

## Relações Familiares: Reações da Família Frente a um Membro Portador de Transtorno Bipolar

Pâmela Rosa Coser<sup>1</sup>  
Tatiana Lima Both<sup>2</sup>

### Resumo

Este estudo objetivou compreender as reações familiares frente a um membro portador de Transtorno Bipolar (TB). Buscou-se entender a repercussão do diagnóstico para a família, identificar as mudanças das atitudes da família após receber a notícia do diagnóstico e identificar os pensamentos, sentimentos e comportamentos frente ao familiar portador de TB. O estudo foi desenvolvido a partir de abordagens metodológicas qualitativas com a participação de familiares de cinco pacientes portadores de TB, que responderam a uma entrevista semiestruturada. Através da análise das entrevistas, constatou-se que o diagnóstico pouco altera em relação aos sentimentos despertados na família. Porém, os pensamentos tornam-se positivos após o entendimento do comportamento decorrente do TB. A aceitação da doença e do tratamento reflete num sentimento de apoio, entretanto, constatou-se sobrecarga familiar, seja pela contenção dos sentimentos negativos, pelos cuidados despendidos ou pela instabilidade do paciente.

Palavras-chave: Família; Transtorno Bipolar; Relações Familiares.

## Family Relationship: Family Reactions Face to a Member With Bipolar Disorder

### Abstract

This research aimed to understand the family reactions face to member with bipolar disorder. The impact of the diagnosis for the family aimed to understand and identify the changes in family's attitudes after receiving the news of the diagnosis and to identify the thoughts, feelings and behaviors face to familiar with bipolar disorder. This research was developed from the qualitative methodological approaches with relatives of the five patients with bipolar disorder that answered a semi structured interview. Through to analysis of the interviews aimed there is a little change in the diagnosis in relation to the feelings aroused in the family. However the thoughts become positive after the understanding the behavior by bipolar disorder. The acceptance of disease and treatment reflects to support feeling and realized family burden, either by suppression of negative feelings, or for the care expended by the instability of the patient.

Key-words: Family; Bipolar Disorder; Family Relationship.

O transtorno mental remete à classificação nosológica com o objetivo de auxiliar os profissionais a selecionarem tratamentos adequados para o sujeito que o possui. Os estudos científicos nesse âmbito tendem a se estender para a população no sentido de

proporcionar melhor qualidade de vida à mesma, auxiliando pessoas com transtornos mentais e seus familiares a buscarem serviços na área de saúde mental.

1 Pós-graduanda em Dinâmica das Relações Conjugais e Familiares (Faculdade Meridional – IMED), Passo Fundo, RS. E-mail: [pami\\_coser@hotmail.com](mailto:pami_coser@hotmail.com)

2 Mestre em Psicologia Social e Institucional (UFRGS). Especialista em Atenção e Humanização do SUS (UFRGS, ESP, Ministério da Saúde). Psicóloga Secretária Municipal da Saúde de Passo Fundo. Professora e Supervisora de Estágio de Psicologia da Faculdade Meridional – IMED, Passo Fundo, RS. E-mail: [tatiboth@imed.edu.br](mailto:tatiboth@imed.edu.br)

Embora não se tenha conquistado uma desmistificação em relação às mais variadas formas de sofrimento psíquico, como alcançado nas doenças físicas (hipertensão, diabetes, entre outras), a propagação de informações visa tanto dar acesso à saúde, como diminuir o preconceito em relação às pessoas que são portadoras de transtornos mentais. Desta forma, Sant'Ana, Pereira, Borenstein e Silva (2011) destacam que essas transformações na saúde mental visam inserir os portadores de transtorno mental e seus familiares como protagonistas de um processo que busca inovar as formas de atenção.

Um dos transtornos que ganha disseminação de informação nos meios de comunicação é o Transtorno Bipolar (TB). Gomes e Lafer (2007) o definem como “uma doença grave, caracterizada pela recorrência de episódios de depressão e mania, o que acarreta enorme impacto na qualidade de vida daqueles acometidos” (p. 01). Essas características desestabilizam o sujeito que o possui e, conseqüentemente, a família.

Para a família a convivência com o transtorno mental implica em sobrecarga caracterizada por dificuldades que se apresentam na forma de problemas de relacionamento com o familiar, estresse por conviverem com o humor instável e a dependência do portador de sofrimento psíquico, bem como o medo de recaídas e do comportamento durante as crises (Borba, Schwartz & Kantorski, 2008). Nesse sentido, entende-se que existe uma articulação entre os sintomas e a forma que a família lida com eles e, por conseqüência, como o portador do TB entende as reações da família. Se existe uma sobrecarga no sistema familiar, se questiona até que ponto a família consegue manter as expectativas que se tem em torno de sua funcionalidade.

Minuchin (1990) considera que a estrutura familiar é o contíguo invisível que se organiza de tal forma que seus membros interagem seguindo exigências funcionais. A família, então, pode ser vista como um sistema que atua através de padrões transacionais, que, quando repetidas estabelecem modelos de como, quando e com quem se relacionar, e estes padrões acabam por reforçar o sistema familiar.

Considera-se que existe um adequado desenvolvimento familiar quando os membros da família são diferenciados, quando a ansiedade é baixa e os parceiros mantêm um bom contato emocional com os filhos e as próprias famílias (Nichols & Schwartz, 2007). O ciclo de vida familiar deve ser um processo em expansão, contração e realinhamento do sistema de relacionamentos para suportar a entrada, a saída e o desenvolvimento dos membros da família. Na situação ideal, o controle parental sobre os filhos não é excessivo, e estes crescem em uma atmosfera que apoia seus sentimentos, onde os pais ouvem os filhos, aceitam seus sentimentos e validam suas vivências. Neste ambiente o afeto é valorizado e nutrido (Carter & McGoldrick, 2008).

Segundo a teoria geral dos sistemas, para Carter e McGoldrick (2008) as famílias funcionais, como sistemas vivos, precisam manter a integridade diante de desafios ambientais por meio de feedback negativo, expondo que nenhum sistema vivo pode sobreviver sem uma estrutura coerente. Além disso, as famílias funcionais também se utilizam de feedback positivos, neste sentido a teoria propõe que o feedback negativo é resistente a disrupções para manter a

circunstância estável, enquanto o feedback positivo amplifica as inovações para acomodar as circunstâncias alteradas.

As autoras supracitadas descrevem que a perspectiva do ciclo de vida familiar vê os sintomas e as disfunções em relação ao funcionamento normal ao longo do tempo, tendo conhecimento que o estresse familiar é geralmente maior nos pontos de transição de um estágio para outro no processo desenvolvimental da família, e os sintomas tendem a aparecer quando há uma interrupção ou deslocamento no ciclo de vida familiar em desdobramento.

A partir disso, torna-se pertinente questionar aqui o quanto funcional consegue ser uma família com membro portador de Transtorno Bipolar quando os detalhes da vida cotidiana incluem as alterações de humor e outros comportamentos provenientes desse membro.

### Método

Este estudo, de cunho descritivo, foi desenvolvido por meio de abordagens metodológicas qualitativas. Participaram familiares de cinco sujeitos com diagnóstico de Transtorno Bipolar, que estavam em atendimento psicológico na rede pública de saúde (Centro de Atendimento Integral à Saúde - CAIS), em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul, sendo estes: pai, mãe e irmãos em sujeitos solteiros ou separados/divorciados, e marido ou esposa no caso de sujeitos casados, totalizando 8 participantes. Após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Meridional, a coordenadora do CAIS foi contatada para o início da coleta de dados.

Quanto à coleta de dados, os conteúdos foram compilados por categorias de respostas através da técnica de análise de conteúdo de Bardin (1991), na proposta de Moraes (1999). Os dados que suscitaram das discussões dos casos foram analisados e agrupados em uma grande categoria denominada: Convivendo com o Transtorno Afetivo Bipolar: a família; subdividida em: A) Reações da família ao receber o diagnóstico; B) Mudanças do comportamento da família após receber o diagnóstico; C) Sentimentos, pensamentos e comportamentos gerados na família.

### Resultados e discussão

A tabela 1 representa a identificação dos familiares dos pacientes portadores de TB, e, por questões éticas, os participantes foram identificados por letras e números:

**Tabela 1:** Identificação dos participantes do estudo

Paciente	Participantes da família	Codificação
Paciente 1	Pai	F1Pai
	Mãe	F1Mãe
Paciente 2	Mãe	F2Mãe
	Irmã	F2Irmã
Paciente 3	Pai	F3Pai
	Mãe	F3Mãe
Paciente 4	Marido	F4Marido
Paciente 5	Marido	F5Marido

## Convivendo com o transtorno bipolar: a família

### A. Reações da família ao receber o diagnóstico

Ao discorrer sobre os Transtornos Mentais temos em mente uma grande evolução da sociedade no enfrentamento dessas doenças “invisíveis”, porém o relato de portadores de TB deixa claro que existe certo distanciamento e uma busca por algo físico que possa ser tangível para que as pessoas passem a entender e aceitar a doença.

Atualmente, o TB é considerado um dos distúrbios psiquiátricos mais graves no mundo. De caráter crônico, causa incapacitação profissional e social e caracteriza-se pela ocorrência alternada de episódios agudos de mania com momentos ora de depressão, ora remissão (Hisatugo, Yagizi & Del Porto (2009).

Borba, Paes, Guimarães, Labronici e Maftum (2011) referem que o transtorno mental é entendido e explicitado pelo desequilíbrio nas dimensões humanas, sejam elas físicas, psíquicas, emocionais, entre outras, manifestadas por sentimentos de tristeza, angústia e sofrimento, interferindo nas relações do sujeito com a família e a comunidade. Os autores ainda pontuam que ao falar em saúde mental somos remetidos à capacidade de lidar com as exigências e os limites impostos pelo cotidiano. O recebimento do diagnóstico de transtorno mental gera sentimentos que caminham entre a aceitação e entendimento de algumas situações, como também a não aceitação, o medo da rotulação e da incapacidade de continuar a desenvolver as tarefas cotidianas.

Nota-se a existência de dificuldades devido à falta de conhecimento dos transtornos mentais, o que suscita uma diversidade de pensamentos e ideias, na maioria das vezes equivocadas, sobre ser o portador de um transtorno mental. Assim, Barroso, Bandeira e Nascimento (2009) mencionam a importância de analisar a sintomatologia e o manejo dos comportamentos problemáticos dos pacientes, o que requer intervenções educativas junto aos familiares, visando adicionar maior conhecimento sobre os transtornos mentais, seu tratamento e as formas de lidar com os pacientes.

É importante destacar a dificuldade dos portadores de TB em aceitar que necessitam de tratamento ininterrupto e vitalício. Segundo Santin, Ceresér e Rosa (2005) as taxas de não-adesão são altas no TB, representando 47% em alguma fase do tratamento ou 52% durante um período de dois anos, enquanto que pacientes inicialmente tratados com lítio permanecem em tratamento somente por seis meses. As taxas de não adesão, conforme Miaso, Cassiani e Pedrão (2011), podem aumentar a recorrência de mania e a vivência das crises do transtorno, constituindo uma das causas associadas com re-hospitalização e suicídio.

Miaso Cassiani e Pedrão (2011) apontam que o medicamento é colocado em um contexto geral de significações, marcado tanto por aspectos negativos como sofrimento, doença, controle, necessidade, obrigação, hábito e culpa, ou por aspectos positivos, como a possibilidade de convívio com as pessoas, controle das crises, diminuição de reinternações e apoio, refletindo as condições causais da ambiguidade do tratamento. [...] *Ela nunca aceitou a doença, dizia*

*que preferia morrer a ter essa doença que não matava. [...] Ela não aceitava porque não se dominava. F1Irmã*

Em relação ao tratamento do transtorno mental, Borba et al. (2011) é mencionam que para sua efetividade a pessoa precisa tomar consciência de sua condição e querer buscar ajuda, incluindo a adesão ao tratamento medicamentoso, psicoterápico e a inclusão de outras atividades. Além disso, a busca da família por conhecimento é de primordial importância quando se pensa em auxiliar o paciente portador de TB, pois acaba instrumentalizando os membros da rede familiar no que se refere ao entendimento dos processos da doença e à como ajudar no tratamento. [...] *A gente via que não era normal aquela agitação, sabe. [...] Daí foi dito que era um tal de Transtorno Bipolar, a irmã dele disse que podia ser isso, porque ela já vinha lendo sobre isso. F3Mãe*

De acordo com Miaso et al. (2011), a vivência das crises do transtorno é gradativamente acompanhada por perdas e limitações nas várias esferas da vida cotidiana. Porém, após a descoberta do diagnóstico torna-se mais pacífica a aceitação do problema, visto que o sujeito passa a ser visto como portador de um transtorno. Nesse aspecto, Nichols e Schwartz (2007) descrevem a teoria narrativa como uma forma de ressignificar o sujeito e a realidade onde vive, afirmando que as experiências vivenciadas por estes são fundamentalmente ambíguas, e que seu significado não é aparente ou inerente, mas que propicia múltiplas interpretações.

Dentro da terapia narrativa busca-se perguntar e perguntar de novo com o objetivo de fazer com que essas questões gerem experiência para o paciente, não sendo voltadas para a coleta de informações, sabendo que neste sentido, experiência, no contexto narrativo, diz respeito aos recortes feitos pelos pacientes por meio da atribuição de significados. As questões geradoras favorecem novos arranjos temáticos ao permitirem ouvir os silêncios das expressões ausentes dentro e em torno das palavras faladas (Grandesso, 2000).

Além disso, Watzlawick, Beavin e Jackson (2011) referem que na utilização da teoria da comunicação pode-se pensar na existência de ruídos através da transmissão de informações e, que estes podem ser entendidos a partir de uma nova ótica familiar. O objetivo da terapia familiar da comunicação é agir deliberadamente para alterar padrões de interação que funcionam mal. A psicoterapia interessa-se em, indubitavelmente, pela comunicação correta e corretiva, onde de fato o êxito ou fracasso de qualquer interpretação dependerá tanto da capacidade do psicoterapeuta para traduzir de um modo ao outro, como da disposição do paciente para trocar a sua própria fala por outras mais adequadas e menos penosas.

A partir disso, nota-se que existem diferentes mobilizações com a descoberta do diagnóstico, e assim, pode-se observar como os portadores de TB notam as repercussões da sintomatologia apresentadas pelo transtorno nos familiares através das reações expostas por estes.

### B. Mudanças do comportamento da família após receber o diagnóstico

A família é a célula mestra da sociedade contemporânea, atuando não só para a continuação da existência dos indivíduos, mas

também para a proteção e socialização de seus membros. O grupo é responsável pela sobrevivência cotidiana, reunindo recursos para a satisfação das necessidades básicas, desenvolvendo estratégias em que rendas são obtidas e agrupadas em um orçamento comum (Ramagnoli, 2006).

Estevam, Marcon, Antonio, Munari e Waidman (2011) aludem que a família tem um lugar delimitado quando se refere ao tratamento do doente mental, e é inegável a sobrecarga a que ficou sujeita ao ter que assumir uma função ativa no processo de melhora do seu familiar portador de transtorno mental.

Segundo Colvero, Ide e Rolim (2004), trabalhar com a questão família e doença mental compreende visualizar como é a vida cotidiana do familiar de um portador de doença mental e sua convivência com a doença, podendo, assim, identificar as representações estabelecidas desta família acerca do fenômeno saúde-doença.

A presença do sofrimento mental no ambiente familiar provoca mudanças nas rotinas, nos hábitos e costumes da família. Sabe-se que com o recebimento do diagnóstico há a necessidade de adaptação à nova situação, pois, o estigma social, a dependência e as implicações da cronicidade do quadro clínico podem produzir uma sobrecarga na família e, gerar conflitos, sentimentos de incredulidade, perda do controle e medo, podendo desgastar essas relações (Borba et al., 2008). [...] *A gente tenta não contrariar ele, pra não ver ele brabo, porque mesmo com a medicação às vezes ele embrabece. P3Mãe. [...] Na minha pessoa mudou bastante, hoje eu convivo com ela numa boa, eu tento entender mais, mas claro que de lá pra cá só piorou. F5Marido*

Nos relatos acima é identificada uma situação em que o marido ressalta que, por mais que a esposa esteja em tratamento, tanto psicológico como psiquiátrico, ele acaba não identificando uma melhora significativa no quadro apresentado pela portadora, e que esse comportamento só vem se agravando com o passar dos anos.

Borba et al. (2008) descrevem que o fato de a família ser o centro de auxílio no tratamento e não mais o hospital psiquiátrico ocorre com frequência. A assistência prestada às famílias que procuram ajuda e suporte nos serviços de saúde mental acaba trazendo consigo demandas bastante variadas, tais como a dificuldade de lidar com as situações de crise e com os conflitos apresentados pelos portadores de transtorno mental, gerando nesta família sentimentos de culpa e pessimismo quanto ao enfrentamento da doença, assim como dificuldades no relacionamento e questões materiais da vida cotidiana.

Pereira e Jr. (2003) destacam que existe um pensamento central na família: a ideia que o transtorno mental é penoso para quem vivencia a doença e também para a família que convive no cotidiano com esta situação. A partir disso, é imprescindível que possa ser despendido um novo olhar para a família do portador de TB, uma vez que acabam sofrendo com as situações vivenciadas junto com o familiar doente.

De acordo com Estevam et al. (2011), a família é vista não só como grande aliada, mas também como necessitada de cuidado por parte

dos profissionais de saúde, precisando trabalhar juntamente com os prestadores dos serviços de saúde mental, do cuidado ao portador de sofrimento psíquico, estabelecendo uma rede de relações que proporcione uma convivência saudável entre os usuários, os profissionais da saúde, os familiares e a sociedade.

Em relação a sobrecarga família, Barroso et al. (2009) observaram que os fatores fortemente associados são os comportamentos problemáticos dos pacientes, os sintomas negativos, as perdas ocupacionais, financeiras e de suporte social decorrentes da doença e as dificuldades dos pacientes no desempenho de papéis sociais, e também, que os familiares apresentam maior grau de sobrecarga quando moram com os pacientes. Desse modo, Navarini e Hirdes (2008) afirmam que à medida que ocorrem recaídas no quadro psicopatológico do portador de transtorno mental, algumas famílias aprendem a manejar suas próprias dificuldades pelo ensaio e erro, aprendendo também a manejar alguns sintomas do portador de transtorno mental, tal como a agressividade.

Pimenta e Romagnoli (2008) enfatizam o fato de que muitas vezes os profissionais de saúde julgam o comportamento familiar, em vez de tentar entendê-los e efetivar seus laços, e, conseqüentemente, criam barreira que acabam afastando essas pessoas. É possível constatar que sempre existirá algum membro da família que assume o lugar de responsável pelo paciente, sabendo que é inegável a importância da família em todo o processo de melhora do portador de transtorno mental.

### C. Sentimentos, pensamentos e comportamentos gerados na família

De acordo com Navarini e Hirdes (2008), alguns profissionais da saúde perceberam a necessidade de reconhecer a família como um membro integrante do cuidado prestado ao seu familiar doente, visando uma contribuição favorável no prognóstico da doença. Porém, parece difícil cuidar da família do ser portador de doença mental sem ter uma concepção prévia do significado de vivenciar esta doença. A presença de uma pessoa com transtorno mental produz um impacto nos familiares, tendo em vista a sobrecarga por demandas que envolvem a função de acompanhar seus membros adoecidos e cuidar deles. [...] *A gente tá mais tranquilo porque sabe que ele tá medicado, mas a gente não tem essa certeza de que isso vai dar certo. F3Mãe. [...] A gente tá sempre preocupada sabe! Por mais que esteja fazendo o tratamento e tudo, a gente tá sempre com aquele receio. F1Mãe*

Embora os familiares percebam que após o início do tratamento existe uma diminuição do sintoma, a incerteza frente à melhora do paciente continua presente. Ao passarem por diversas fases do transtorno, diferentes tipos de tratamento e pelas próprias mudanças de comportamento, a dificuldade em acreditar que não haverá obstáculos permanece. Estas limitações compreendem a não adaptação ao medicamento, a dificuldade de adesão ao tratamento medicamentoso e/ou tratamento psicológico, bem como ao abandono do tratamento durante os episódios de estabilização do humor.

Barroso et al. (2009) destacam a dificuldade dos familiares ao lidar com pacientes em momentos de crise, requerendo um acompanhamento intenso pelos profissionais de saúde mental,

apoio e orientação aos familiares, tais como equipes volantes e visitas em domicílio. Sugerem, ainda, desenvolver estratégias de enfrentamento eficazes como um fator a ser incluído em intervenções junto aos familiares, visando diminuir o impacto social e profissional em suas vidas por cuidarem de um paciente psiquiátrico, evidenciando a necessidade de um acompanhamento intensivo e efetivo dos serviços de saúde mental aos pacientes e familiares.

Borba et al. (2011) aludem em seu estudo que os participantes externaram que as famílias diante do diagnóstico de transtorno mental sentem-se na maioria das vezes impotentes, fragilizadas, culpadas e podem negar a existência do transtorno.

No relato abaixo é identificado um sentimento que pode ser definido como impotência, já que as tentativas de mudança não apresentaram grande eficácia, no entanto o paciente consegue manter-se estável. Nota-se que o que resta é a resignação, contudo esse sentimento pode ser considerado uma forma de resiliência da família. [...] *A gente aprendeu a aceitar como ela é, aprender a aceitar... como elas são, modificar o que a gente pode modificar, e ter sabedoria pra distinguir as coisas, senão fica difícil de andar. F1Pai. [...] Ficava mais “faceiro” antes do tratamento, em tudo né, ela era mais companheira. F4Marido*

Quando o participante acima refere que ficava mais “faceiro” antes do tratamento, quer dizer que os medicamentos deixam a esposa em estado eufórico, sabendo que ele faz referência ao antigo estado de euforia da paciente expondo que ela era mais companheira. Existe nessa família uma forte tendência de negação da doença, visto que essa aceitação atingiria diretamente a homeostase familiar.

Ao abordarem a homeostase familiar, Minuchin e Fishman (2003) referem que toda família passa por esses períodos, mas para que ocorram mudanças é necessário que haja períodos de desequilíbrio e transição do sistema familiar, fazendo com que as famílias se desenvolvam positivamente.

É preciso analisar que o transtorno mental não reflete somente na vida do indivíduo enfermo, mas reflete na vivência do grupo familiar onde cada um dos seus integrantes a interpreta e mobiliza sentimentos de forma única. A doença consiste em um fato adverso e inesperado que desorganiza a maneira de ser da família e exige novo arranjo e adaptação à nova situação (Borba et al., 2011). [...] *Eu antes achava que era frescura, quando ela começava vim pro meu lado, nunca vi ninguém com isso aí. Mas daí depois que eu levei ela a primeira vez no hospital muito mal eu mudei meu pensamento, eu vi que a coisa era séria. No começo eu sentia muita raiva, não sei se pelo fato de eu não poder ajudar ou não conhecer o que ela tinha. Até eu dizia pra ela como que eu conseguia me controlar, que eu também tinha meus problemas, e ela dizia “mas você não tem isso”. Agora é mais tranquilo. F5Marido*

De acordo com Navarini e Hirdes (2008) o familiar se desgasta pela convivência com a pessoa portadora de transtorno mental, ocasionando sobrecarga física e emocional. O comportamento imprevisível da pessoa debilita as expectativas sociais e origina incertezas e dificuldades no grupo familiar e na sociedade. Nesse

sentido, Barroso et al. (2009) destacam que o relacionamento dos familiares com os pacientes mostraram que, mesmo se sentindo sobrecarregados, também sentiam satisfação em cuidar do paciente. Uma possível explicação é que a companhia adequada representa um ponto positivo no relacionamento familiar, favorecendo o sentimento de satisfação por cuidar do paciente apesar de ter que realizar muitas tarefas ao fazê-lo. [...] *Como família vendo o antes e o depois, penso que pena que não dá pra voltar no tempo, ser mais carinhosa, dar mais atenção. [...] A mãe, por exemplo, sempre foi forte, mas acabou caindo em depressão, faz tratamento até hoje. [...] Ah! Eu também, a gente acaba desestabilizando, mas a gente tem que ficar bem pra ajudar os outros. [...] Eu nunca senti raiva, ódio dela, sempre dó, diferente do meu irmão que tinha muita raiva e dizia por que ela não se matava de uma vez, porque não conseguia? F2Irmã*

Os terapeutas familiares mencionam que a família é mais do que uma coleção de indivíduos separados, é um sistema, um todo orgânico cujas partes funcionam de uma maneira que transcende suas características separadas. Assim, é importante que a família entenda que contribui com uma parcela das dificuldades do membro portador de TB. É necessário que os pensamentos em torno do transtorno sejam vistos como circular e não linear, uma vez que aprender a pensar em círculos capacita os membros da família a examinar a parcela da equação sobre a qual eles têm controle. Além disso, uma das formas de enfrentar essa situação é utilizando-se da terapia familiar que busca juntar a família para transformar as relações, em vez de isolar seus indivíduos das origens emocionais de seus conflitos, os problemas são tratados na sua fonte (Nichols & Schwartz, 2007).

#### Considerações Finais

Embora o diagnóstico proporcione um entendimento de comportamentos até então incompreensíveis para a família e paciente, não necessariamente é algo reconfortante. Pode-se identificar que em alguns casos o recebimento do diagnóstico de TB pode auxiliar a família e o paciente a operarem juntos para que haja melhora, enquanto que em outros pode haver negação da doença, o que nos remete ao binômio da aceitação-negação do transtorno.

Percebe-se que portador e família enxergam a doença como uma carga que precisa ser levada para o resto da vida, sendo que em alguns casos após o acerto da medicação o humor é estabilizado, possibilitando uma convivência mais tranquila com a doença, enquanto em outros casos, as situações geradas pelo tratamento (por exemplo: tomar medicação) não os deixam esquecer e nem aceitar a doença, gerando sentimentos de frustração, insegurança e incerteza frente ao tratamento.

Observa-se, também, que a família despense esforços demasiados quando interagem com o paciente, evitando expô-lo a situações que possam desestabilizá-lo e conseqüentemente desencadear novas crises. A família sofre com a insegurança do tratamento, visto que existem números significativos de abandono quando os sintomas mais graves são controlados e o humor torna-se eufórico, sabendo que as recaídas tendem a ser muito mais graves.

Assim sendo, a família com portador de Transtorno Bipolar é acometida por uma multiplicidade de sentimentos, comportamentos e pensamentos que acabam girando em torno do membro portador e do transtorno, considerando a dificuldade de ser manejado quando o paciente não está em atendimento, sabendo que traz consigo mudanças que precisam ser assimiladas dentro do que antes era a dinâmica normal da família, o que gera diversas mudanças, tanto positivas como negativas, no convívio familiar.

É notável poucas alterações em relação aos sentimentos de culpa, incerteza frente ao tratamento, medo, aceitação, entre outros, despertados na família. Contudo, os pensamentos podem tornar-se positivos após o entendimento da origem das atitudes, que eram tidas como incompreensíveis, ainda que exista insegurança que

antes era procedente da instabilidade, e agora é sentida em torno da efetividade do tratamento.

Ao observar os comportamentos destaca-se que estes foram imbuídos de maior continência, conforto e não reativos. A aceitação da doença e do tratamento reflete num sentimento de apoio proveniente da família, tendo clareza que do contrário pode haver uma ampliação do quadro psiquiátrico e uma exclusão do membro portador de TB da rede familiar. Conseqüentemente é possível identificar a sobrecarga a que a família fica sujeita, seja pela contenção de sentimentos negativos, pelos cuidados despendidos ou pelos comportamentos instáveis do paciente, mesmo quando em tratamento.

## Referências Bibliográficas

- Bardin, L. (1991) Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70.
- Barroso, S. M., Bandeira, M. & Nascimento, E. (2009). Fatores preditores da sobrecarga subjetiva de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública de Belo Horizonte, Cad Saúde Pública, 25(9), 1957-1968.
- Borba, L.O., Schwartz, E. & Kantorski, L. P. (2008). A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. Acta Paul Enfermagem, 38(2), 197-205.
- Borba, L. O., Paes, M. R., Guimarães, A., Labronici, L. M. & Maftum, M. (2011). A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. Revista Esc de Enfermagem USP. 25(2), 2-19.
- Carter, B., McGoldrich, M. & cols. (2008). As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar - Uma estrutura para a terapia familiar. 2 ed. Porto Alegre: Artmed.
- Colvero, L. A., Ide, C. A. C., & Rolim, M. A. (2004). Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. Rev. Esc. Enfermagem USP, 8(2), 197-205.
- Estevam, M. C., Marcon, S. S., Antonio, M. M., Munari, D. B. & Waidman, M. A. P. W. (2011). Convivendo com transtorno mental: perspectiva de familiares sobre a atenção básica. Revista Esc Enfermagem USP, 45(3), 679-86.
- Gomes, B. G. & Lafer, B. (2007). Psicoterapia em grupo de pacientes com transtorno afetivo bipolar. Revista Psiquiatria Clínica, 34(2), 84-89.
- Grandesso, M. A. (2000). Sobre a reconstrução do significado: Uma análise Epistemológica e Hermenêutica da Prática Clínica. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Hisatugo, C. L. C., Yazigi, L. & Del Porto, J. A. (2009). Cognição, Afeto e Relacionamento Interpessoal de Mulheres com Transtorno Afetivo Bipolar. Psicologia: Reflexão e Crítica, 22(3), 377-385.
- Miasso, A. I., Cassiani, S. H. & Pedrão, L. (2011). Transtorno afetivo bipolar e a ambivalência em relação à terapia medicamentosa: analisando as condições causais. Rev. Esc Emferm., 45(2), 433-441.
- Minuchin, S. & Fishman, H. C. (2003). Técnicas de terapia familiar. Porto Alegre: Artmed.
- Minuchin, S. (1990). Famílias: funcionamento e tratamento. Porto Alegre: Artmed.
- Moraes, R. (1999). Análise de conteúdo. Educação, 22(37), 7-32.

- Navarini, V. & Hirdes, A. (2008). A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. Revista Texto Contexto Enferm, 17(4), 680-688.
- Nichols, M. P. & Schwartz, R. C. Terapia familiar: conceitos e métodos. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- Pereira, M. A. O. & JR, A. P. (2003). Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pelas famílias. Revista Esc Enfermagem USP, 37(4), 92-100.
- Pimenta, E. S. & Romagnoli, R. C. (2008). A Relação com as Famílias no Tratamento dos Portadores de Transtorno Mental Realizado no Centro de Atenção Psicossocial: uma Perspectiva Institucionalista. Dissertação de Mestrado em Psicologia - Faculdade de Psicologia. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.
- Ramagnoli, R. C. (2006). Famílias na rede de saúde mental: Um breve estudo esquizoanalítico. Psicologia em Estudo, 11(2), 305-314.
- Sant'Ana, M. M. Pereira, V. P., Borenstein, M. S. & Silva, A. L. (2011). O significado de ser familiar cuidador do portador de transtorno mental. Texto Contexto Enfermagem, 20(1), 50-58.
- Santin, A., Céreser, K., & Rosa, A. (2005). Adesão ao tratamento no transtorno bipolar. Rev Psic Clínica, 32(1), 105-109.
- Watzlawick, P., Beavin, J. & Jackson, D. (2011). Pragmática da Comunicação Humana. 18 ed. São Paulo: Cultrix.

<i>Recebido em:</i>	19/12/2012
<i>Enviado para análise em:</i>	03/03/2013
<i>Texto revisado pelos autores em:</i>	21/06/2013
<i>Aprovado em:</i>	24/06/2013
<i>Editor responsável:</i>	Vinícius Renato Thomé Ferreira