com quem contacta com alguma regularidade. Foi ela que o incentivou a ir ao médico pelo motivo das enxaquecas. Numa consulta de urgência foi-lhe detectado um tumor cerebral benigno. Ainda são visíveis os sinais no couro cabeludo da cirurgia a que foi sujeito.

Foi internado numa instituição psiquiátrica há 2 anos. Relativamente ao internamento pensa que não era necessário – “não me fizeram nada, nem medicação tomava” mas, “tinha o estatuto de doente”. Contava ele que o internamento lhe causou muita revolta e que foi muito triste no dia seguinte ao dia do internamento não saber onde estava – “O enfermeiro disse-me onde estava, mas não o que estava lá a fazer”.

A ideia de suicídio já passou muitas vezes pela cabeça de Artur e até vivenciou situações limite – “é o mais desesperante que pode haver...”. Artur sofre calado porque não pode falar... O motivo das discussões, lá em casa, segundo ele, é sempre Artur. Já houve tentativa de envolvimento da família pelo médico, mas não resultou. O pai não percebe a sua situação... “porque é que tomo medicação há tanto tempo e não saio do sítio”. “Esta não serve...toma outra. Esta também não...toma outra... Esta faz mal aquilo...toma outra ...” O que sinto é que “estou atrasado no meu processo de vida”. Relativamente à irmã, refere “ir num comboio regional, enquanto ela vai no inter-cidades... não conversamos”...”Se respondo à minha mãe e tento justificar o meu ponto

de vista, tudo o que digo volta para trás com outra interpretação e com agressividade”. Hoje dá razão ao irmão por ter aquele feitio difícil. O irmão faleceu com 18 anos de acidente de viação há 15 anos. Conta que o espaço dele (o espaço próprio) não existe. “Ambiciono duas coisas: o lado profissional e o lado feminino” - diz Artur a determinada altura da nossa conversa, olhando para a aliança que eu trazia no dedo. “Isso (a aliança) é um sinal de competência” - diz, olhando para mim de forma enigmática quando me levanto e inicio as despedidas e os agradecimentos pela sua colaboração e por me ter recebido em sua casa.

Mas... “o atraso no processo de vida” provocado pela “viagem num comboio regional” justifica não ter ainda namorada e assumir-se ainda como estudante. A doença – a *sua*³ depressão – justifica esta forma lenta de caminhar na vida, pois antes de ela aparecer ele viajava também no inter-cidades.

A tristeza que tentou isolar-me

Carlos vive numa casa pequena nos arredores de uma cidade perto de Braga. Chego dez minutos atrasada, relativamente à hora marcada. O trânsito não me ajudou, embora fosse fim-de-semana. Estava um nevoeiro denso, mas quando saio do carro, percebo que Carlos andava de um lado para o outro, de mãos *seguras* nos bolsos no pequeno jardim à frente da sua casa que se separava da rua por um pequeno muro que se abre por um portão. Entro, e desculpo-me pelo atraso. Convida-me a entrar em casa. Percebi que Carlos não me olhava nos olhos... percebo que esfregava as mãos insistentemente. Estava ansioso, embora ao telefone lhe tivesse explicado exactamente o que iria fazer. Agradece, desde já, a minha visita e a minha preocupação e diz: “A saúde, afinal, não está assim tão má... as pessoas ainda se preocupam com os doentes... obrigado!”

A esposa, que estava em casa, recebeu-me com todo o interesse em participar na investigação, agradecendo também a minha disponibilidade para ajudar o marido. Era o que ela pensava relativamente à minha visita. Fecha a porta do pequeno *hall*, que simultaneamente funciona como

³ *sua*, porque embora os critérios sejam objectivos, cada pessoa atribui-lhe significados diferentes e lida com a doença de formas diferentes.

sala de estar, para que eu e Carlos estivéssemos mais à vontade; como se me dissesse que era bom para o marido conversar com alguém.

Carlos continua com dificuldade em olhar-me nos olhos e fala do nevoeiro e do tempo... continua a esfregar as mãos. Expliquei mais uma vez a razão da minha visita que intencionalmente o fiz mais devagar para lhe dar tempo para se sentir mais relaxado.

Carlos vive com a esposa há 37 anos. Tem 3 filhos na casa dos 30 anos. Dois estão emigrados e uma filha vive perto de casa deles. Também é avô 5 vezes. Está reformado há 5 anos. A fábrica têxtil onde trabalhava fechou e depois reformou-se. Nunca fez outra coisa na vida, mesmo quando esteve um ano e meio em França aos 18 anos. Nessa altura veio para Portugal para cumprir o serviço militar obrigatório.

Foi pela primeira vez à consulta de psiquiatria há 2 anos, enviado pela médica de família – “Andava sempre com dores de cabeça e muitos nervos...era muito nervoso” - diz. Pensa que a doença foi desenvolvida pela falta de emprego. Refere que não tinha nada para fazer e se enervava por isso. “Depois comecei a sentir-me com uma tristeza tão grande que me isolei de toda a gente... essa tristeza ainda sinto e até vergonha...os momentos negativos aparecem e não sei porquê...”

Refere algumas lacunas de memória e preocupam-no, porque tende a não se lembrar do que lhe dizem e do que faz.

Fala da consulta do psiquiatra como muito importante, no entanto ...”a tristeza ...ele (o médico) não me tira”- acrescenta.

Carlos tem o apoio da esposa, com quem falei e que me revelou que o marido não sai de casa, que o encontra algumas vezes a chorar “pelos cantos”. Aproveita para me dizer que já foi vítima de um acidente vascular cerebral e que a filha que vive o problema do pai mais de perto, também já teve uma depressão. Agradece-me as minhas palavras e a minha visita. Refere que a nossa intervenção, como profissionais de saúde, é muito importante junto dos doentes (“até vêm a casa”) porque “sentimo-nos lembrados”.

Carlos vai lidando com a *sua* tristeza com a ajuda das consultas de psiquiatria de 6/6 meses, com a ajuda dos psicofármacos e com a ajuda da esposa que, como ela diz... “eu compreendo a situação e já estamos juntos há 37 anos, por isso...” e não termina a frase.

A linha de comboio parecia a solução... A impotência na vida de Luísa.

Depois de percorrer alguns caminhos sinuosos encontrei a casa de Luísa. Abaixo das escadas que me levariam à sala, estava um senhor com um ar pesado e triste. Foi simpático à minha chegada e recebeu-me com todo interesse. Perguntei se era ali que morava Luísa. Levou-me até ela e ausentou-se. Luísa encontrava-se na sala sentada a um canto de um sofá com as mãos entre as pernas e a cabeça baixa. Percebi que não seria fácil o contacto, no entanto, bastou cumprimentá-la e sentar-me ao seu lado, como me pediu, e tudo se desenrolou com relativa facilidade numa conversa molhada pelas suas lágrimas. Apesar de o marido estar em casa, parecia sozinha. Luísa vive com uma filha de 28 anos, que vai casar, e o marido. Tem mais uma filha com 30 anos, casada e conta também com a história da morte de uma filha com três anos. Refere que esta fase a perturbou imenso e que apesar de se terem passado 34 anos não *pode* esquecer: “foi a minha primeira filha e estive 5 anos sem conseguir pensar em ter filhos”.

Luísa já tem na sua história clínica uma tiroidectomia e histerectomia total. “...fiquei muito mal desde que fui operada...não tenho saliva...” depois da histerectomia, diz: “emagreço cada vez mais, o peito está cada vez mais pequeno, sinto-me seca...percebe?” segundo refere, disseram-lhe que não precisava de vigilância... que não valia a pena ser vigiada. Foi a um médico particular que lhe receitou um selo e mostra-mo.

Está em casa sem trabalhar há dois anos – “não posso trabalhar e cortaram-me a baixa...acham que estou com saúde para trabalhar, mas eu não consigo”... Era encarregada numa fábrica, mas desde que lhe foi atribuída essa responsabilidade começou a sentir-se mal – “Desde que comecei a ser encarregada é que comecei a avariar...é muita responsabilidade...estão sempre a fazer asneiras...são 35 mulheres e eu tenho de ensiná-las...” Apesar das entidades responsáveis considerarem que Luísa está em condições de trabalhar, ela diz que não... tem medo de voltar e não conseguir assumir tanta responsabilidade. “Em casa faço porque sou obrigada... quando eu trabalhava não me faltava nada... agora 400€ não servem para nada...os gastos em medicamentos são muitos e o supermercado gasta-me o resto...não trago o que me apetece...nem o iogurte para a minha neta...”

Foi encaminhada para a consulta de psiquiatria pela médica de família a seu pedido: “pagava 60€ de consulta no médico particular e eu não posso...”

O marido também está desempregado. Segundo percebi está reformado por doença da coluna – hérnias discais - sendo já submetido a duas cirurgias. “O meu marido não tem força... até deixa cair o garfo...” A sua vida sexual é influenciada pela histerectomia... “tiraram-me tudo e ... o meu marido também é muito doente...”

O discurso está impregnado de tristeza, ressentimento, de revolta e impotência. Quando os instrumentos de recolha de dados estavam já preenchidos, e me preparava para me despedir, diz: Já me lembrei da linha de comboio aqui da frente...lembro-me muitas vezes...a minha prima também se atirou...eu não estou cá a fazer nada...” Claro que voltei a sentar-me e estive o tempo que Luísa e eu precisámos.

Não tenho amigos...não tenho...vivo pelos filhos...

A julgar pelo número, a casa da Manuela era quase a última. Encontrei, com alguma dificuldade, o número da porta. Toquei mais que uma vez e não atendeu ninguém. Fiquei um pouco à espera à porta e, enquanto pegava no meu telefone para lhe telefonar, olho à minha esquerda e vi descer uma mulher que, pela idade, poderia ser Manuela. Parecia que vinha de trabalhar. Eram 9h.30m. A mulher dirigia-se para a porta onde eu me encontrava... arrisquei e perguntei se era a D^a Manuela. Acertei. Pediu desculpa pelo atraso e abriu a porta do prédio. Pelas escadas, vai-me explicando que está a mudar de casa e pede-me para não reparar na desarrumação. Entrámos em casa e convidou-me a sentar no sofá, que vim a perceber ser o seu refúgio. Fala comigo com os olhos no chão e emocionada. Manuela é casada e tem 3 filhos.

A relação com o marido não parece muito saudável. Nem lhe disse que eu iria lá a casa e marcou para de manhã, porque sabia que o marido não estava. Refere, ao longo do discurso molhado pelas lágrimas, que se sente só. Parece que a sua sombra é a única companheira: “sempre fui assim... já a minha mãe era...e é...triste, triste, triste...”

Está a ser acompanhada pelo psiquiatra há 1 ano, “mas já tomava medicamentos para a cabeça há mais tempo, receitados pelo médico de família” – refere. Verbaliza, com muita mágoa que o marido controla-lhe todos os passos, toda a sua vida social, nomeadamente a relação com os amigos. “Por vezes vou ao café... mas quando vou, sou alvo de um interrogatório...o que falaste?”

Com quem estiveste? Então para evitar isso, olhe...deito-me aqui neste sofá, cubro-me... e para aqui fico... vasculha-me a carteira ...” Manuela agora chora intensamente... “Não tenho vida de casal, mas tenho de estar aqui”...a vida sexual do casal não faz sentido e é motivo de discórdia. “Não tenho vida sexual...vivo por causa dos meus filhos”. Entre as frases que verbalizava, Manuela fazia silêncios prolongados e perturbadores. “Senti muito sofrimento e muita solidão e pouco apoio social”, porque, segundo diz, lhe era interdito. “Queria perceber porque sou assim... será que é tudo junto...o certo é que não me apetece fazer nada, sinto-me presa, apetece-me cobrir a cabeça e não ver ninguém...a minha vida só faz sentido por causa dos meus filhos...” Depois de algum tempo, que excedeu o tempo necessário para o preenchimento dos questionários, despedi-me e Manuela pediu que voltasse quando quisesse, com a condição de avisar para programar o encontro para uma hora em que o marido não estivesse. Manuela só sai para trabalhar...

3 - REFLEXÕES FINAIS

Todas as visitas à casa das pessoas despertaram em nós sentimentos diferentes. A vida das pessoas é-nos facultada durante o tempo das conversas de diversas formas. A simplicidade e a intensidade imposta ao discurso, torna-o duro e repleto de emoções. Os seus corpos são o espelho do seu discurso. A tristeza, a revolta e o choro apareciam à conversa a qualquer momento. A solidão de quem vive acompanhada é um assunto que as perturba. A impotência perante alguns problemas é perturbadora.

As emoções das pessoas com doença do humor visitadas (aqui apresentámos apenas quatro casos) estão sempre presentes e a dificuldade em lidar com elas também.

O sentir de quem as visitou é perturbador...

As sensações ficam... são pessoas que vivem muito sós... são pessoas que precisam muito de ser ouvidas...são pessoas que precisam de ser ajudadas... são pessoas que precisam de tempo para (re)aprender a gerir os pormenores da vida...e as emoções.

O sentir de quem as visitou reafirma a importância de se repensarem modelos de acompanhamento, construindo uma nova forma de enfrentar a doença mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Comissão das Comunidades Europeias (2005). Livro Verde: Melhorar a saúde mental da população – Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia. Bruxelas: Comissão das Comunidades Europeias.
- Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental – Reestruturação dos serviços de Saúde Mental em Portugal – Plano de Acção 2007-2016 (2007). *Relatório da Comissão para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental*.
- Decreto – Lei nº 8/2010 de 28 de Janeiro – Rede de Cuidados Continuados e Integrados de Saúde Mental. *Diário da República nº 19 – I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Direcção Geral da Saúde – Direcção de Serviços de Informação e Análise. Censo Psiquiátrico de 2001. Síntese dos resultados preliminares. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/006006.pdf>.
- Direcção Geral da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde – 2004/2010: mais saúde para todos. Volume II – Orientações estratégicas* – Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Karp, D., Tanarugsachock, V. (2000). Mental illness, caregiving and emotion management. *Qualitative Health Research, 10*, 6-25.
- Lei nº 36/98 de 24 de Julho – Lei de Saúde Mental. *Diário da República nº 169 – I Série-A*. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Melges, F.T., Fougèrouse, C.E. (1966). Time sense, emotions, and acute mental illness. *Journal of Psychiatric Research, 4* (2), 127-139.
- Resolução do Conselho de Ministros nº 49/2008 de 6 de Março – Plano Nacional de Saúde Mental. *Diário da República nº 47 – I Série*. Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa.
- Rodrigues, C., Figueiredo, M. (2003). Concepções sobre a doença mental em profissionais, usuários e seus familiares. *Estudos de Psicologia, 8* (1), 117-125.
- Villares, C., Redko, C., Mari, J. (1999). Concepções de doença por familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 21* (1), 36-47.
- World Health Organization. (2004). Investing in mental health. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/media/investing_pdf
- World Health Organization - Europe (2005). Mental health: facing the challenges, building solutions: report from the WHO European Ministerial Conference. Disponível em: <http://www.euro.who.int/document/E87301.pdf>