

SIGNIFICADOS PSICOCULTURAIS ATRIBUÍDOS POR PACIENTES PORTADORES DE TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR ÀS VIVÊNCIAS DAS FASES DEPRESSIVAS REMITIDAS UM ESTUDO CLÍNICO-QUALITATIVO



Elyane Daltri Lazzarini Cury e Egberto Ribeiro Turato

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

Palavras chave: Transtorno bipolar; acontecimentos que mudam a vida; pesquisa qualitativa; depressão bipolar.

INTRODUÇÃO

O TAB é classificado como um *transtorno do humor*. O paciente com TAB II cursa com episódios depressivos maiores e episódios hipomaníacos. Quem desenvolve um transtorno de humor perde o senso de controle deste humor, vivenciando uma experiência subjetiva, que pode ser de grande sofrimento. Pacientes com humor deprimido (depressão) apresentam perda de energia, anedonia, sentimentos de culpa, dificuldade para concentrar-se, perda do apetite e ideias de morte e suicídio. Outras alterações dos transtornos de humor incluem: alteração dos níveis de atividade, capacidades cognitivas, linguagem e funções vegetativas. Todos esses sintomas quase sempre comprometem o funcionamento interpessoal, social e ocupacional (KAPLAN et al., 1997; American Psychiatric Association-APA, 2000). Se utilizarmos o conceito de *espectro bipolar* para definirmos TAB, a prevalência sobe para 5% a 8% (LIMA et al., 2005).

Os indivíduos diagnosticados com TAB experimentam seus sintomas, evidentemente, dentro de um contexto fundamentado em crenças culturais, valores e normas (WARREN, 2007). A literatura sobre essa faceta do TAB tem abordado principalmente os temas: qualidade de vida dos pacientes; aderência a tratamentos/prevenções e suas implicações; e pesquisas com os profissionais da saúde. Contudo, há pouca literatura que aborde especificamente o *significado psicológico*, através de pesquisas qualitativas sob o enfoque das ciências humanas, sobre crises depressivas para as vidas dos pacientes.

Na literatura existente, pode-se dizer que a depressão bipolar e sintomas residuais de depressão estão negativamente relacionados à qualidade de vida em pacientes com TAB (GAZALLE et al., 2006), podendo acarretar dificuldades no trabalho, nas relações interpessoais e atrapalhar a funcionalidade (DEAN et al., 2004). A qualidade de vida é inversamente proporcional com o nível da depressão e é pior em bipolares do que em unipolares (YATHAM et al., 2004). Quanto ao prejuízo profissional especificamente, há dois pilares que determinam a boa preparação de indivíduos com TAB para entrar no mercado de trabalho: recuperação completa de uma fase aguda do TAB; e o bom ajuste entre o indivíduo, o suporte, o trabalho e outros amplos componentes contextuais (TSE e YEATS, 2002).

Julga-se importante entender os sentimentos, crenças e comportamentos dos pacientes bipolares acerca das suas fases depressivas, dado o intenso impacto que a depressão gera sobre a vida de tais indivíduos. Sabemos da relevância clínico-epidemiológica desses quadros em saúde mental. Sendo assim, é imprescindível que os profissionais da área conheçam os significados humanos de tais vivências, facilitando a relação profissional-paciente e ajudando o doente a elaborar emocionalmente sua doença, contribuindo, por exemplo, para o aumento da adesão do tratamento profilático às recidivas para uma melhora global na qualidade de vida dos mesmos.

OBJETIVOS

- significados psicológicos atribuídos à doença que gerariam reações emocionais e atitudes adversas em pacientes que vivenciaram fases depressivas, tais como diminuição da auto-estima e ideia suicida;
- a dinâmica do manejo psicológico dos entrevistados frente a constrangimentos que seriam restritivos à qualidade de suas interações sociais;
- o entendimento sobre a natureza da depressão, ou seja, se é uma tristeza com motivo desencadeador ou sem uma razão percebida;
- as percepções pessoais sobre a eficácia do tratamento.

SUJEITOS E RECURSOS METODOLÓGICOS

Amostragem foi composta por 11 pacientes adultos, com 18 anos completos ou mais, com quadro anterior confirmado de fase depressiva do transtorno bipolar em atual fase de remissão,

conforme diagnóstico da equipe de psiquiátrica dos serviços ambulatoriais do HC/Unicamp; que apresentaram condições clínicas, emocionais e intelectuais mínimas para submeter-se a uma entrevista de natureza psicológica. Além disso, concordaram com o consentimento de participação na pesquisa através do termo competente. Foram realizadas entrevistas a partir de questões disparadoras que compuseram o roteiro da entrevista semidirigida de questões abertas. Em cada uma delas foi feita a abordagem clínico qualitativa (Turato, 2010), buscando interpretar significados que as fases depressivas tiveram para cada pessoa. Tratamento dos dados pela técnica de Análise Qualitativa de Conteúdo e discussão dos resultados no quadro teórico de referenciais psicodinâmicos da Psicologia médica. O fechamento da amostra foi realizado por saturação de informações, isto é, quando novas entrevistas não adicionarem falas significativas frente aos objetivos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram feitas leituras flutuantes das entrevistas transcritas em que apareceram recortes de falas de profunda representatividade das fases depressivas que esses pacientes vivenciaram. A existência de frases como: "Nunca fiquei tão triste", "Não queria ver ninguém", "Não me alimentava, nem me lavava mais", "Somente solidão", "Angústia", "Lágrimas escorriam", "Viver para quê?", "Via muito caixões e túmulos", "Só pensava em morte, cenas macabras", "Deus venha me buscar" e "Tentei me matar", relatam os sentimentos de solidão, isolamento, tristeza profunda, desânimo, diminuição dos cuidados pessoais, em resumo, o descuido com a vida, a vontade de morrer e o mais grave, a tentativa de morte. Demonstra a falta de esperança em relação à vida, sendo a morte a única saída para o fim de tanto sofrimento. Refletindo, assim, de maneira negativa na qualidade de vida dessas pessoas. Outro ponto muito freqüente nas entrevistas é retratado pelos seguintes recortes: "Era julgado a todo momento por todos", "A depressão é o fundo do poço, mas a mania judia mais", "Na depressão sentem dó, na mania riem de você", "Medo da mania", "Na depressão fico só, na mania...", refletem o manejo frente aos constrangimentos causados pelas crises depressivas e maníacas, em que se sentiam impotentes em relação a sua condição e ao julgamento das pessoas com as quais conviviam. Porém uma discussão interessante presente nessas falas é o maior incômodo, na fase de remissão, que a mania causa. Analisando com maior profundidade esse dado, chegamos a conclusão de que, durante as fases de mania, os pacientes passavam por situações extremamente constrangedoras publicamente, as quais marcaram significativamente suas vidas. Já as fases depressiva, apesar de serem de intenso sofrimento no momento em que a vivenciaram, não causavam tais constrangimentos e quando se recuperavam não sentiam vergonha de enfrentar a "sociedade". Ao questionarmos sobre a existência ou não de um motivo desencadeador para a depressão nos deparamos com o seguinte resultado: "A primeira depressão foi por causa do meu relacionamento, as demais não sei", "Minha vida é cheia de solavancos", "A depressão veio da solidão" e "O motivo era a vergonha após a mania", a princípio os resultados são conflitantes em relação à definição de depressão bipolar, a qual, diferentemente da depressão unipolar, não tem um fator desencadeante para a sua existência. Porém, após refletir sobre os dados em mãos concluímos que as justificativas apresentadas representam a necessidade, por parte dos pacientes, em encontrar uma razão para o sofrimento por eles vivido durante as fases depressivas. Em relação à eficácia e a adesão ao tratamento, foram colhidos os seguintes relatos: "Demorei para entender, mas quando aceitei, comecei a me tratar e tudo ficou melhor", "Trato para não ter crises", "Faço certinho o tratamento, tenho muito medo", "Tratar me faz amar a vida", nesse ponto os depoimentos são claros, a adesão depende da aceitação da condição de doença. Nesse ponto a postura dos familiares, apoiando-os é de profunda importância, assim como o papel dos médicos, estabelecendo uma relação de confiança entre médico-paciente. A partir do momento da aceitação e da aquisição de confiança, a adesão promove sim um controle



CONCLUSÃO

Baseado nas falas e na interpretação das mesmas foram criadas as seguintes categorias:

- 1) "Fim da linha": a qual representa de maneira enfática o desespero e a falta de esperança frente a depressão bipolar.
- 2) "Depressão fico só, mania vergonha": representa a vivência da mania como sendo mais sofrida do que a depressão, mesmo essa sendo angustiante e sem saída, devido ao grande constrangimento social.
- 3) "A depressão veio da solidão": Mostra a racionalidade como mecanismo de aceitação, em que sempre deve haver um motivo que justifique o sofrimento profundo vivenciado pelos pacientes.
- 4) "Tratar me faz amar a vida": resume o sucesso de um tratamento bem sucedido e o quanto essas pessoas passam a valorizar a vida após passarem por vivências tão difíceis, as quais marcaram suas vidas.

REFERÊNCIAS

- BOLGE, S.C. et al. *Characteristics and symptomatology of patients diagnosed with unipolar depression at risk for undiagnosed bipolar disorder: a bipolar survey*. CNS Spectr., v. 13, n. 3, p.216-224, mar. 2008.
- BROWN, J.B. et al. *Caring for seriously mentally ill patients. Qualitative study of family physicians' experiences*. Can. Fam. Physician., v. 48, p.915-920, mai. 2002.
- CLATWORTHY, J. et al. *Adherence to medication in bipolar disorder: a qualitative study exploring the role of patients' beliefs about the condition and its treatment*. Bipolar Disord., vol. 9, n. 6, p.656-664, set. 2007.
- DIAS, R.S. et al. *Transtorno bipolar do humor e gênero*. Rev. psiquiatr. clín., São Paulo, vol. 32, n. 2, 2006.
- DIAS, V.V. et al. *Insight, quality of life and cognitive functioning in euthymic patients with bipolar disorder*. J Affect Disord., vol. 110, n.1-2, p.75-83, set. 2008.
- GAZALLE, F.K. et al. *Manic symptoms and quality of life in bipolar disorder*. Psychiatry Res., vol. 153, n. 1, p. 33-38, 4 jun. 2007.
- GONZALEZ-PINTO, A. et al. *Suicidal risk in bipolar I disorder patients and adherence to long-term lithium treatment*. Bipolar Disord., vol. 5, n.2, p. 618-624, 8 out. 2006.
- GOOSSENS, P.J. et al. *The nursing of outpatients with a bipolar disorder: what nurses actually do*. Arch. Psychiatr. Nurs., 22, n. 1, p. 3-11, fev. 2008.
- JACKSON, W.C. *The importance of facilitating adherence in maintenance therapy for bipolar disorder*. J. Clin. Psychiatry., vol. 69, n. 1, jan. 2008.
- SCOTT, J.; COLOM, F. *Gaps and limitations of psychological interventions for bipolar disorders*. Psychother Psychosom., vol. 77, n. 1, p. 4-11, 2008.
- TURATO, E.R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. 5a ed. Petrópolis: Vozes, 2011.