

Saúde mental no Sudão

Mental health in Sudan

SILVIA S. YASUDA

Médica psiquiatra dos Médicos Sem Fronteiras (MSF) que já participou de missões no Sudão e em Mianmar

Recebido: 04/08/2008 – Aceito: 05/08/2008

Yasuda SS / Rev Psiq Clín. 2008;35(6):239

Nos últimos dias de janeiro de 2007, já no final da residência, recebi um telefonema dos Médicos sem Fronteiras (MSF): havia sido aceita para integrar a organização como psiquiatra! A preocupação com plantão, consultório e pós-graduação deu lugar a dúvidas sobre exercer a psiquiatria em uma cultura tão diferente. Quando a missão para o Sudão se definiu, passei horas a fio lendo e estudando sobre o povo, sua cultura e os aspectos econômicos desse país.

O Sudão é o maior país da África em extensão territorial, com centenas de etnias e línguas diferentes, e abriga uma população de 41 milhões, dos quais 40% vivem abaixo da linha de pobreza. A expectativa de vida não atinge 59 anos de idade. Os conflitos renderam 5,3 milhões de deslocados internos, que sobreviveram a violência, tortura, estupros e assassinatos.

Em Habilla, oeste de Darfur, o hospital do MSF dispunha, para uma população de 20 mil habitantes, de ambulatórios geral, da mulher, centro de nutrição e enfermaria. Eu chegava para acrescentar cuidados à saúde mental. O foco de meu trabalho era capacitar os funcionários locais em relação ao atendimento de diferentes níveis de complexidade.

A tradição local explicava os fenômenos psicóticos como possessão do demônio. A maioria dos pacientes procurava o curandeiro religioso, que escrevia partes do Alcorão em uma tábua, lavava e dava o líquido resultante para o paciente beber. Alguns melhoravam e os demais passavam a se convencer do benefício do tratamento que oferecíamos quando percebiam os resultados. O caso de maior impacto pessoal foi o de um paciente de 25 anos que desenvolveu quadro psicótico após o saque e destruição de sua propriedade. Quando o visitamos pela primeira vez, após um ano e meio isolado e acorrentado, sob um teto e uma parede de palha e outra de plástico,

vimos um ser nu, com higiene precária (fezes, urina e larvas no chão), desnutrido e que não conseguia andar em razão da anquilose. A mãe e o irmão viviam afastados por medo de sua agressividade (no passado remoto) e resistiam à aproximação. Quando a medicação começou a surtir efeito, eles aderiram ao tratamento completamente, apesar de viverem em condições muito difíceis (ela esmagava o comprimido de neuroléptico numa pedra). Uma intervenção simples, levando informações e medicação, mudou a vida desse paciente. Infelizmente, ele não era o único, porque acorrentar havia sido a única solução que a comunidade encontrara para pessoas com sintomas semelhantes.

Também tratávamos casos de epilepsia. De forma geral, a população acreditava que durante a crise convulsiva poderia adquirir a doença se respirasse o mesmo ar que o do paciente. Em algumas semanas, passei a notar que grande parte deles tinha cicatrizes por queimadura. A explicação viria da simples observação de que o costume local era cozinhar com carvão no chão, então era comum caírem sobre o fogo ou brasa durante a crise. Novamente, informação, aconselhamento e medicação trouxeram esperança para muitos pacientes que não se permitiam pensar em casar nem ter filhos por causa do estigma social.

Voltei para casa após nove meses. É difícil passar um dia sem que pense nas pessoas de lá. O sofrimento, a escassez de recursos pela falta de alimentos, saneamento, luz e assistência à saúde, sim, tudo isso vem à memória, mas apenas secundariamente. Talvez nove meses tenham sido suficientes para eu transmitir alguns conhecimentos básicos na abordagem de saúde mental, mas tenho certeza de que precisaria de muito mais para aprender sobre a perseverança, a força e a dignidade desse povo.