

TRANSTORNO DO HUMOR BIPOLAR E SUA REPERCUSSÃO PSICOSSOCIAL

BIPOLAR DISORDER AND ITS PSYSHOSOCIAL REPERCUSSION

Luzia Kehrwaldl¹ e Caroline Lúcia Cantarelli Rohde²

RESUMO

O Transtorno do Humor Bipolar é uma doença mental caracterizada pela oscilação do humor que varia entre a mania e a depressão, desencadeando uma série de prejuízos na vida do indivíduo. No presente trabalho, teve-se como objetivo promover uma investigação sobre como o transtorno bipolar afeta o meio psicossocial do indivíduo e também como este vivencia sua patologia; além de compreender qual é a percepção do portador em relação ao transtorno no meio social. Foi realizada uma pesquisa qualitativa, um estudo de caso, com um único indivíduo portador do Transtorno do Humor Bipolar. O instrumento utilizado foi uma entrevista semiestruturada. Com os resultados, constatou-se que o paciente, vive um grande sofrimento e perda dos padrões sociais. A demora no diagnóstico e a falta de tratamento adequado foram consideradas um agravante, bem como a dificuldade de carregar o estigma de transtorno mental. Destacaram-se o desconhecimento e a falta de aceitação do entorno social sobre a doença e também a falta de manejo do profissional da saúde.

Palavras-chave: meio psicossocial, dificuldades.

ABSTRACT

The bipolar disorder is a mental illness characterized by mood swings ranging from mania and depression, triggering a series of losses in the individual's life. This study aimed to promote research on how bipolar disorder affects the individual's psychosocial environment and also how he experiences his

¹ Trabalho de Iniciação Científica - PROBIC.

² Acadêmica do Curso de Psicologia - UNIFRA.

³ Orientadora - UNIFRA.

pathology, and also to understand what is the perception of the individual in relation to the disorder in the social environment. We performed a qualitative study, is a single case study. The instrument used was a semi-structured interview. With the search result, one can see that the individual experiences great suffering and loss of social standards. The delay in diagnosis and lack of adequate treatment was considered an aggravating factor, as well as the difficulty of carrying the stigma of mental illness. It highlighted the ignorance and lack of acceptance of social environment on the disease and also the lack of management of the healthcare professional.

Keywords: *Psychosocial environment, difficulties.*

INTRODUÇÃO

Anteriormente denominada doença maniaco-depressiva, o Transtorno do Humor Bipolar (THB) resulta em variações atípicas no humor, na energia e na capacidade de funcionalidade do seu portador. É uma doença crônica, recorrente e grave, que causa impacto significativo na vida dos pacientes, trazendo uma grande carga para a família e à sociedade em geral. Tal carga é causada por comorbidades psiquiátricas e físicas e pela dificuldade na adesão ao tratamento. A incapacidade funcional ocasionada pela doença se compara a de muitas doenças crônicas (COSTA, 2008). A referida autora cita Murray e Lopez (1997), ao afirmar que, para a Organização Mundial da Saúde, o THB é a sexta causa de incapacidade e a terceira entre as doenças mentais, estando após a depressão unipolar e a esquizofrenia.

Os portadores são atingidos em vários aspectos de suas vidas, como em questões sociais, materiais, econômicas, nas atividades laborais, entre outros, trazendo consequências geralmente bastante importantes e, em alguns casos, catastróficas (CORDIOLI; SHANSIS, 2000).

A escolha do tema surgiu com o interesse de pesquisar sobre as dificuldades encontradas nos relacionamentos familiares e sociais do indivíduo portador do Transtorno do Humor Bipolar (THB). A relevância deste estudo encontra respaldo ao se pesquisar esta patologia para o indivíduo e como este a sente repercutir subjetivamente em seu ambiente. Também pela importância do papel que a família exerce ao vivenciar com o membro portador suas dificuldades no meio psicossocial e nos indivíduos envolvidos diretamente com a doença.

METODOLOGIA

O sujeito da pesquisa foi uma mulher, aposentada, de 37 anos de idade, que tem o diagnóstico de Transtorno do Humor Bipolar. Foi realizado um estudo de caso único a fim de compreender os elementos individuais, objetivando as características significativas dos fatos da vida real do indivíduo a respeito do THB.

Para a realização desse estudo de caso, inicialmente, a participante foi convidada por meio de um contato pessoal, no qual foi explicado sobre o trabalho e agendado um momento para a coleta de dados, ou seja, a entrevista e a observação direta.

No momento da entrevista, foram explicados os objetivos do trabalho com a garantia do sigilo absoluto à participante. Também foi possibilitado a ela um momento para responder às dúvidas e afirmar o compromisso de devolução dos resultados.

A entrevista ocorreu em dia e horário determinado, com duração de 50 minutos, nas dependências de uma Escola Estadual de Ensino Fundamental, em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul. Foi gravada e depois de transcrita, desgravada, respeitando a fidedignidade dos relatos, mediante consentimento da participante, não sendo realizado nenhum procedimento que possa contrariá-la ou prejudicá-la.

Foi realizada uma pesquisa qualitativa, pois se tenta focalizar o que surge do interior da linguagem na qual o homem está mergulhado, da forma que representa o mundo para si mesmo, o sentido das palavras ou das proposições, obtendo-se assim uma representação da própria linguagem (MARTINS; BICUDO, 1994).

A estratégia de pesquisa utilizada foi o estudo exploratório que objetiva proporcionar maior familiaridade com o problema, visando torná-lo mais explícito ou constituir hipóteses, aprimorar ideias ou descobrir intuições (GIL, 2002). Ela consistiu em um estudo de caso único que almejou a compreensão de fenômenos individuais, a fim de identificar as características significativas dos eventos da vida real, preservando seu valor holístico (YIN, 2001).

As fontes de evidências citadas por Yin (2001) utilizadas como procedimentos para a coleta de dados foram a entrevista e as observações diretas. Esse é o método de investigação mais adequado aos estudos qualitativos de caráter exploratório, no qual o pesquisador observa de maneira espontânea os fatos que da situação decorrem. A entrevista é considerada uma técnica muito eficiente para a obtenção de dados em profundidade acerca do comportamento humano, oferece

uma flexibilidade muito maior, bem como se adapta mais facilmente às pessoas e às circunstâncias em que se desenvolve a entrevista (GIL, 2002).

A partir dos resultados obtidos através do estudo de caso, foi realizada uma análise de conteúdo, que permite uma explicação mais clara da fala apresentada, oportunizando a discussão entre os diferentes autores (BAUER; GRASKELL, 2005). É por meio da análise de conteúdo que se podem encontrar respostas às questões formuladas, afirmando ou não ideias estabelecidas antes do trabalho investigativo (MINAYO, 2002).

Na análise de conteúdo, conforme Bardin (2004), inicialmente se fez sistematização de ideias seguida da exploração do material. A partir dos resultados, puderam-se fazer as inferências e interpretações, nas quais os resultados foram tratados de maneira a serem significativos e válidos.

RELATO DO CASO

A participante da pesquisa é uma mulher casada (M.S.), de 37 anos de idade que vive com o marido, um filho de 6 anos de idade e uma filha de 19 anos de outra relação.

M.S. questiona-se sobre o diagnóstico bipolar, comentando sua infância problemática, a demora para receber tal diagnóstico e suas dúvidas sobre a razão de tê-lo. Fala de sua família, mãe doente, irmão esquizofrênico, filho hiperativo, revelando toda a dinâmica familiar em torno da doença. Separou-se de seu esposo e reconciliaram-se inúmeras vezes, devido às suas instabilidades.

A participante foi aposentada por motivos de saúde há pouco menos de quatro anos, trabalhava como caixa em uma rede de supermercados da cidade onde reside. Diz que apresenta dificuldades de relacionamento por ser uma pessoa sincera, dizer o que pensa e conseguir benefícios por seu desempenho profissional, em contrapartida alguns funcionários começaram a dificultar o seu trabalho e ela acabou entrando em depressão, seguida esta de um infarto do miocárdio. Após ser encaminhada para clínica do Hospital Universitário da cidade de Santa Maria-RS, e começar o tratamento, foi avaliada e aposentada, recebendo o benefício previdenciário.

DOENÇA MENTAL

A doença mental até hoje permanece obscura diante da medicina, ou seja, não existe uma causa que explique realmente essa doença tão estigmatizante.

Porém, o adoecer psíquico é facilmente percebido, pois, em geral, são comportamentos fora daqueles normalmente aceitos pela sociedade. Sendo que a estigmatização da loucura faz o doente perder sua cidadania, sofrer preconceitos e ser segregado pela sociedade (SPADINI; SOUZA, 2006).

Para Araújo, Moreira e Junior (2008),

o estigma gera uma descrença em si mesmo, na qual o sujeito internaliza as marcas negativas de seu estigma, sentindo-se impotente, inútil, incompreendido, caracteriza o autoestigma, cuja relevância, assim como a do estigma na doença mental, está no caráter abstrato, subjetivo e invisível desta, que faz com que o sujeito desenvolva uma imagem negativa de si próprio perante a sociedade.

FAMÍLIA

Ao definir a família sistematicamente, Cervený e Berthoud (2002) teorizam que a família é como um sistema de relações que funciona de acordo com certos princípios básicos e que evolui no seu desenvolvimento, de um modo particular e complexo determinado por inúmeros fatores.

A família é um sistema ativo em constante transformação, ou seja, um organismo complexo que se altera com o passar do tempo para assegurar a continuidade e o crescimento psicossocial de seus membros componentes. Esse processo dual de continuidade e crescimento permite o desenvolvimento da família como unidade e, ao mesmo tempo, assegura a diferenciação de seus membros (ANDOLFI et al., 1984, p. 18).

Sobre a constituição da família, Cervený e Berthoud (2002) afirmam que rotinas, rituais, regras, segredos, e outros padrões de interação, que fazem parte desse cotidiano, têm a função de proteger o sistema familiar.

Para proteção do sistema familiar e da rede social, Campos (2004) teoriza sobre o conceito de “suporte social”, entendido por uma forma de relacionamento interpessoal, grupal ou comunitário que proporciona ao indivíduo um sentimento de proteção e apoio capaz de possibilitar redução do estresse e bem-estar psíquico.

Nos primórdios da psiquiatria, a família não acompanhava o doente, permanecendo totalmente alheia e sem participar ou interessar-se pelo “tratamento” que era oferecido ao seu familiar (SPADINI; SOUZA, 2006).

Dessa forma, Spadini e Souza (2006) afirmam que a família afastava-se dos cuidados ao doente, sendo essa relação auxiliada pelo paradigma da exclusão deste, o que era considerado uma das causas para a doença de seu familiar. Porém, se a família era afastada do doente porque entendia que dificultava o tratamento, hoje ela é incluída por compreender que o portador da doença mental necessita de um tratamento digno, sendo a participação da família fundamental para sua recuperação.

Essa compreensão é compatível com o Movimento da Reforma Psiquiátrica, no qual o enfoque à família passa ser outro, havendo toda uma mudança de princípios. Tal movimento inicia na década de 1970, após denúncias de maus tratos e violência aos doentes, falta de recursos e más condições de trabalho. De caráter social e democrático, busca os direitos do doente enquanto ser humano, na defesa de sua cidadania e de novas formas de tratamento (AMARANTE, 1998).

Com a nova concepção de saúde mental, houve a criação de novos modelos de atendimento, como serviços básicos, comunidades terapêuticas, entre outros. É relevante destacar a participação de usuários e familiares na organização e discussão política em instâncias oficiais, objetivando transformar o sistema de saúde mental e construir uma forma nova para lidar com a loucura e com o sofrimento psíquico. Também se faz referência à participação da família e da comunidade no tratamento em saúde mental (AMARANTE, 1998).

Seguindo esse viés, tem-se que o nível de psicopatologia na família pode afetar o índice de recuperação, a volta dos sintomas e o ajuste pós-recuperação do paciente. Os dados clínicos e informais confirmam a importância clínica da avaliação da vida familiar do paciente e da abordagem de quaisquer estresses relacionados a ela. Além disso, vários relatos indicam que a psicopatologia observada na família durante o período em que o paciente identificado está recebendo tratamento tende a continuar mesmo após a sua melhoria (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997).

Em relação aos impactos subjetivos, produzidos sobre a família pelo transtorno mental, Rosa (2003) conclui que os sujeitos sociais, mesmo se identificando como iguais nas condições gerais de vida, apropriam-se e interpretam de forma diferente suas vivências no plano cultural, pois na sociedade existem diferentes estilos de vida e visões de mundo. O autor indica que, embora haja

condições de vida em comum, um ciclo familiar permite certa homogeneidade entre as diferentes famílias, e nesses a história particular de cada grupo influirá na maneira como serão construídas as relações da família com o portador de transtorno mental.

TRANSTORNO DO HUMOR BIPOLAR

Foi sem dúvida Kraepelin (apud DEL-PORTO; DEL-PORTO, 2005), ao final do século XIX, com seu conceito de “insanidade maniaco-depressiva”, que trouxe à psiquiatria um modelo médico firmemente enraizado em observações clínicas - sintomatologia e evolução ao longo do tempo- que foram de imenso valor e continuam atuantes até hoje nas modernas classificações (DSMs, CID-10 e outras). Também, atendeu ao modelo médico de doença, não excluindo os fatores psíquicos e sociais, valorizando como poucos - até o momento - tais concepções.

A partir das ideias de Emil Kraepelin, autores contemporâneos como Hagop Akiskal e Pinto trazem uma nova abordagem diagnóstica, dimensional, representada pela noção de Espectro Bipolar. Esse *continuum* se estenderia muito mais além das categorias diagnósticas de THB tipo I, THB tipo II e ciclotimia (LARA, 2004).

Lara (2004) cita que a ideia de que só existem dois polos de humor não é verdadeira, ou seja, o humor não varia apenas entre tristeza/depressão e alegria/euforia. Dessa forma, Hagop Akiskal e Pinto classificam o espectro bipolar em: bipolar tipo I, II, III, IV e ciclotimia.

Diante da noção de espectro bipolar, a seguir serão classificadas as quatro variações do transtorno bipolar definidos por Akiskal e Pinto (apud LARA, 2004):

Bipolar tipo I – apresenta toda a amplitude de variação de humor, do pico mais alto (mania plena), que pode durar várias semanas, até depressões graves. É comum apresentar sintomas psicóticos (delírios ou alucinações). Em geral, inicia-se entre 15 e 30 anos, mas há casos de início mais tardio.

THB I^{1/2} – depressão com mania prolongada, tendo a presença de hipomania. Enfatiza que o limite que divide o quadro de mania e hipomania é confuso e impreciso. Mesmo assim, destaca que a hipomania não tem o caráter disruptivo presente na mania.

Bipolar tipo II – a fase maníaca é mais branda e curta, denominada hipomania. Os sintomas são semelhantes, mas não prejudicam a pessoa de modo tão significativo. Por outro lado, as depressões podem ser severas. Também pode iniciar na adolescência, com oscilações de humor, mas os sintomas depressivos geralmente se expressam ao redor dos 40 anos.

THB II^{1/2} – depressões ciclotímicas, caracterizadas pela presença de períodos de hipomania menores do que quatro dias em um paciente com episódios depressivos recorrentes. Destaca a importância desse subtipo, uma vez que a maioria dos episódios hipomaniacos tem de um a três dias de duração, não sendo assim considerados como tal pelos sistemas classificatórios.

Bipolar tipo III – é uma classificação usada, quando a fase maníaca ou hipomaniaca é associada por antidepressivos, ou seja, os pacientes fazem parte do espectro bipolar, mas o polo positivo só é descoberto pelo uso dessas drogas. Sem antidepressivos, em geral manifestam características do temperamento hipertímico ou ciclotímico.

THB III^{1/2} – bipolaridade mascarada ou desmascarada por abuso de estimulantes. Os autores propõem essa categoria para pacientes que apresentam episódios de hipomania ou mania diretamente associada ao uso de estimulantes.

Bipolar tipo IV – nunca tiveram mania ou hipomania, mas tem uma história de humor um pouco mais vibrante, na faixa hipertímica, que frequentemente gera vantagens. A fase depressiva pode só ocorrer em torno ou depois dos 50 anos e, às vezes, tem característica mista e oscilatória.

Ciclotimia – o padrão oscilatório do humor é marcante, mas não chega aos extremos de mania ou depressão, podendo se manifestar mais tarde de forma mista e ansiosa.

Para Michelon e Vallada (2005), o transtorno bipolar possui alta prevalência na população mundial, causando significativas perdas na vida dos portadores. Para eles, há um importante fator genético de herdabilidade que está sob influência de inúmeros fatores ambientais. É caracterizado por oscilações importantes do humor entre os polos da exaltação e depressão, apresentando curso recorrente e crônico, o que implica grau elevado de morbidade e incapacidade para seus portadores (SANCHES; JORGE, 2004).

No que se refere à etiologia da doença, a base causal para os transtornos do humor é desconhecida. Os fatores causais podem ser divididos artificialmente em fatores biológicos, genéticos e psicossociais. Essa divisão é arbitrária em razão da probabilidade de os três campos interagirem entre si (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A discussão dos resultados foi realizada através das falas da participante, relacionadas à teoria estudada, por meio da análise de conteúdo. Para facilitar a discussão, o texto foi dividido em categorias e subcategorias, quando necessário.

PERCEPÇÃO DA DOENÇA

Essa categoria expressa, no momento, a percepção que M.S. tem da doença, antes e depois do diagnóstico. Hoje, ela consegue perceber que, desde a sua infância e adolescência, existia algo de diferente, sentia-se frustrada em não compreender o que lhe acontecia, sendo tomada de muita angústia. Reconhece as fases em que está na mania ou depressão e os sintomas que antecedem a cada uma delas, como, por exemplo, ter insônia. M.S. também consegue perceber que, quando está na fase depressiva, acaba querendo se afastar da família e desiste de continuar com o tratamento.

Antes do diagnóstico:

“Eu tinha 14 anos [...] andava muito rebelde e sempre nessas minhas crises eu nunca era diagnosticada, um dia eu tava feliz no outro eu tava triste, um dia eu amava a vida no outro eu odiava”.

“[...] Não aguentei e infartei... Daí me encaminharam pra orientação da firma e eu fiquei dois meses de laudo médico pra me tratar... Daí quando fui fazer a revisão com o médico eu disse... -Tô pronta pra voltar a trabalhar!... E ele disse “-Ainda não” e me deu mais um tempo... Só que quando eu fui ver eles já tinham me aposentado, sem eu saber... Mas é isso... Só sei que tá lá escrito ‘incapacitada’.

Conforme Jordão (2003), a questão do tempo que o paciente fica sem o diagnóstico é muito prejudicial para sua vida, pois acarreta em perdas e situações difíceis. Em sua pesquisa ocorreram relatos de pacientes que, nesse período, foram tachados de “loucos”, “encrenqueiros”, “bêbados”, entre outros.

Depois do diagnóstico:

“O diagnóstico ajudou a me entender um pouco” (M.S).

“Hoje eu não preciso ESCONDER que hoje eu tô triste, como antigamente eu tinha que ficar escondendo... Ó eu tô entrando naquela crise desgraçada com o perdão da palavra, que eu só tenho vontade de dormir, eu não tenho vontade de fazer nada, só tenho vontade de chorar, vontade de morrer, vontade de matar muitas vezes, porque eu tenho, não vou mentir... E hoje eu não preciso esconder, ó eu tô naquela fase”.

Observam-se atitudes variadas por parte dos portadores ao receberem o diagnóstico de transtorno bipolar, desde muito desespero até uma sensação de alívio ao encontrarem respostas para tudo o que estava acontecendo (JORDÃO, 2003).

“[...] vem de algum lugar que eu não sei da onde, é muito complicado, é muito... É horrível conviver com isso, é como se eu fosse duas pessoas ao mesmo tempo: uma hora tem uma, outra hora tem outra”.

Dessa forma, ao mesmo tempo em que M.S. sentiu-se aliviada ao receber o diagnóstico, demonstrou também muito sofrimento ao se questionar sobre a origem da doença.

Jordão (2003) afirma que uma doença pode, muitas vezes, ser vista pelo indivíduo como uma ameaça do destino, modificando a relação da pessoa com o mundo e consigo mesma. A doença pode desencadear uma série de sentimentos como impotência, desesperança, desvalorização, temor, entre outros.

“Há quatro meses, eu e o meu marido estávamos separados... Eu tive uma crise, queria porque queria ele de volta, e tive. Hoje, queria me livrar dele e do meu filho (de 6 anos de idade) de novo, preciso ficar sozinha, então eu vejo assim ó, sou uma inconstante sempre. Por que eu sou assim, da onde vem, é da gravidez da minha mãe, é da minha infância problemática, é uma pré-disposição?”

Spadini e Souza (2006) afirmam que alguns pacientes se referem à doença mental como proveniente de uma instabilidade emocional por aspectos relacionados a uma visão biológica, colocando também a doença como uma predisposição hereditária. Dessa forma, o tipo de intensidade das reações varia de acordo com uma série de características da própria doença e do próprio indivíduo como: caráter breve e duradouro da doença e seu prognóstico; personalidade e capacidade de tolerância a frustrações do indivíduo; relação estabelecida com o médico, entre outras (JORDÃO, 2003).

“Totalmente inconstante, eu sou completamente inconstante, o médico na época me diagnosticou e disse que era isso, que eu ia ser assim o resto da vida”.

“Quando entro em depressão e entro nessa fase... Tenho a tendência de não querer saber de família, quero ela bem longe”.

“Quando estou bem, faço o tratamento legal, daí quando eu entro em depressão eu não quero saber do tratamento e agora faz dois meses que eu não vou pro hospital.”

A partir de tais características, as reações das pessoas podem ser diversas como: pessoas que se entregam à doença, à dor e ao desespero; pessoas que promovem mudanças em suas vidas; que consideram a doença banal, mesmo sendo grave; pessoas que se tornam a própria doença, ou seja, justificam seus atos e comportamentos em função da doença, abstraindo-se, assim, de qualquer responsabilidade (JORDÃO, 2003).

DIFICULDADES

Tal categoria é fundamental para ser possível questionar a realidade da vida de M.S. O diagnóstico representa várias dificuldades: não poder trabalhar, sendo uma perda dos padrões sociais, afinal foi aposentada pela doença; não poder estudar, pois carrega o estigma de responder aos motivos de ser aposentada com essa idade, além de não conseguir prover financeiramente os custos para seus estudos; ter um relacionamento afetivo instável com a família e os amigos, afastando-se ou sentindo-se muitas vezes afastada por eles; não conseguir se controlar em suas atitudes, o que gera violência no meio familiar. Também mostra a falta de compreensão que sente diante da sociedade em geral, a dificuldade de receber um tratamento de saúde adequado pelo profissional que a trata, enfim, um suporte emocional e de valorização no apoio da família.

Nos estudos realizados por Rodrigues e Figueiredo (2003), os autores trazem a percepção que os familiares e os usuários de um Serviço de Saúde Mental têm a respeito da doença mental, a partir da elaboração de subcategorias, que são: instabilidade emocional, visão biológica, perda do padrão de normalidade, predisposição hereditária, estigma, descritos respectivamente na forma decrescente. No entanto, nas vivências de M.S. é formada outra ordem para essas subcategorias: instabilidade emocional, perda do padrão de normalidade, estigma, visão biológica, predisposição hereditária, respectivamente.

Diante da visão dos usuários, estes se identificam com a visão dos familiares na concepção que tem, como eixo central, a instabilidade emocional. Isso denota que ambos referem-se à doença mental enquanto vivência afetiva, sendo a doença mental significada muito mais para familiares e usuários como mudanças e modificações em relação aos valores e sentido da vida, o que ocasiona, assim, mais instabilidade e dificuldade nas relações afetivas, do que desvio, desorganização, desadaptação ou incapacidade de produzir e de lidar com regras (RODRIGUES; FIGUEIREDO, 2003).

“Importância da família? Nenhuma, não tem pai (pai eu não tenho mesmo), nem mãe, nem marido, nem filhos... hoje do jeito que eu tô me sentindo, essa resposta é nenhuma”.

“As pessoas que eu convivo, me veem de duas maneiras, uma quando eu tô legal, daí eu faço festa, eu tomo cerveja, bebo todo dia, e quando eu tô depressiva, eles se afastam, porque a maneira como eu me expesso muitas vezes agride as pessoas, tenho consciência disso, porque quando eu tô depressiva, como chamam a fase baixa, eu tenho muita raiva, sinto muita

raiva, e uma necessidade muito grande de ver, agredir as pessoas, e elas tendem a se afastar”.

A doença implica em um estado de incapacidade estabelecido pelo perder e pela não valorização das relações e inter-relações entre o indivíduo e a sociedade (RODRIGUES; FIGUEIREDO, 2003).

Com relação à doença, a perda do padrão de normalidade, o qual significa, para os autores, a perda dos padrões sociais, a entrevistada apresenta a questão da aposentadoria pela doença. Dessa forma, não poder trabalhar resulta na falta de renda para prover financeiramente seus estudos.

“Sou aposentada por causa disso, aí eu paro e penso que, tem muita coisa que eu quero fazer, eu passei em dois vestibulares para Direito esse ano e não posso cursar nenhum, por vários motivos... financeiro, social, tipo: “M., tu é aposentada, por quê”? Por que dizem que bipolar se aposenta porque não tem cura...”

O Estigma, que se constitui pela percepção do preconceito em relação à doença, expresso pela sociedade, esse preconceito foi representado enquanto determinante do adoecimento (RODRIGUES; FIGUEIREDO, 2003).

“Olham pra ti e dizem “mas o que é bipolar”? É... Eu sou considerada “18” por que a maioria das pessoas não sabe o que é, então se tu for tentar explicar o que é vão chegar a conclusão que bipolar é louco, e prejudica, porque tem que ficar dando explicação, isso eu acho errado, eu sei que não sou louca, eu tenho consciência que eu não sou louca, não sou débil mental”.

Dessa forma, ter doença maniaco-depressiva é como ter um carimbo na testa escrito “zona perigosa”, pois a pessoa sabe que é diferente das outras pessoas, que não é normal (MARINA, 2006)⁴.

A visão biológica é trazida como significado do que é a doença, entendida como algo que atacou o organismo (RODRIGUES; FIGUEIREDO, 2003). Tal visão é referida na entrevista de M.S. com menor conotação, existindo o questionamento sobre o que originou a doença, se herdou de alguém.

Para Spadini e Souza (2006), a doença mental, quando não entendida pela comunidade como uma doença de causa já bem conhecida, tem sua definição pela determinação cultural e de valores e não somente por fatores biológicos.

Tal afirmação configura-se no relato de M.S. que prefere, muitas vezes, silenciar ao ter de falar sobre seus sintomas e dificuldades, pois sabe que não será compreendida.

“As pessoas não aceitam, meu marido não aceita, ele convive, só que muitos dos meus sentimentos eu guardo pra mim, então, muitas vezes, olho pra

⁴ Trata-se de uma autobiografia de autora que não está identificada.

ele e dou um sorriso e ele acha que tá tudo bem, mas lá dentro tem um vulcão prontinho pra esperar ele dizer 'ai' pra explodir, é por isso que eu digo, é ele dizer 'ai' e acabou meu casamento de novo”.

Seguindo esse viés, Miklowitz (1996, apud MACHADO-VIEIRA; SANTIN; SOARES, 2004) afirma que o déficit psicossocial dos pacientes com THB é severo e a melhora relaciona-se ao suporte familiar e social adequados. A expressão negativa das emoções, o desconhecimento sobre a doença, a estigmatização do paciente e a negação da doença são os efeitos negativos que atuam no prognóstico influenciado por fatores familiares e na não aderência ao tratamento farmacológico.

Levados ao desafio de construir um modelo que substituísse o hospital psiquiátrico, sem reproduzi-lo, desenvolveu-se um trabalho, no qual dois aspectos cruciais se articulam: a busca do consentimento do sujeito para engajar-se em seu próprio tratamento e uma direção de tratamento que aponta para sua presença e produção no espaço da cultura (LOBOSQUE, 2001).

No entanto, não é o que M.S. experiencia em seu atendimento clínico, queixando-se sobre o esclarecimento que não é dado a ela e sua família, por parte dos profissionais. Tal distanciamento que ocorre entre o paciente e o profissional da saúde denuncia a contradição existente entre o modelo de descentralização vigente e o antigo modelo psiquiátrico.

“É preciso mais esclarecimento, porque é muito fácil o médico chegar e dizer: tu tens bipolaridade. Só que ele não explica da onde vem, por que vem, como tem que tratar. Eles não entendem do esclarecimento mais adequado para família, porque meu marido e minha mãe não sabem o que é. Têm uns panfletinhos assim (mostrando com as mãos) que entregam pra eles ler, agora se leu leu, se não leu... nenhum médico diz, vem cá senta aí que eu vou explicar. Tua esposa, tua filha é assim, ela é isso, isso e isso, vem daqui, vem dali, é tratável... porque eu mesma não sei o que é bipolaridade, eu só sei que é minha troca de humor, a minha inconstância, mas o que é, da onde vem, ninguém me explicou, só me explicaram assim nesses panfletinhos que eu to te falando: se tu tiver uma crise disso e uma crise disso é bipolar, só.

No que diz respeito ao suporte social, oriundo das relações interpessoais próximas e acolhedoras Cobb (1976, apud CAMPOS, 2004) cita os três componentes essenciais para tal suporte: o emocional, significando o sentimento de ser amado, cuidado e protegido; o valorativo como o sentimento de autoestima e valorização pessoal (consideração e respeito); e o comunicacional, sentimento de pertencer a uma rede de mútuas obrigações, em que todos têm acesso às informações, que são partilhadas entre todos.

SOFRIMENTO PSÍQUICO

Essa categoria expressa como o indivíduo vivencia sua doença, seu sofrimento na demora para ser diagnosticado a fim de receber o tratamento adequado para sanar suas dificuldades. O sentimento de angústia de não saber quem é denuncia a base de seu sofrimento psíquico:

“Ele chegou à conclusão, em dois anos de tratamento, que não sabia dizer o que eu tinha. Daí... transtorno de personalidade, depressão grave, tudo! O que eu quero num dia, no outro não faz mais sentido... isso é horrível, sabe eu amo hoje com uma intensidade incontrolável e eu consigo odiar amanhã com a mesma intensidade a mesma pessoa”.

O desconhecido gera angústias, temores, incertezas e negação. Enquanto não se sabe ao certo o que está acontecendo, não tendo um diagnóstico correto, passa-se geralmente por um período muito complicado, com muito sofrimento (JORDÃO, 2003).

De acordo com Rosa (2003), a normalização dos sintomas é a primeira estratégia para o enfrentamento do problema, a família tenta manter uma rotina habitual de integração da mudança do portador do transtorno mental, obtém o controle comportamental do portador constrói explicações que fogem das classificações e da linguagem médica, exemplificado pela afirmação sobre a conduta diferente do portador, “ele não é louco não”, “é frescura” ou desculpa para fugir das responsabilidades, “é manha”, “a mãe recusava assumir o distúrbio, rejeitava a doença, preferia acreditar que a filha tinha outro problema” (p. 243-244).

“A mãe, a mãe continua dizendo que é por causa do meu signo, que é o meu gênio, que eu tenho dupla personalidade e ela diz que não consegue aceitar que um dia eu entro na casa dela rindo e brincando, fazendo todo mundo rir, dando força pra ela [...] e no outro dia eu chego lá sento e choro que nem condenada e ela pergunta o que houve, eu digo: - não sei”.

“Eu não sei, eu não sei qual das duas M. é a verdadeira, se é a depressiva que não enxerga nada no futuro, nada na vida, só enxerga o que não presta e quando eu tô depressiva como eu tô agora, nada tem sentido, NADA, a vida, a relação, a família, é como se eu não tivesse porque tá vivendo, é essa sensação que eu tenho... e quando eu não tô assim, eu vejo esperança, eu vejo um motivo qualquer pra lutar, pra viver, pra ser feliz, eu acredito que exista felicidade”.

Da mesma maneira, em sua autobiografia, Marina (2006) questiona-se: “Eu sou assim mesmo ou é por que sou bipolar?” Parece que só se pode pensar em

si mesma levando em consideração esse fator. Além de que, quando se é bipolar, fica difícil distinguir o que é tristeza ou depressão e o que é alegria e euforia.

SINTOMA FAMILIAR

O sintoma familiar compreende o histórico de existência da doença na família de M.S., nas três gerações (sua mãe - ela - seus filhos). Tal categoria objetiva perceber o sintoma familiar na percepção de M.S. e o que representa essa dinâmica.

“Só problema, parece que eles acarretam mais problemas na hora que eu não preciso deles... É meu filho complicadíssimo, não quer saber de estudar, é minha filha de 19 anos que é completamente pirada. É o meu marido complicado, desempregado, botando dinheiro em jogo, é a minha mãe que não aceita a cegueira dela, eu chego lá e ela só sabe reclamar e chorar e chorar e não aceita... Então... assim ó.. tudo o que eu não precisava hoje era isso e os problemas deles. Então, na atual circunstância, eles só trazem mais problemas pra minha vida, só”!

“Minha mãe tem retinopatia diabética, ela tá cega.... meu irmão é esquizofrênico...[...] ela tá acostumada a conviver com esse tipo de problema, mas ela não entende muito, a esquizofrenia ela entende, essa bipolaridade ela não entende”.

É na família que se encontra a fonte mais consistente de suporte social, por isso, as crises que atingem a sua estrutura e funcionamento são estressantes, à medida que desmontam as relações até então existentes, o que a torna vulnerável interna e externamente (CAMPOS, 2004).

“Todo aquele ambiente que se formou, e eu acredito que eu já tinha, vinha de uma depressão pós-parto do R.M., por todos os problemas que eu atravessei na cirurgia, foi complicado, com 6 meses de gravidez eu entrei em trabalho de parto, por causa de uma infecção renal... suspiro profundo.. ele nasceu aos 7 meses e 20 dias... com 28 dias ele passou por uma cirurgia, com um mês e 28 dias ele passou pela segunda, ele nunca dormiu, ele era um bebê que não dormia... estressante.. os pediatras consideraram ele um bebê canguru, porque ele tinha que ficar 24 horas por dia grudado no meu peito...eee.. foi crescendo cada vez mais grudado, mais revoltado, foi diagnosticado como hiperativo”.

A família é entendida como um sistema que regula a si mesmo, que se controla de acordo com regras externas e internas, mantendo sempre que possível sua homeostase. O sintoma, dentro dessa perspectiva, é sempre uma disfunção se

que origina de alguma perturbação no sistema que ameaça a homeostase familiar, porém tem sempre uma função estabilizadora de retorno ao equilíbrio da família (ESTEVES DE VASCONCELOS, 1995 apud ROMAGNOLI, 2004).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o presente trabalho foi possível compreender a vivência de uma portadora do Transtorno Bipolar, a fim de contribuir para um melhor entendimento das questões que permeiam esse transtorno em nível psicossocial. Também se pode conhecer quais as dificuldades experienciadas em sua realidade a partir da doença mental.

A partir dos relatos na entrevista realizada, foi possível perceber a complexidade que envolve esse assunto – o Transtorno do Humor Bipolar.

O diagnóstico da pessoa entrevistada é recente, portanto o tempo em que o indivíduo permaneceu sem o diagnóstico, sem a possibilidade de tratamento adequado foi prejudicial para sua vida, acarretando em perdas, situações difíceis e angustiantes ao longo dos anos. O diagnóstico, no caso estudado, representa um alívio, responde a perguntas e serve como justificativa para os comportamentos e atitudes, os quais são reconhecidos como sendo algo alheio ao indivíduo, livrando-o de qualquer responsabilidade.

Salienta-se, tendo em vista os conteúdos trazidos na entrevista, que existem muitas dificuldades vivenciadas pela participante, tais como: a impossibilidade de trabalhar, devido à aposentadoria pela doença; o impedimento de prover financeiramente os custos para seus estudos; a perda dos padrões sociais, por carregar o estigma de responder aos motivos da aposentadoria precoce, levantando o questionamento das pessoas sobre a sua sanidade. Também, a vivência afetiva é permeada de instabilidades no relacionamento afetivo com a família e os amigos. As pessoas do seu convívio acabam se afastando em decorrência da falta de controle nas atitudes e comportamentos. A incompreensão por parte da portadora, da sua família e da sociedade em geral, foi considerada uma grande dificuldade enquanto sofrimento, no que diz respeito à aceitação da doença. A falta de contribuição da rede social para a aceitação, o apoio e o enfrentamento da doença é considerado uma dificuldade no convívio com o transtorno.

Tendo em vista o movimento social da reforma psiquiátrica, pode-se pensar em uma busca aos direitos do doente enquanto ser humano, na defesa de sua cidadania e de novas formas de tratamento. Porém, a partir da entrevista, constatou-se que o profissional da saúde de hoje ainda executa o modelo já

ultrapassado, no qual ocorre um distanciamento entre o paciente e o profissional, seus saberes e vivências.

A doença é vista na dinâmica familiar da entrevistada como um sintoma que atravessa gerações. Uma disfunção que ameaça a homeostase familiar traz o sintoma como uma função estabilizadora de retorno ao equilíbrio da família. Assim, percebeu-se que é por meio da doença que a família consegue manter-se como provedora de um suporte para a manutenção do sistema familiar.

Acredita-se que os objetivos deste trabalho foram alcançados e destaca-se que o momento de entrevista possibilitou um espaço de escuta à entrevistada para suas problemáticas, angústias, inseguranças e dúvidas, além de contribuir como autoconhecimento, tendo de certa forma um valor terapêutico.

Portanto, espera-se que esta pesquisa contribua para profissionais de saúde que lidam com esses pacientes, para que percebam a importância de ver cada pessoa com suas especificidades, sua história, seus desejos, sua relação com a família e sua forma de compreensão e manejo com sua problemática, valorizem sua subjetividade e não a reduzam ao diagnóstico. Também para os familiares que, através de uma melhor compreensão do diagnóstico, possam encontrar estratégias de apoio para facilitar a convivência familiar, e assim contribuir nos cuidados com o indivíduo.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

ANDOLFI, M. et al. **Por trás da máscara familiar**: um novo enfoque em terapia da família. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

ARAÚJO, T. C. B.; MOREIRA, V.; JUNIOR, F. S. Sofrimento de Sávio: estigma de ser doente mental em Fortaleza. **Fractal Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, 2008.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BAUER, M.; GRASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem, som**: um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2005.

CAMPOS, E. P. Suporte social e família. In: MELLO FILHO, J. (Org);

BURD, M. **Doença e família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 141-161.

CERVENY, C. M. de O.; BERTHOUD, C. M. E. **Visitando a família ao longo do ciclo vital**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

CORDIOLI, A. V.; SHANSIS, F. M. Transtorno Bipolar do Humor. In: CORDIOLI (Col.). **Psicofármacos - Consulta rápida**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. p. 249-261.

COSTA, A. M. N. Transtorno Afetivo Bipolar: Carga da doença e custos relacionados. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 35, n. 3, 2008.

DEL-PORTO, J. A.; DEL-PORTO, K. O. História da caracterização nosológica do transtorno bipolar. **Revista de psiquiatria clínica**, São Paulo, v. 32, suppl.1, p. 7-14, 2005.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

JORDÃO, A. B. **Transtorno Afetivo Bipolar: vivência dos portadores e de seus familiares**. 2003, 121 f. Monografia (Graduação em Psicologia) – Centro de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2003.

KAPLAN, H.; SADOCK, B.; GREBB, J. A. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e Psiquiatria Clínica**. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

LARA, D. **Temperamento forte e bipolaridade: dominando os altos e baixos do humor**. Porto Alegre: Diogo Lara, 2004.

LOBOSQUE, A. M. **Experiências da Loucura**. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

MACHADO-VIEIRA, R.; SANTIN, A.; SOARES, J. C. O papel da equipe multidisciplinar no manejo do paciente bipolar. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, supl. 3, p. 51-53, 2004.

MARINA, W. **Não sou uma só: diário de uma bipolar**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2006.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em Psicologia: fundamentos e recursos básicos**. 2. ed. São Paulo: Editora Moraes, 1994.

MICHELON, L.; VALLADA, H. Fatores genéticos e ambientais na manifestação do transtorno bipolar. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 32, suppl.1, p. 21-27, 2005.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa Social: caminhos e desafios**. São Paulo: Thomson Pioneira, 2002.

MURRAY, C. J.; LOPEZ, A. D. Global mortality, disability and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet*. v. 349, p. 1436-42, 1997.

RODRIGUES, C. R.; FIGUEIREDO, M. A. de C. Concepções sobre a doença mental em profissionais, usuários e seus familiares. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 8 n. 1, p. 117-125, 2003.

ROSA, L. C. dos S. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

ROMAGNOLI, R. C. O sintoma da família: excesso, sofrimento e defesa. **Interações**, São Paulo, v. 9, n. 18, p. 41-60, 2004.

SANCHES, M.; JORGE, M. R. Transtorno afetivo bipolar: um enfoque transcultural. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, supl., p. 54-56, 2004.

SPADINI, L. S.; SOUZA, M. C. B. de M. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40 n. 1, Mar, 2006.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2001.

