



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

ANA FERNANDA PAZ LEITE

**A CONVIVÊNCIA NO PERÍODO INFANTO-JUVENIL COM UM FAMILIAR COM  
TRANSTORNO MENTAL: REPERCUSSÕES, DESDOBRAMENTOS E  
CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDADO**

FLORIANÓPOLIS

2020

ANA FERNANDA PAZ LEITE

**A CONVIVÊNCIA NO PERÍODO INFANTO-JUVENIL COM UM FAMILIAR COM  
TRANSTORNO MENTAL: REPERCUSSÕES, DESDOBRAMENTOS E  
CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDADO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, da Universidade Federal da Santa Catarina, como requisito parcial para a elaboração da Monografia de Conclusão do Curso de Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Izabel Jatobá de Souza

Coorientadora: Psicóloga Msc. Wanda Beatriz Elsen Barcellos

FLORIANÓPOLIS

2020

Ficha de identificação da obra elaborada pela autora, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC

Paz Leite, Ana Fernanda

A convivência no período infanto-juvenil com um familiar com transtorno mental: repercussões, desdobramentos e contribuições para o cuidado/ Ana Fernanda Paz Leite; Orientadora, Ana Izabel Jatobá de Souza; Coorientadora, Wanda Beatriz Elsen Barcellos 2020. 75 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde,

Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2020.

Inclui referências.

1. Enfermagem; 2. Saúde Mental; 3. Criança; 4. Adolescente; 5. Transtornos mentais.

I. Souza, Ana Izabel Jatobá de. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em Enfermagem. III. Título.

Ana Fernanda Paz Leite

**A convivência no período infanto-juvenil com um familiar com transtorno mental:  
repercussões, desdobramentos e contribuições para o cuidado**

Este trabalho Conclusão de Curso foi julgado aprovado para obtenção do Título de Enfermeira e aprovado em sua forma final pelo Curso de Graduação em Enfermagem

Florianópolis, 03 de dezembro de 2020.

---

Profa. Dra. Felipa Rafaela Amadigi  
Coordenadora do Curso

**Banca Examinadora:**

---

Profa. Dra. Ana Izabel Jatobá de Souza  
Presidente-Orientadora  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Profa. Dr. Jeferson Rodrigues  
Membro Efetivo  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Enfa. Dda. Danielle Boing Bernardes Silva  
Membro Efetivo  
Universidade Federal de Santa Catarina

*Dedico este trabalho à minha irmã  
Johanna Akua Paz Cyranek.*

## **Agradecimentos**

Gostaria de agradecer primeiramente à minha mãe: Cláudia, que sempre lutou pela gente. A meu pai Fernando que me estimulou desde cedo a estudar e à meu pai Günther que me ensinou a explorar o mundo. E aos três agradeço o amor incondicional.

A meu irmão Ewerton, minha mala e companheiro de sempre, a meus irmãos Matheus e Ivson, e minha irmã Johanna (mini me) por tudo que eles significam para mim.

Às minhas primas, Wanessa, que sem ela não teria me inscrito para fazer o vestibular na UFSC e Waleska por estar sempre por perto. Aos meus tios que me alimentaram, em todos os sentidos, durante o meu processo de formação.

Aos meus sogros, Evonezia e Nivaldo, por todo seu apoio.

A todos os amigos que me acompanharam durante a graduação, tanto dentro, quanto fora da universidade, vocês sabem quem são.

À minha amiga Fernanda, por me acompanhar desde a 5ª série apesar da distância e me inspirar a trilhar o caminho da enfermagem. À Mary e Ramon pela parceria, junto com a Andrea, Gabi, Manu, Cris, Lucas Antunes, Juliana e Raquel que facilitaram a caminhada universitária, principalmente nesta reta final.

Aos melhores sagitarianos que conheço: à Nati, por toda sua ajuda, garantindo assim minha saúde mental durante este processo e ao Vitor por toda a paciência do mundo (sempre), amor e companheirismo.

Aos participantes que contribuíram com este estudo.

Às professoras Ana Izabel Jatobá de Souza e Wanda Beatriz Elsen Barcellos, por me orientarem na minha constante desorientação. E finalmente, à banca examinadora, por sua participação nesta etapa tão importante da minha formação.

Meu muito obrigada a todos, sem vocês isso não seria possível.

*“São crianças como você  
O que você vai ser  
Quando você crescer?”*

Pais e Filhos  
(LEGIÃO URBANA, 1989).

## LISTA DE ABREVIATURAS

- BVS** - Portal da Biblioteca Virtual em Saúde
- CAAE** - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
- CAPS** - Centro de Atenção Psicossocial
- CEPSH** - Comitê de Ética em Pesquisa
- DeCS** - Descritores em Ciências da Saúde
- IPQ** - Instituto de Psiquiatria
- LILACS** - Latino-Americana de informação bibliográfica em ciências da saúde,
- MEDLINE** - *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*
- MeSH** - *Medical Subject Headings*
- MTSM** - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
- NAPS** - Núcleos de Atenção Psicossocial
- OMS** - Organização Mundial da Saúde
- PMC** - PubMed Central
- PNH** - Política Nacional de Humanização
- SciELO** - *Scientific Electronic Library Online*
- SUS** - Sistema Único de Saúde
- TCC** - Trabalho de Conclusão de Curso
- UFSC** - Universidade Federal de Santa Catarina



## LISTA DE QUADROS

<b>QUADRO 1:</b> Apresentação dos casos. Florianópolis, SC, Brasil, 2020.....	47
<b>QUADRO 2:</b> A convivência com um familiar com transtorno mental no período infanto-juvenil. Florianópolis, SC, Brasil, 2020.....	49
<b>QUADRO 3:</b> Reflexos da convivência com um familiar com transtorno mental no período infanto-juvenil. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2020.....	51
<b>QUADRO 4:</b> A família lidando com o transtorno mental. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2020.....	52

## SUMÁRIO

RESUMO: .....	14
RESUMEN: .....	15
ABSTRACT: .....	16
1 INTRODUÇÃO.....	17
2 OBJETIVOS.....	22
3 REVISÃO DE LITERATURA .....	23
3.1 Família e o transtorno mental .....	24
3.2 Impacto do transtorno mental sobre o familiar .....	29
3.3 Crianças e Adolescentes: dimensões psicológicas e desenvolvimentais .....	34
3.4 Criança/Adolescente convivendo com o transtorno mental de um de seus membros da família .....	38
4 METODOLOGIA.....	44
4.1 Tipo de Estudo .....	44
4.2 Cenário do estudo .....	45
4.3 Participantes do estudo .....	45
4.4 Coleta de dados .....	46
4.5 Processamento e análise de dados .....	47
4.6 Aspectos Éticos.....	48
5 RESULTADOS .....	50
MANUSCRITO .....	51
I: A convivência no período infanto-juvenil com um familiar com transtorno mental: repercussões, desdobramentos e contribuições para o cuidado. ....	51
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS DO TCC.....	71
7 REFERÊNCIAS .....	77
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	
APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista Para Coleta de Dados .....	
APÊNDICE C – Síntese dos resultados e discussão .....	83



## RESUMO:

**Introdução:** ao longo da história é possível constatar o desafio da humanidade no entendimento e aceitação dos transtornos mentais e na reinserção na sociedade do ser humano assim diagnosticado. Os transtornos mentais são caracterizados por uma série de pensamentos, emoções e comportamentos atípicos. Uma de quatro famílias tem ao menos um membro que sofre com transtorno mental ou desordem comportamental. A sociedade, mercado e estado tem fracassado, no sentido de não reconhecer que a família também é afetada pelo transtorno mental o que traduz em pouco apoio disponível para estes membros. Quando crianças e adolescentes da família vivenciam o adoecimento psíquico de um de seus familiares a compreensão pode ser ainda mais difícil. Preocupados com este tema este estudo tem como **objetivo geral** compreender como o transtorno mental de um familiar repercute sobre a criança/adolescente na percepção do adulto que a vivenciou. **Objetivos específicos:** identificar as repercussões do transtorno mental de um familiar sobre a criança/adolescente sob a ótica do adulto que conviveu com essa situação no período infanto-juvenil; refletir sobre as possibilidades de cuidado para a criança/adolescente e família que convivem com o transtorno mental de um de seus membros. **Metodologia:** trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, de natureza descritiva, exploratória na forma de estudo de casos múltiplos, baseada nas experiências e vivências com um familiar com transtorno mental durante o período infanto-juvenil de diferentes indivíduos adultos. A pesquisa foi realizada em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. A partir da técnica *Snowball* participaram do estudo 6 adultos que conviveram durante o período infanto-juvenil com familiares diagnosticados com transtorno mental. Os dados foram coletados mediante entrevista semiestruturada no período de agosto a setembro de 2020 e analisados a partir da análise temática de Minayo (2011) dos casos múltiplos. **Cuidados éticos:** a pesquisa atende aos fundamentos éticos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Resultados:** foram constituídos 6 casos. A partir do percurso analítico realizado os resultados evidenciam que a convivência com um familiar com transtorno mental tem repercussões durante o período infanto-juvenil, que se estendem na vida adulta. Os adultos recordam de inúmeros momentos importantes durante a infância/adolescência, percebendo-se nessas memórias vários sentimentos como: medo, raiva, angústia, fuga, desvalorização e negligência e que, na atualidade, acreditam serem derivados da convivência com o familiar diagnosticado com um transtorno mental. **Conclusões:** conclui-se que o impacto da convivência no período infanto-juvenil com familiares diagnosticados com transtorno mental apresenta repercussões na fase adulta e que estas experiências afetam a todos os membros da família. Destaca-se a importância de um olhar atento dos profissionais de saúde sobre todos os envolvidos, em especial sobre as crianças e adolescentes que convivem com situações semelhantes aos dos casos apresentados neste estudo. Enfatiza-se a importância da construção de estratégias de cuidado multi e interdisciplinar que apoiem as famílias de crianças e adolescentes que convivem com familiares com transtorno mental, particularmente a Enfermagem, por ser esta a profissão que acompanha com maior proximidade essa clientela desde o momento da graduação ao longo da profissão dentro dos diferentes ambientes de trabalho.

**Descritores:** Enfermagem, Psicologia, Criança, Adolescente, Transtornos mentais.

## RESUMEN:

Introducción: a lo largo de la historia es posible constatar el desafío de la humanidad en el entendimiento y aceptación de los trastornos mentales y en la reinserción del ser humano diagnosticado en sociedad. Los trastornos mentales son caracterizados por una serie de pensamientos, emociones y comportamientos atípicos. Una en cada cuatro familias tienen al menos un miembro que sufre con un trastorno mental o desorden comportamental. La sociedad ha fracasado en reconocer a la familia afectada por el trastorno mental, lo que se traduce en el poco apoyo disponible para sus miembros. Cuando niños, niñas y adolescentes viven la enfermedad de uno de sus familiares la comprensión puede aún más difícil. Preocupados con este tema el estudio tiene por objetivo general comprender cómo el trastorno mental de un miembro de la familia afecta al niño/adolescente en la percepción del adulto que lo experimentó. **Objetivos específicos:** identificar las repercusiones del trastorno mental de un familiar sobre los niños, niñas y adolescentes, a partir de la óptica del adulto que convivió con esta situación durante el período infanto-juvenil; reflexionar sobre las posibilidades de cuidado para niños, niñas y adolescentes y familia que conviven con un miembro con trastorno mental. **Metodología:** se trata de una investigación con un abordaje cualitativo, de naturaleza descriptiva, exploratoria en la forma de múltiples estudios de caso, basada en las experiencias con un familiar con trastorno mental durante el período infanto-juvenil de diferentes individuos adultos. La investigación fue realizada en Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Participaron del estudio 6 adultos reclutados a partir de la técnica investigación *Snowball* que convivieron durante el período infanto-juvenil con familiares diagnosticados con un trastorno mental. Los datos fueron recogidos a través de entrevistas semiestructuradas en el período de agosto a septiembre 2020 y analizados a partir del análisis temático de Minayo (2011) de casos múltiples. **Cuidados éticos:** la investigación responde a los fundamentos éticos de la resolución n° 466, del 12 de diciembre de 2012. **Resultados:** fueron constituidos 6 casos. A partir del trayecto analítico realizado, los resultados dejan en evidencia que la convivencia con un familiar con trastorno mental tiene repercusiones durante el período infanto-juvenil, que se extiende a la vida adulta. Los adultos recuerdan numerosos momentos importantes durante la infancia/adolescencia, observándose en estas memorias varios sentimientos como: miedo, rabia, angustia, desvalorización y negligencia y que, en la actualidad, creen que son derivados de la convivencia con un familiar diagnosticado con un trastorno mental. **Conclusiones:** se concluye que el impacto de la convivencia en el período infanto-juvenil con familiares diagnosticados con un trastorno mental presenta repercusiones en la fase adulta e que estas experiencias afectan a todos los miembros de la familia. Se destaca la importancia de una visión atenta por parte de los profesionales de la salud sobre todos los involucrados, en especial sobre los niños, niñas y adolescentes que conviven con situaciones similares a las de los casos presentados en este estudio. Se enfatiza en la importancia de construir estrategias de cuidado multi e interdisciplinar que apoyen a las familias de niños, niñas y adolescentes que conviven con familiares con trastorno mental, particularmente la Enfermería, por ser esta la profesión que acompaña a esta clientela.

**Palabras clave:** Enfermería, Psicología, Niños, Niñas, Adolescentes, Trastornos Mentales.

**ABSTRACT:**

**Introduction:** Throughout history it is possible to witness the challenge humanity has on understanding, accepting and socially reinsert humans that have been diagnosed with mental illness in society. Mental disorders are characterized as a series of thoughts, emotions and atypical behavior. At least one out of four families have a member that suffers from mental disorder. Society has failed to recognize the family affected by mental disorders, which translates into little support available for these family members. When children and adolescent experience a family's member illness, their understanding can be even more difficult. **General objective:** understand how a family member's mental disorder affects the child / adolescent in the perception of the adult who experienced it. **Specific objectives:** Identify the repercussions of the mental disorder of a family member has on a child/adolescent in the view of an adult that lived through that situation throughout that period; Reflect about the possibilities on care of children/adolescent and families that live with mental disorder of one of their members. **Methodology:** This is a qualitative research with a descriptive nature and an exploratory form of multiple case study of different adults based on their experience living with a family member with mental disorder through their youth period. The research took place in Florianópolis, Santa Catarina, Brazil. The participants of the study were adults, recruited through the Snowball method, that during their childhood/adolescence lived with a family member diagnosed with a mental disorder. The data was collected through semi-structured and analyzed by the multiple cases thematic analyzes of Minayo. **Ethical cares:** the research comply with the ethical fundamentals of the Resolution nº 466, of 12 December of 2012. **Results:** 6 study cases were formulated. From the analytical point of view, the results show that coexisting with a family member with mental disorder has repercussion throughout childhood/adolescence and extends through adulthood. The adults relived many important moments of their childhood/adolescence, realizing in themselves in those memories a number of feelings, such as: fear, anger, anguish, flight, depreciation, negligence and nowadays believe it's due to the experience of living with a family member diagnosed with a mental disorder. **Conclusions:** In conclusion, the impact of living with a family member with a mental disorder throughout childhood/adolescence has repercussions in adulthood and affects all of the family members involved. Highlighting the importance of the view of health professionals of all the family members involved, especially the children and adolescents that live through similar situations as presented in this study. Emphasizing on the necessity of elaborating strategies of care with the multi and interdisciplinary crew that support families and their children and adolescents that live with family members with mental disorders, particularly, nurses, for being known to work closely in these cases.

**Descriptors:** Nursing, Psicologia, Children, Adolescent. Mental Disorder.

## 1 INTRODUÇÃO

A compreensão humana sobre o que é saúde é restrita. Ainda hoje, para muitos, saúde é não portar uma doença tangível e ser saudável é estar com seu bem-estar físico preservado. De acordo com Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde é um estado completo de bem-estar, não meramente físico, como o bem-estar social e mental, não se limitando a simples ausência de uma enfermidade. Apenas recentemente a saúde mental vem sendo considerada como parte desta equação. Ao longo da história é possível ver o desafio da humanidade no entendimento e aceitação do adoecimento mental e reinserção da pessoa com transtorno mental (PTM) na sociedade.

A trajetória tem início no período pré-clássico no qual acreditava-se que as enfermidades ocorriam por meio do oculto, tudo o que era considerado fora do “normal” era explicado pelo sobrenatural. A era clássica vinculou o transtorno mental às causas orgânicas e tratou-as do mesmo modo que outros problemas comuns como resfriados (CARRON, 2012). Alguns filósofos da Grécia antiga associavam delírios a divindade: visões de verdades divinas. Ao longo do período do século XV ao XVII, nasce uma nuvem escura no que diz respeito a transtornos mentais, nuvem que deixou rastros até hoje. Qualquer indivíduo diferente do “normal” era visto como encarnação do mal ou castigo divino, passando a ser caçado, e logo mais isolado da sociedade (SILVEIRA, 2005).

Asilos, marco do século XVII, locais precários onde pessoas com transtornos mentais eram trancadas e isoladas, juntamente com indivíduos com lúpus, tuberculose, homossexuais, prostitutas e outras condições não compreendidas pela sociedade, declarando-os como seres possuídos por entidades, o propósito desses locais era retirar do convívio social todos aqueles que nela não cabiam. A ascensão dos manicômios ocorreu no século seguinte, XVIII, neste século a condição de “doença” mental é reconhecida, pessoas com transtornos mentais eram vistos por suas condições, e por essas condições eram, ainda assim, asilados do restante da população, prevalecia a ideia de que o indivíduo com “problema” era preocupação da família e não do estado (FOUCAULT, 2005).

O modelo manicomial perdurou por séculos vindouros. No século XIX, fortalecido pelas ideias de Philippe Pinel, pensava-se que o sofrimento mental nada mais era que uma “distorção das ideias acerca da realidade, uma alteração senso-perceptiva, acompanhada de um estado afetivo confuso com relação às paixões humanas, ou seja, ideias distorcidas das coisas e das relações” acreditando-se que dentro destas instituições se alcançaria a cura (ALMEIDA, 2017, p. 47).

No Brasil, a desconstrução do modelo manicomial ocorreu com o exemplo da desinstitucionalização italiana, coincidindo com a reforma sanitária, na década de 70, contendo sua história. A reforma psiquiátrica teve e ainda tem o intuito de romper o ciclo de tratamento desumano e violento que ocorria nas instituições manicomiais, pois o estilo hospital centrado visava a “cura” destes pacientes, enquanto os isolava do resto da sociedade. Em 1978 as denúncias sobre os horrores que ocorriam nas instituições começam a ser propagadas por movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos. Espelhando-se na experiência italiana o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), constituído por familiares, profissionais da saúde, pessoas que passaram por várias internações nas instituições entre outros, passa a quebrar os paradigmas antigos, desviando do saber psiquiátrico e hospital centrado. Resultando da crise do modelo centrado de “assistência” em eclosão e hospital psiquiátrico, e com influência desses movimentos sociais que até hoje lutam pelos direitos humanos, o processo da reforma psiquiátrica brasileira é a maior mudança em políticas governamentais e nos serviços de saúde do país, maior que sanção de novas leis e normas (BRASIL, 2005).

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) surgiu em 1987 em São Paulo, despertando o processo de intervenção em hospitais psiquiátricos. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 viabilizou a possibilidade de incluir os pacientes com transtorno mental em políticas nacionais. Especificamente um hospital, a Casa de Saúde Anchieta, em 1989, teve maus tratos e mortes de seus pacientes repercutidas nacionalmente, então abrindo os olhos da sociedade sobre as realidades dos manicômios e a necessidade de novas políticas e cuidados às pessoas com transtornos mentais que substituíssem esse modelo. A criação dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) 24h, possibilita a visualização de novos caminhos. Ainda em 1989 é elaborada uma proposta de projeto de lei pelo deputado Paulo Delgado (PT/MG): a favor de regulamentar direitos da pessoa com transtorno mental e extinguir os manicômios do país (BRASIL, 2005) sendo este o marco de início das políticas de saúde mental.

No ano 1992, como resultado, são estabelecidas as primeiras leis em alguns estados, que substituem os hospitais psiquiátricos por rede integrada de atenção à saúde mental. Ao longo da década, a partir da assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, foram realizadas vitorias dos hospitais psiquiátricos, implementações de CAPS, NAPS e hospitais dias (BRASIL, 2005), dando início a consolidação da reforma psiquiátrica do Brasil.



A Lei Paulo Delgado é finalmente sancionada em 2001, com duração de 12 anos de trâmites no Congresso Nacional, e renomeada como Lei nº 10.216 devido as mudanças significativas realizadas ao projeto original. A lei nº 10.216 dita a proteção dos direitos às pessoas com transtornos mentais e direciona a uma assistência de serviços em saúde mental com uma base mais comunitária, porém não clarifica a extinção de manicômios. A Lei Federal que impulsiona a reforma psiquiátrica levando a saúde mental em uma direção diferente das dos séculos passados, ainda deixa brechas ao passado.

Mesmo com os CAPS, leis e políticas como a Política Nacional de Humanização (PNH), que traz a inclusão como tema geral, construída coletivamente, e estimula novos modos de cuidados e organizações de trabalho em especial ao incluir os usuários (BRASIL, 2015). As discussões sobre a humanização na saúde mental permanecem necessárias, pois o movimento manicomial ainda segue também como forma de tratamento. Alguns indivíduos, por diversas razões como a dificuldade de aceder a informação sobre o assunto, podem vir a questionar a capacidade da reinserção de pessoas que vivem com transtornos mentais na sociedade.

Hoje, os transtornos mentais são caracterizados por uma série de pensamentos, emoções e comportamentos atípicos (OMS, 2019). Dentro dos transtornos mentais existe um leque de doenças que afetam a pessoa de maneiras diferentes. Algumas dessas doenças são reconhecidas pela população, mas poucas são realmente compreendidas, como transtorno bipolar, esquizofrenia, transtorno do pânico, depressão, uso de substâncias dentre outras. As pessoas com transtorno mental lidam com discriminação e estigma diariamente em todas as partes do mundo (OMS, 2019).

De acordo com a OMS, os transtornos mentais são um dos maiores problemas de saúde do mundo acometendo mais da metade da população. Metade das condições de saúde mental começa aos 14 anos de idade, mas a maioria dos casos não são tratadas ou detectadas. Em países em desenvolvimento, como o Brasil, há maior probabilidade de crescimento dessas condições nas próximas década, acometendo, em sua maioria, indivíduos considerados vulneráveis (OMS, 2015).

Uma de quatro famílias tem, ao menos, um membro que sofre com transtorno mental ou desordem comportamental. Os membros da família se tornam os cuidadores primários da pessoa acometida pelo transtorno mental e são essas as pessoas que estão junto, durante e após (quando ocorre) o diagnóstico, tendo que, não apenas lidar com uma situação nova, como também providenciar o apoio físico, emocional, mental e financeiro que estão ligados ao longo da vida a tratamentos dessa condição (OMS, 2019).

O transtorno mental não afeta somente a pessoa com transtorno mental, como também todos que com ele convivem. Para muitos destes transtornos, conforme a psicopatologia descritiva que classifica os transtornos mentais e de comportamento através da CID 10 e DSM-5, não existe “cura”, porém existem meios de tratamento e acompanhamento. A sociedade, mercado e estado tem fracassado, no sentido de não reconhecer que a família também é afetada pelo transtorno mental o que traduz em pouco apoio disponível para estes membros. Para que a família consiga ter mais compreensão sobre o que são esses transtornos é necessário que a sociedade continue trabalhando para a quebra do estigma e preconceito sobre os transtornos mentais por meio de conhecimento e aprofundamento nessa discussão (OMS, 2019).

Quando alguém da família é afetado por alguma doença, tanto física quanto mental, os outros familiares podem não entender a dimensão da mesma. E, portanto, acabam se frustrando e, sofrendo mentalmente e emocionalmente junto ao familiar doente. Há muitas vezes despreparo das famílias ao lidar com a nova situação. Algumas famílias acreditam que a reforma psiquiátrica e os novos meios de assistência são o melhor para o familiar afetado, incluindo-o sob seu próprio cuidado no domicílio e não no hospital. Alguns acreditam que o hospital psiquiátrico é um local de exclusão. Portanto, essas famílias criam oportunidades para a reinserção do familiar na sociedade. Outras famílias, por não saber lidar com a situação ou como tratar o familiar com essa condição, acreditam que a hospitalização é a única saída, essas famílias sentem falta de amparo e acabam ficando sozinhas no cuidado (DUARTE, et al. 2007).

As mudanças da reforma psiquiátrica vêm trazendo aos poucos a inclusão da família no cuidado, reconhecendo a importância da participação deles como parceira no tratamento. Desse modo é importante lembrar que a família também precisa de cuidados quando se diz respeito ao transtorno mental, ver um familiar na situação não é fácil, e as famílias muitas vezes se sentem sobrecarregadas (MARTINS, 2017).

Quando as crianças/adolescentes da família vivenciam o adoecimento de um de seus membros a compreensão pode ser ainda mais difícil. A família tem um papel especial, de acordo com a psicologia, na formação da personalidade da criança. Quando falamos em cuidados voltados à criança/adolescente na Enfermagem incluímos a sua família (HOCKENBERRY; WILSON, 2014). No cuidado à pessoa com transtorno mental, deve-se incluir a sua família. Entretanto, a criança ou adolescente ao fazer parte de uma família que convive com um familiar com transtorno mental pode se tornar ainda mais vulnerável o que requer cuidados e atenção especial.

Preocupada com o impacto que a convivência no período infanto-juvenil com um familiar com transtorno mental tem sobre a criança/adolescente este estudo tem os seguintes

questionamentos: *Como o adulto compreende a convivência com o adoecimento de um familiar durante o período infantojuvenil? Quais as repercussões da convivência da criança/adolescente com um familiar com transtorno mental para o adulto que a vivenciou?*

## **2 OBJETIVOS**

### **Objetivo geral:**

Compreender como o transtorno mental de um familiar repercute sobre a criança/adolescente na percepção do adulto que a vivenciou.

### **Objetivos específicos:**

Identificar as repercussões do transtorno mental de um familiar sobre a criança/adolescente para um adulto que conviveu com essa situação no período infanto-juvenil.

Refletir sobre as possibilidades de cuidado profissional para a criança/adolescente e família que convivem com o transtorno mental de um de seus membros.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

O simples ato de realizar uma pesquisa sobre um determinado tema é mais complexo que parece, pois, a pesquisa está fragmentada em várias etapas. A primeira etapa é a busca de informações, hoje em dia facilitada pelos avanços tecnológicos, conseqüentemente, sobrecarregada devido a quantidade de fontes indiscriminadamente disponíveis. A partir das primeiras buscas são extraídas as fontes mais relevantes para o trabalho científico. Contudo, a pesquisa não se trata apenas de repetir as informações já encontradas, mas de vê-las de maneiras como não haviam sido vistas antes (BERNARDES, 2005). A busca, a análise e a descrição destas informações fazem parte do processo de pesquisa que chamamos de revisão de literatura. A revisão de literatura é o fundamento de um trabalho científico, e por isso é essencial que esta seja realizada de maneira minuciosa, tendo como objetivo descrever e explicar os temas abordados na pesquisa (ECHER, 2001).

Há várias maneiras de realizar uma revisão de literatura, métodos que estão cada vez mais utilizados nas pesquisas atuais, podendo se tratar de uma revisão sistemática, integrativa, narrativa, entre outras (SOUSA et al., 2018). A revisão narrativa é a que mais se encaixa nas necessidades deste estudo por se tratar de uma revisão mais flexível permitindo acessar uma variedade maior de materiais.

As buscas foram realizadas nas seguintes bases de dados: EBSCOhost, PubMed Central (PMC), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), base de dados Latino-Americana de informação bibliográfica em ciências da saúde (LILACS), bibliotecas eletrônicas como *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), e o metabuscador *Google Acadêmico*. Foi utilizada também a plataforma do Sistema de Legislação da Saúde para procura de documentos jurídicos.

Os descritores utilizados foram derivados a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e do *Medical Subject Headings* (MeSH), assim como palavras-chave. Os descritores sendo eles: *children with impaired parents*, *children*, *mental disorder*, *family*, família, criança, transtorno mental, impacto do transtorno mental, o papel da enfermagem no transtorno mental.

Por se tratar de um tema complexo com as sensíveis temáticas: família, criança, transtorno mental, o impacto do transtorno mental na família e principalmente como as vivências da criança/adolescente podem afetar o seu curso de vida e sua formação como adulto, foi necessário que a realização da pesquisa não cobrisse apenas as principais bases de dados nacionais e internacionais, mas também a busca ampliada em livros que trouxessem com mais

especificidade os temas abordados. Tanto os artigos e livros utilizados em cada uma das revisões foram selecionados de acordo com o que melhor encaixavam nos temas.

### 3.1 Família e o transtorno mental

Família é um dos termos mais complexos de definição por sua variada simbologia crescente ao longo dos séculos. A palavra é derivada do latim *familiae* “grupo doméstico” e tem sido definida pela OMS como “o primeiro grupo qual uma criança faz parte” (OMS, 1987).

As variadas definições de família tanto cultural, social, psicológica e biológica são válidas e variáveis de acordo com a crença de cada um. No aspecto biológico a família é relacionada à consanguinidade e genética, no psicológico é a partir da individualidade de cada um que a define, no social a estrutura “família” é o grupo de pessoas que se cria, convive e cooperam de diversas formas (como por exemplo econômica), e essa estrutura se diferencia conforme a cultura e vem sendo atualizada ao longo dos anos. Entre estas definições, há uma concordância de que a família, sendo esta biológica ou escolhida, é a base de todos os seres humanos (OSÓRIO, 1992; KOENING & BAYER, GOMES, 1987).

Desde que existem estudos sobre seres humanos há relatos de um grupo formado por indivíduos com laços sanguíneos, denominado de família e, nesta primeira formação não havia diferença definida entre os laços, seus sobrinhos eram também seus filhos e seus filhos também eram filhos de seus irmãos, constituindo-se a importância desse grupo de indivíduos como fator decisivo para a sobrevivência e a existência. Com o passar das décadas os “roles” (*papéis*) de pai, mãe, filho(a), sobrinho(a), tio(a) foram progredindo acompanhando a evolução humana (ENGEL, 1984).

No decorrer do tempo a família vem sendo redefinida, reformulada e ressignificada em cada cultura conjuntamente com os seres humanos (OLIVEIRA, 2009). A partir das ideias de Ariés, Oliveira (2009) descreve como na idade média a linhagem era o valor que dava significância a família tais como: ser filho biológico do mesmo pai e mãe significava a autenticação de família. De acordo com Lévi-Strauss, citado por Oliveira (2009), existe o modelo de ideal família: constituindo-se da união de um homem e mulher casados, título concedido pelo Estado, e filho(a)s por eles gerados; incluído nesta união as obrigações de esposa e marido, a divisão sexual do trabalho e também suas relações aos vínculos religiosos entrecruzando a exclusividade sexual do casal e seus direitos e proibições. No entanto, hoje em dia as mudanças sociais permitiram a modernização do que é família agregando outros valores e outras visões para defini-la (OLIVEIRA, 2009).

Conhecendo historicamente o peso que traz a palavra “família”, não só ao que diz a estrutura baseada em consanguinidade e sobrevivência, quanto a estrutura criada pelo Estado (marido, esposa, filho(a)s), é compreensível que essas estruturas familiares ainda hoje façam grande parte da sociedade. Graças a progressão da sociedade hoje é possível ver um avanço na diversidade destas estruturas familiares, ocasionando com que o termo família seja tão complexo quanto a própria sociedade. Sociologicamente falando, a família moderna pode ser constituída por membros que não tenham os mesmos laços sanguíneos e pode ser composta variavelmente sendo embasada no amor e afeto e não tão focada na linhagem consanguínea. Contudo, ainda persistem elementos culturais e religiosos de caráter conservador que operam como obstáculos diante das novas configurações familiares (OLIVEIRA, 2009).

Atualmente, independentemente de qual seja a composição familiar, a família é essencial, tanto na formação de uma criança para um ser adulto, quanto como base de apoio fundamental durante o período de vida deste ser humano (MINUCHIN, 1974). Por meio deste primeiro grupo em que a criança é condicionada a crescer, se transformar em adolescente e de adolescente se transformar em um ser adulto. A família é um dos muitos fatores influenciadores de uma vida que irá definir seu desenvolvimento no mundo (OMS, 1987). De acordo com Minuchin (1974) o indivíduo ao fazer parte de uma família, faz parte de um sistema social ao que deve se adaptar. A capacidade de adaptar-se às mudanças define se a família é, ou não, funcional.

Dentro da psicologia, em observações recentes, a família vem se fortalecendo pelo sentimento de solidariedade entre seus membros, mais envolvimento, amor e afeto para construção de uma dinâmica de grupo contando com apoio, acolhimento e proteção de seus integrantes (GOMEZ e GUARDIOLA, 2014). As pessoas que compõe o núcleo familiar podem variar de família a família conforme suas crenças e a sociedade em que está inserida, cada família é única. Há vários exemplos de núcleos familiares, podendo conter apenas dois integrantes como núcleo principal, ou um casal (homo/hetero) e seus filho(a)s (adotados ou não), dependendo da cultura e sociedade mais pessoas podem ser agregadas ao núcleo principal como avô(a)s e ou tio(a)s entre outros...tanto como existem famílias monoparentais, um pai ou mãe com suas crianças integrantes. A família, sem distinção de diferentes formas, é um compromisso pessoal entre essas pessoas formado por relações fortes e intensas de dependência e reciprocidade (GOMEZ e GUARDIOLA, 2014).

Ao tratar do assunto família é impossível não mencionar a relação de interação humana e tentar entender a fundação do relacionamento humano. Hickmann (2015) traz a visão de Vigotski: é possível compreender as relações interpessoais e, para tanto, é necessário analisar e

valorizar os fatores sociais, culturais e histórico dos indivíduos. Cada ser humano passa por um processo de internalização e pensamento ao relacionar-se, a mente tem um grande potencial para lidar com emoções e subjetividade capacitando assim relacionamento com outros (HICKMANN, 2015). O indivíduo influencia seu ambiente tanto quanto é ele influenciado, isso é devido sua interação mútua e constante, o peso da cultura, *status* econômico, tudo ao seu redor poderá influenciar como a pessoa se relaciona. A relação do indivíduo com o sistema macrossocial terá um reflexo em como se posiciona, se vê e como age dentro de sua própria família e vice-versa (MINUCHIN, 1974). No reduto familiar existem no mínimo três relações interpessoais que devem ser consideradas: pai/mãe-filha (o), relação entre irmã(o)s, e a relação conjugal (BENZANILLA e MIRANDA, 2014). A sociedade e a família com suas relações internas são elementos chaves na formação da personalidade do ser humano (GOMEZ e GUARDIOLA, 2014).

Levando em consideração que a família é o primeiro grupo em qual nos relacionamos (HICKMANN, 2015) e por ser composta por humanos com diferentes pensamentos e personalidades, modo de sentir e vivenciar a vida, é esperado que, como em qualquer outro grupo, existam atritos e conflitos entres seus membros (GOMEZ e GUARDIOLA, 2014). A capacidade que a família tem de resolver os conflitos é dado por suas próprias experiências, atendendo a necessidade de seus membros, precisando equilibrar trabalho (situação econômica) e suas responsabilidades familiares (GOMEZ e GUARDIOLA, 2014).

Atritos e conflitos podem nascer de obstáculos de comunicação, por influência externa, por violência, por adoecimento de um de seus membros ou até mesmo diferença de opiniões. Alguns destes casos podem trazer mudanças irreversíveis. Mudanças familiares podem gerar uma cadeia de eventos, muitas vezes a partir do sentimento de cada um de seus membros (MINUCHIN, 1974). A ressignificação da palavra família pode vir, ou não, a ocorrer durante/após obstáculos, pois depende de cada um de seus integrantes levando em consideração o espaço na família que ele (a) ocupa, como reage, e sua relação com cada membro. No caso de divórcio, os filhos encontram-se em dois novos núcleos familiares, o primeiro núcleo já não existe; tal como no caso de nascimento de uma nova criança no qual pode ocorrer um fortalecimento do elo familiar, mas o núcleo não permanecerá o mesmo; já no caso de adoecimento de um dos seus familiares, o elo sofrerá impacto (MINUCHIN, 1974).

O núcleo familiar é diferente para cada um dos membros que a compõe, e por isso, muitas vezes, a maneira como um membro vê a família destoa da maneira que outro membro a vê e nela se vê, quando essas mudanças ocorrem, é possível que um ou mais de seus indivíduos sofram mudança de *role*. Todas as vivências do indivíduo, tanto dentro da família quanto fora



dela, terá alguma forma de impacto psicológico (positivo ou negativo) em sua vida (MINUCHIN, 1974).

No aspecto psicológico a família deve proporcionar aos seus integrantes: segurança e afeto, criar hábitos cotidianos e responsabilidades, auxiliar no desenvolvimento da capacidade a se adaptar, instruir no manejo de crises e frustrações emocionais, guiar ao autocontrole e orientar o gerenciamento de impulsos de autoritarismo e violência, no intuito que ao crescer como adulto se transforme em um ser independente por meio da educação e respeito (GOMEZ e GUARDIOLA, 2014). Toda família é única, e não tem como dizer que existe família perfeita, pois todos os integrantes são feitos de qualidades e defeitos, o ser humano é complexo e suas relações não são diferentes (MINUCHIN, 1974).

Ao ocorrer uma crise como o adoecimento de um membro dentro da família, a reação do grupo definirá as mudanças que impactarão o núcleo, assim como cada um de seus indivíduos sofrerá mudanças internas dependendo da personalidade já formada, tanto pela influência da sociedade como da própria família (MINUCHIN, 1974). O adoecimento dentro da família acarreta consequências para além do indivíduo diagnosticado e levanta várias questões psicológicas e estruturais dentro do grupo familiar, impactando nas diferentes relações e dinâmicas familiares, afetando internamente a cada um de seus membros (OLIVEIRA, 2015). Quando o adoecimento é relacionado a saúde mental a compreensão e repercussões para a família são ainda mais complicadas (OMS, 2019).

Para maior compreensão de como o transtorno mental afeta o indivíduo e sua família é necessária uma base fundamental sobre saúde mental e o que são os transtornos mentais. A saúde mental de cada indivíduo dependerá tanto de sua genética quanto do contexto familiar, social, econômico, cultural, religioso e muitos outros fatores.

Como a “família”, o termo “saúde mental” evoluiu ao longo dos anos, sendo este amplo o suficiente para ser definido por diversas vertentes como espiritual, social, fisiológica e claro psicológica (FILHO, COELHO e PERES, 1999). O aspecto espiritual é um dos mais antigos no qual se associa o bem-estar mental como uma benção ou no caso contrário trata de um indivíduo possuído por espírito ou tem desavenças em vidas passadas (SILVEIRA, 2005). Os vieses mais relevantes da atualidade são os da psicologia, sociologia, fisiologia e psiquiatria focando nas vertentes psicanalista e psicopatológica.

Em uma visão psicanalista (Freudiana), a construção do estado mental é dada por meio de organização que leva a pulsação de energia com propósitos específicos, resultando em bem-estar mental (SILVA, 2009). Focada na origem endógena, a psiquiatria clássica, considera os sintomas de transtornos mentais como sinal de disfunção orgânica, se subentende que o

transtorno mental nasce de uma lesão naturalmente anatômica, como por distúrbio neurológico (BOCK, 1999 apud SANTOS, 2011). A psicopatologia leva em consideração os sintomas e analisa a origem endógena, agrupa todo o conhecimento relacionado à saúde mental sendo considerada o ramo mais amplo pois vê o indivíduo em seu todo (DALGALARRONDO, 2008).

A partir do estudo das funções psíquicas e de seus transtornos também é possível um entendimento sobre o sofrimento psíquico. Os transtornos mentais são condições que afetam a maneira como a pessoa não apenas lida com a vida, mas como ele vê a vida, e como esta vida é impactada a partir das suas manifestações (CHENIAUX, 2015). Existem convergências no que diz respeito a origem do transtorno mental, o seu desencadeamento pode estar relacionado ao desenvolvimento do indivíduo, seu crescimento na sociedade, suas relações interpessoais e toda a sua complexidade, a família e sua interação, estressores ambientais e econômicos, alterações estruturais anatômicas como neurológicas, hormonais e fatores genéticos, sendo então considerada uma condição multifatorial (CHENIAUX, 2015; POLANCZYK, 2009).

O transtorno mental impacta em todas as áreas da vida do indivíduo devido as alterações psíquicas que podem repercutir: na aparência, atitude, consciência, atenção, senso percepção, memória, linguagem, pensamento, inteligência, conação, imaginação, pragmatismo, psicomotricidade, afetividade, orientação alopsíquica, consciência do eu, prospecção, consciência de morbidade gerando a este um sofrimento psíquico imensurável (CHENIAUX, 2015).

Considerado como um ser vulnerável, o indivíduo com transtorno mental ainda tem de passar pelo julgamento da sociedade e algumas vezes da própria família. Na sociedade de hoje a pessoa com transtorno mental está aos poucos se reinserindo, graças algumas instituições como o CAPS, mas ainda assim existem preconceitos a respeito a este ser humano, derivado a partir de um espectro multicausal. Mesmo levando em consideração que a desconstrução do modelo manicomial está aos poucos em progresso, ainda temos a alienação da pessoa com transtorno mental ocorrendo, quanto mais grave o transtorno, maior a sua exclusão dentro da sociedade (ALMEIDA, FELIPES e POZZO, 2011; OLMO e CERVI, 2017).

Na psiquiatria o diagnóstico de um transtorno mental é gerado normalmente a partir de exame clínico, avaliando assim o aspecto comportamental do paciente, sendo pouco utilizado exames complementares, tendo importância fundamental o uso da semiologia psiquiátrica e da psicopatologia (CHENIAUX, 2015). Existem dois critérios básicos para estudo dos transtornos mentais a partir da psicopatologia: a apresentação dos sintomas (ideia obsessiva, delírio, visões...) e o conteúdo destes sintomas (conteúdo de culpa, de perseguição, teor religioso...).

Levando em consideração o histórico do paciente previamente ao desencadeamento dos sintomas (DALGALARRONDO, 2008).

De acordo com o DSM-V, não são todos os transtornos mentais que têm seus limites bem definidos e que demarcam apenas um tipo de transtorno; de fato existem evidências científicas que englobam mais de um transtorno relacionados a diferentes casos, pois vários transtornos têm sintomas similares. Muitos deles compartilham até os mesmos fatores de risco, genéticos, ambientais e substratos neuronais. Além disso, os transtornos mentais podem ser desencadeados em diferentes momentos da vida, como por exemplo os transtornos que afetam o neurodesenvolvimento e estão associados com o início da vida como os transtornos psicóticos, esquizofrênicos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Na adolescência e no adulto jovem os mais relevantes são transtornos de espectro bipolar, ansiedade e depressivos assim como os alimentares e de abuso de substância. Finalizando com os transtornos neuro cognitivos na idade avançada. Os profissionais da saúde são os responsáveis em observar esses sinais e sintomas, mesmo sabendo que diagnósticos para os transtornos são difíceis, e por mais permeável que seja os limites entre os transtornos conforme o DSM-V (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

O diagnóstico é importante para a melhora substancial do paciente e a compreensão da família e a sociedade em que ele está inserido. O diagnóstico de um transtorno mental muitas vezes pode levar anos para ser realizado e infelizmente durante esse tempo e até mesmo após a realização do diagnóstico há um sofrimento generalizado tanto para a pessoa com o transtorno, quanto para sua família, por não compreenderem o que está acontecendo. Uma vez diagnosticado com transtorno mental, dependendo da cultura e do diagnóstico, a aceitação pode ser difícil para ambas as partes, influenciando na adesão ao tratamento (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

### **3.2 Impacto do transtorno mental sobre o familiar**

Por ser capaz de atingir inúmeras esferas do comportamento do ser humano, o transtorno mental pode ser visto como uma barreira, e deve ser desconstruída por meio do conhecimento e compreensão de todos os envolvidos. O membro da família com transtorno mental muitas vezes não se vê como uma pessoa *com transtorno*, muitas vezes o difícil diagnóstico ocorre devido à dificuldade da própria pessoa entender o que está ocorrendo consigo mesmo. A compreensão do transtorno mental é complexa pois envolve a desconstrução de estigmas e ideias

centenárias que acompanham a sociedade desde sua existência (ALMEIDA, FELIPES e POZZO, 2011; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

A desinstitucionalização trouxe a oportunidade para a família e a sociedade conviver com pessoas com transtornos mentais (BRISCHILIARI e WAIDMAN, 2012). Para a sociedade a saúde mental sempre teve um peso negativo, pois carrega a exclusão de todos os considerados diferentes na história (SILVEIRA, 2005). O impacto que a cultura e a sociedade causam à família, influencia em cada um de seus indivíduos, que ao fazerem parte da sociedade contribuem em sua complexa estrutura (ALMEIDA, FELIPES e POZZO, 2011). Almeida, Felipes e Pozzo (2011) citam Osório (1992) que enfatiza a importância da família na vida de um ser humano, nessa influência nos modos que cada um de seus integrantes vivem e veem a vida e o mundo ao seu redor, sendo uma das maiores responsáveis na formação de identidade

O transtorno mental independentemente de qual ou quão grave seja, afeta a pessoa e claro aqueles ao seu redor (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION). Tendo em vista que a reação da família frente ao transtorno mental dependerá de quão forte é a influência da sociedade e cultura em sua estrutura, lembrando que na sociedade ainda existem pessoas com pensamento retrógrado a respeito da saúde mental (BRISCHILIARI e WAIDMAN, 2012).

A atenção a família das pessoas com transtorno mental é relativamente nova. A família por ser normalmente o grupo mais próximo do indivíduo, serão possivelmente os primeiros a sentir as manifestações do transtorno em seu ente querido. Quando um de seus integrantes não “se encaixa” no que é considerado “*normal*” na sociedade, a família enfrentará este novo desafio da sua maneira, assim como vem enfrentando desafios desde sua formação original. Sem o entendimento, participação e compreensão da família a reinserção/reabilitação do indivíduo com transtorno mental na sociedade torna-se quase impossível (ALMEIDA, FELIPES e POZZO, 2011; MINUCHIN, 1974).

É complexo definir o que é para uma família conviver com um familiar com transtorno mental. Derivado de causas multifatoriais, os transtornos mentais, podem ocasionar inúmeras manifestações de ordem comportamental orgânicas, psíquicas e/ou cognitivas. Dependendo do transtorno, viver com algumas das manifestações pode ser impactante, principalmente quando não se sabe que está passando com o familiar, e quando talvez nem a próprio familiar saiba o que lhe está passando. Pode-se dizer que a maioria das famílias não estão preparadas para lidar com esse tipo de desafio, as relações inter-humanas já são complicadas, pois cada um de seus indivíduos tem sua maneira de pensar, reagir e ver o mundo, a convivência com o transtorno mental, pelo menos nos primeiros momentos, não facilita os vínculos e as relações. O transtorno

mental antes mesmo de ser diagnosticado, pode vir a causar impactos de diferentes magnitudes ao núcleo familiar (PEREIRA, 2003; ELOIA, et al. 2014).

Alguns dos sintomas dos transtornos mentais que envolvem a interação humana são vistos pela sociedade como falta de afetividade, desligamento e/ou vontade de aparecer. O isolamento por parte da pessoa com o transtorno mental que prefere não interagir, ou delírios que o invadem deixando-o com sentimento de insegurança e perseguição, ou quando a hiperatividade ocorre, tornam ainda mais difícil acompanhar seu raciocínio. Estes são poucos exemplos das manifestações encontradas em alguns transtornos o que podem tornar essa pessoa incompreendida. Consequentemente, a família também não entende muitas dessas manifestações, analisando como comportamentos incomuns ou exageros e, por sua vez, acabam, sem querer, excluindo esse membro (BRISCHILIARI e WAIDMAN, 2012). O estigma da sociedade a respeito do tema está tão enraizado em cada um, que muitas famílias, além de não entenderem o transtorno, sofrem junto com o indivíduo e muitas vezes reproduz a ignorância gerando mais dificuldades (EBRAHIMI, et al. 2018).

Para a pessoa com transtorno mental a sua convivência com a família pode ser tão complicada quanto a da família consigo. A inclusão deste membro em assuntos familiares muitas vezes é limitada, podendo ser relacionada a seu medo de se expor, de que seus pensamentos ou opinião não farão sentido, ou pior, que não seja levado em consideração. Em outra visão a pessoa com transtorno mental pode ser capaz (dependendo do transtorno) de manipular todos ao seu redor e/ou ter reações consideradas exageradas (ou nenhuma reação), resultando com que família recue no plano de inclusão deste membro em alguns assuntos. Habitualmente, a família se encontra em uma encruzilhada, por um lado quer a participação deste membro, por outro lado não compreende como fazer para que isso ocorra sem consequências. São inúmeras as repercussões das manifestações que afetam o núcleo familiar, infelizmente gerando um cansaço generalizado a todos os seus membros (BRISCHILIARI e WAIDMAN, 2012).

Um ponto de discussão importante é o lugar que a pessoa com transtorno mental ocupa na família e como a configuração desta pode vir a mudar. O transtorno mental, por meio destas manifestações, pode afetar a maneira em como este desempenha seu papel, transformando a composição da família. A mudança de papel dentro da família traz mais uma conturbação nas relações. No exemplo em que um dos pais seja a pessoa com transtorno, um de seus filhos e/ou o outro cônjuge pode ter que se responsabilizar por suas funções, como cozinhar e manter a ordem, ou ter que buscar um emprego para auxiliar nas contas, gerando uma sobrecarga a este membro cuidador e a toda família (BRISCHILIARI e WAIDMAN, 2012).

A famílias em geral tentam se acostumar com as novas dinâmicas, se adaptar ao novo sempre é difícil, mas nesse caso além de difícil é intenso por seu uma mudança, muitas vezes, repentina. Em especial, a mulher é designada como maior responsável pelo cuidado ao membro com transtorno mental, além dessa carga, lhe é implicado cuidar de todos os outros membros da família, como na alimentação e em outros aspectos (BRISCHILIARI e WAIDMAN, 2012).

Cuidar de uma pessoa com transtorno mental na família é considerado, no início de suas manifestações, um trabalho árduo, principalmente por se tratar do cuidar de alguém com quem, há tantos anos, se construiu laços fortes como amor e respeito, correndo o risco de impactar negativamente esses laços afetivos de maneira quase irreversível. Cuidadores de familiares com transtorno mental são, inegavelmente, pessoas fortes, altamente compreensíveis e sensíveis, mas nem sempre é possível manter a compostura e a sua própria saúde mental. A saúde mental dos cuidadores é testada diariamente, os sentimentos podem variar entre raiva, ódio, tristeza, medo, incertezas. A família pode adoecer junto com a pessoa com transtorno mental pela carga de exigência, cuidado e às vezes medo constante, depende de cada indivíduo do núcleo e da manifestação do familiar. Muitos transtornos mentais apresentam crises, e as crises, são capazes de afetar a família inteira deixando-a devastada. A família, que muitas vezes não tem o conhecimento técnico e lida com as situações a sua maneira, muitas vezes capaz de causar uma piora no episódio (OLAWANDE, et al. 2010; ELOIA, et al. 2014).

As famílias que experienciam convivências com a pessoa com transtorno mental, assim como a próprio familiar afetado, aprendem a conviver com o transtorno, mesmo que este não esteja cem por cento claro qual seja o diagnóstico, as manifestações do transtorno são reais, e suas marcas igualmente perceptíveis. Há uma sobrecarga definitiva à família que convive com uma pessoa com transtorno mental, sendo elas definidas como sobrecarga objetiva e sobrecarga subjetiva, ambas já descritas. A primeira lida com o peso das atividades/tarefa que pertenciam ao familiar com transtorno mental e agora são distribuídas ou passadas a um indivíduo, como seu papel na família. A outra mais relacionada aos sentimentos dos indivíduos, sobre a vivência com um familiar com transtorno mental (BRISCHILIARI e WAIDMAN, 2012; ELOIA et. al. 2014). O esgotamento enfrentado por essas famílias é apenas compreensível a quem convive/conviveu com isso, o sofrimento é dificilmente descrito e muito mais expressado de outras maneiras, como no choro engolido, nas lágrimas, nas mudanças de expressões faciais etc. (BRISCHILIARI e WAIDMAN, 2012).

Contudo, e aos poucos, a família aprende com as ações e reações do familiar, e começa a entender um pouco mais dos comportamentos, tanto os relacionados ao transtorno (uma reação além do socialmente esperado) quanto aos comportamentos que são típicos da sua

personalidade, porém esses podem se entrelaçar. Compreender o que é proveniente do transtorno não é fácil nem mesmo para os profissionais da saúde. A família precisa de ajuda profissional ao lidar com isso, sozinha é muito mais complicado e a carga se torna mais pesada sem auxílio. O apoio profissional a esses familiares é de grande importância, principalmente na área de educação em saúde, pois, a família bem informada consegue compreender mais o que está acontecendo com seu familiar, gerando um entendimento de como reagir e quem sabe ser ainda mais paciente, melhorando a relação entre todos os envolvidos. O diagnóstico tem o propósito de facilitar a vida de todos os indivíduos da família, mas ainda pode ocorrer resistência ao diagnóstico, por um despreparo geral da sociedade relacionado a saúde mental (OLAWANDE, et al., 2010).

Dependendo do transtorno mental, sua gravidade e como manifesta-se no pessoa, as recorrências de crises e a resistência aos tratamentos (medicamentosos e ou não-medicamentosos), a família muitas vezes pode chegar a atingir um estado de desesperança, sem acreditar na melhora e a capacidade de um dia ter estabilidade. O que se reflete em uma desconfiança no sistema da saúde e seus profissionais, sendo indispensável que os profissionais da saúde acompanham a família (DUARTE, et al., 2007).

A recuperação é possível, tanto da saúde mental da família, quanto a melhora do familiar com transtorno mental, mas para que isso se torne atingível é necessário que a família esteja na posição de entendimento/conhecimento a respeito do que é o transtorno mental ou ao menos ter uma noção para saber como lidar com as manifestações. A recuperação é necessária para que ambos família e pessoa com transtorno mental alcancem um bem-estar geral e mental dentro do núcleo familiar (ALDERSEY e WHITLEY, 2014).

Há três pontos nos quais a família pode se responsabilizar para obter a recuperação e melhora na convivência entre os seus membros, incluindo a pessoa com transtorno mental. O primeiro é por meio de apoio moral, o segundo por meio de apoio na prática propriamente dita, é realizar o trabalho junto como a pessoa e incluí-la em tudo que é possível, e o último, dar o apoio necessário para que o familiar, junto como todos, acredite na recuperação e na possibilidade que tudo pode sim melhorar. Para chegar até esse ponto, pode-se levar anos, devido ao fato de ser um processo lento de aprendizagem, por se tratar de relações humanas dentro da sociedade. A família, por mais que seja compreensiva e tenha a melhor das intenções, muitas vezes pode ser um agente contra a recuperação do familiar. Existe uma complexidade no controle emocional e esforço imensurável para assegurar as reações de cada um dos membros da família em torno ao familiar com transtorno mental, que por sua vez, não tem tanto controle sobre as manifestações causadas pelo transtorno mental. Neste caso, a família pode se

tornar uma barreira na recuperação por causar mais estresse a pessoa com transtorno que por si só já se encontra em sofrimento psíquico, ou por, como já mencionado anteriormente, refletir vários dos estigmas da sociedade em casa, (exemplo: acreditar que a pessoa que diz que cometerá suicídio, nunca o fará) e por último: hospitalização da pessoa com transtorno mental. Relembrando novamente que sem apoio profissional a família acaba tornando-se um reflexo da sociedade, adoecendo junto com o familiar e possivelmente capaz de piorar a situação (ALDERSEY e WHITLEY, 2014)

### **3.3 Crianças e Adolescentes: dimensões psicológicas e desenvolvimentais**

A infância é o período de maior significância na formação do ser humano, a partir do momento do nascimento, o ser humano está em constante desenvolvimento. O recém-nascido é inserido no mundo, que até então protegido no útero de sua mãe, agora tem que se adaptar ao novo habitat, e seu desenvolvimento dependerá de inúmeros fatores (HOCKENBERRY e WILSON, 2014). Como em tudo, para compreender o que acontece na mente da criança, é necessário ter uma ideia do longo processo de seu desenvolvimento como um todo (WAGNER, LEVANDOWSKY, 2009).

O desenvolvimento infantil é composto por diferentes períodos. O primeiro período pré-natal, que inclui o momento da concepção até o momento do nascimento não será considerado neste estudo, pois os tópicos a serem abordados terão início a partir da lactância, focando desde o nascimento no desenvolvimento da criança, nos impactos familiares, sociais, culturais e psicológicos. A lactância é composta por dois estágios: o neonatal e a infância, o primeiro conta a partir do nascimento aos 28 dias, o segundo a partir do primeiro mês de vida até o primeiro ano. O primeiro mês é o mais importante neste período pois é o momento de adaptação ao novo lar. Na infância o pequeno ser humano apresenta o desenvolvimento motor, cognitivo e social (HOCKENBERRY e WILSON, 2014).

O segundo período conhecido como primeira infância é dividido em criança (1-3 anos) e pré-escolar (3-6 anos). Primeiro momento em que a criança começa a andar, vem acompanhado de curiosidades, descobertas e atividades. Chave na formação da personalidade, por meio de linguagem e sua mobilidade que continua a desenvolver. O crescimento de relações e laços familiares ocorre também neste período, em que há mais senso de independência, surgindo o autoconceito (HOCKENBERRY e WILSON, 2014).

A infância intermediária ocorre no período dos 6 aos 12 anos, pode ser chamada de idade escolar, marcado pela expansão do grupo de relações da criança para além do familiar.



Evoluindo nas relações com os amigos da escola, ao mesmo tempo que continua a se desenvolver em aspectos físico, motor e mental. As descobertas continuam junto com desenvolvimento de habilidades. Período significativo no que se refere ao desenvolvimento de autoconceito e moral (HOCKENBERRY e WILSON, 2014).

Último período, a infância tardia, é por muitos temido por ser composto pela pré-adolescência (10 a 13 anos) e a adolescência (13 a 18 anos). Considerado um período de transição, a infância tardia é demarcada por mudanças ocorridas pela quantidade de hormônios, dando início na puberdade prolongando-se até a fase adulta. As mudanças corporais e comportamentais são típicas deste período, acompanhando da modulação da personalidade. A individualidade toma o lugar da identidade grupal (HOCKENBERRY e WILSON, 2014).

Embora a psicologia usasse um comparativo botânico para tentar descrever o desenvolvimento da mente da criança para a de um ser adulto, hoje em dia utiliza-se uma visão da zoologia pela complexidade da mente humana, contribuindo assim na base biológica do comportamento humano. A zoologia ampliou o estudo da mente humana, no sentido de que as ações e comportamentos humanos são vistos como uma evolução das ações de outros animais “inferiores”, ao invés de explicá-la como algo que é isoladamente humano. Por meio da observação de animais como chimpanzés, é possível ver como as relações entre estes animais se assemelham às relações humanas em aspectos psicologicamente superiores, em particular a semelhança da inteligência da criança que usa instrumentos em parte para se comunicar. A evolução das habilidades motoras com a linguagem é altamente conectada, porém essa conexão entre o comportamento adaptativo e o uso de sinais para comunicação para alguns outros psicólogos como Piaget é visto como fala “egocêntrica”. Enfatizando a complexidade de compreensão da mente da criança, considera-se que a evolução da mente da criança ocorre quando finalmente as duas linhas da comunicação prática e a linguagem se convergem em uma (VIGOTSKI, 2010).

Piaget foi o primeiro psicólogo a estudar a linguagem e pensamento da criança mais profundamente, apresentando as peculiaridades da lógica infantil. A psicologia tradicional via a mente da criança com falhas, enquanto Piaget demonstra o quão original e especial é a mente de uma criança (VIGOTSKI, 2010). O egocentrismo acima mencionado trata-se da teoria de que as funções da mente da criança não estão necessariamente interligadas, pois existem diferentes esferas no que diz respeito a mentalidade infantil, o que para adultos ocorre com naturalidade, para a criança, a realização da conexão entre a sociabilidade e a atividade prática não ocorre. Como consequência essa modalidade de pensamento tem como foco a própria necessidade da criança, não necessariamente adaptável à realidade. Ainda sendo difícil definir,

por meio desta teoria, se há uma conexão na dificuldade de expressão e compreensão das crianças e suas manifestações lógicas à realidade adulta (VIGOTSKI, 2010).

O pensamento crítico é apenas iniciado aos 8-9 anos, momento em que a criança começa a apresentar reflexão lógica, havendo uma diminuição do egocentrismo e pensamento autístico. A partir dessa base, é possível compreender que a formação da mente da criança é complexa e sua compreensão do mundo ao seu redor é diferente da visão adulta (VIGOTSKI, 2010).

A mentalidade infantil difere em larga escala ao compará-la com adultos, até no método de realizar escolhas. O adulto tende a realizar o pensamento crítico a respeito da decisão e realiza a ação baseada na análise feita simultaneamente, a criança realiza a ação por interesse (faz a escolha de realizar o movimento), ao selecionar um novo interesse as mãos e olhos da criança seguem nessa direção, não separando a percepção do movimento (VIGOTSKI, 2010).

A mente da criança está em constante evolução, como exemplo a memória da criança pequena, para esta, pensar significa lembrar (usar a memória), ao atingir adolescência o pensamento muda e o ato de lembrar está mais conectado a lógica, em estabelecer e encontrar esse tipo de relações. Ao longo do tempo as funções cognitivas vão mudando, e os conceitos que antes eram vistos e organizados em compartimentos tornam-se em conceitos abstratos (VIGOTSKI, 2010).

A criança é considerada vulnerável não apenas por passar por diferentes fases e mudanças que afetam seu desenvolvimento (motor, físico, psicológico, social etc.), mas também pelo poder de suas vivências impactarem na transformação em ser adulto. Conforme a criança vai se desenvolvendo há uma “evolução” na maneira como age, pensa e vê o mundo. As relações com crianças mais velhas e adultos auxiliam no processo de formação da mente. Uma criança dentro da família é facilmente influenciável, sendo um dos fatores a levar em consideração ao tratar da construção da personalidade e individualidade, que são essenciais no sentido de como a criança começa a ver-se como sujeito único no mundo (BARBOSA, 2010). A família é o primeiro grupo no qual a criança está inserida e, portanto, tem maior impacto e responsabilidade na formação do indivíduo (OMS, 2009).

O desenvolvimento da personalidade é descrito em algumas teorias. Na visão de Erikson, criada a partir da teoria Freudiana, a formação da personalidade também passa por diferentes fases de modo positivo e não patológica da personalidade da criança. Iniciando-se no período da lactância (nascimento – 1 ano), e na fase oral de Freud, diretamente associado à mãe, pessoa com a qual se relaciona para alimentação e troca de carinho, formando assim o laço de confiança. A desconfiança é gerada quando não existe ou é falha a satisfação das necessidades infantis. Sempre existe um pouco de desconfiança na relação, mas a confiança que um pequeno

tem com seus pais refletirá no futuro na confiança em que este tem com o mundo exterior (HOCKENBERRY e WILSON, 2014).

Durante o período do primeiro ao terceiro ano de vida, a criança se desenvolve mais autonomicamente, ligado ao controle do esfíncter anal na teoria de Freud. Ligado ao controle crescente de seu corpo, a criança apresenta-se mais confiante e controla tudo ao seu redor, tentando manipular e utilizar suas novas habilidades como andar, subir escadas e correr. A autoconsciência dá-se início neste momento e, por vezes, a criança apresenta dúvida e vergonha a respeito de suas escolhas. Tudo gerado a partir da imitação daqueles ao seu redor, a família, aprendendo a balancear vontade e autocontrole (HOCKENBERRY e WILSON, 2014).

No período escolar (3-6 anos) entra a fase iniciativa, que associada ao estado fálico de Freud, está fortemente ligada a descoberta do corpo, do físico, sua força e sentidos. Agora a criança apresenta um pouco mais de independência que antes, e com um grande poder de imaginação. Aqui nasce a sensação de culpa, que pode ser derivada da repreensão de outras pessoas por uma atitude tomada, da existência da voz interior que diz o que é certo e o que é errado, nascendo a orientação e determinação (HOCKENBERRY e WILSON, 2014).

Após enfrentar os períodos altamente cruciais na formação da personalidade, vem a industriiosidade, equivale a fase de latência de Freud que ocorre durante os 6-12 anos. Ao chegar nessa fase, a criança “formada”, aprende o sentido do ego e consegue realizar suas tarefas do início ao fim, aprende sobre regras, a competir e cooperar. Durante essas duas atividades pode emergir sentimentos de inferioridade, também como o de capacidade. Momento importante no que diz respeito a relações pessoais, amizades e familiares, caso a família e amigos cobrem demais ou de menos, interligado ao medo do julgamento dessas pessoas (HOCKENBERRY e WILSON, 2014).

Finalmente, o período chave no desenvolvimento de identidade da criança: período da pré-adolescência e adolescência, conhecido como período genital Freudiano. Caracterizada, como mencionada no início, pelas mudanças corporais ocorridas graças aos hormônios. Tudo o que conhecia a respeito de seu próprio corpo muda, então ela enfrenta uma crise de confiança, questionando-se, comparando-se e preocupando-se com as pessoas e seus pensamentos. Existindo uma necessidade de se encaixar na sociedade, ao adaptar-se bem terá suas próprias ideologias e valores (HOCKENBERRY e WILSON, 2014).

A influência da família na formação da identidade é iniciada desde o momento da escolha do nome ao novo membro da família. As distribuições dos papéis familiares também têm seu peso na formação da identidade, o papel de filho (a) já está pronto antes mesmo da criança nascer. Ser filho (a) de “tal” família fará parte da identidade daquele novo ser humano,

e o significado do que ter aquele papel representa e quais são os seus direitos e deveres, tanto dentro de casa como fora dela. A religião da família, os valores e morais tendem a passar ou ter um impacto na criança, fazendo parte do desenvolvimento da identidade. Como já apontado anteriormente, a identidade é derivada de vários aspectos vivenciados pela criança (BARBOSA, 2010).

### **3.4 Criança/Adolescente convivendo com o transtorno mental de um de seus membros da família**

As dificuldades da família que convive com um familiar com transtorno mental podem ser consideradas ampliadas quando há crianças no núcleo. O(s) adulto(s) da família que não possuem transtorno mental enfrentam a adversidade de como lidar com as crianças nesta situação. Ao longo dos anos a família vem sendo considerada o eixo central no cuidado à pessoa com transtorno mental, e com isso, a inclusão da criança tem sido mais discutida (BALLAL e NAVANEETHAM, 2018).

A principal dificuldade relacionada à criança dentro de um núcleo familiar com transtorno mental é a decisão de incluir ou não a criança no que está acontecendo com esse parente. A opção de não compartilhar tem sido o caminho mais conhecido, pois como evidenciado em muitos casos nem mesmo os membros adultos entendem o que está ocorrendo, e quando entendem não sabem como compartilhar essa informação com a criança. A decisão de não incluir a criança pode ter um impacto grande em sua vida, pois a sua visão sobre a situação e até a convivência com este parente pode vir a ter proporções de grande magnitude na vida da criança impactando o seu futuro como adulto (BALLAL e NAVANEETHAM, 2018).

A convivência diária com o transtorno mental é complexa para os membros adultos da família, e ainda mais impactante para as crianças que visualizam e vivenciam o mundo com mais intensidade no decorrer de seus vários estágios de desenvolvimento. Para que o impacto de viver com um familiar com transtorno mental não tenha uma influência negativa na vida da criança é necessário que os adultos da família sejam capazes de inclui-la e auxiliá-la neste processo, pois assim como os outros membros da família, a criança sofrerá impactos nesta convivência (BALLAL e NAVANEETHAM, 2018).

A criança ao receber a explicação de forma clara e coerente sobre a situação do familiar (com transtorno mental) pode ter como resultado um aumento na resiliência, e gerar sentimento de alívio por se sentir incluída e fazer parte do coletivo, auxiliando a não se sentir perdida, evitando sentimentos negativos direcionados a este familiar. O contrário se passa quando as

crianças são “poupadas” da informação, que por sua vez podem expressar sentimentos de vergonha e medo frente a esses parentes e a toda situação, porque ao estarem ali vivenciando e não terem nenhuma explicação a respeito do que está ocorrendo gera uma confusão na mente da criança. A falta de informação afeta a todos, e mais ainda as crianças que, como consequência, podem carregar consigo sentimentos para toda a vida, tornando-os adultos disfuncionais por não entenderem como interpretar as emoções, e até tornando-os rancorosos frente a convivência com este(s) parente(s) ou até apresentar dificuldades ao enfrentarem diferentes momentos da vida (BALLAL e NAVANEETHAM, 2018; TRONDESEN, 2011).

Na ideia de poupar a criança de qualquer tipo de sofrimento, muitos pais ou familiares afastam as crianças da convivência mais próxima ao familiar com transtorno mental, principalmente nas crises. No distanciamento, a criança pode sentir-se excluída ou negligenciada por aquele adulto, gerando em muitas o sentimento de abandono, culpa e/ou ressentimento (BALLAL e NAVANEETHAM, 2018).

Enquanto isso outros pais tentam manter a “normalidade” e apenas explicam que naquele momento aquela pessoa não está se sentindo bem, confundindo a criança a respeito das emoções vistas e estampadas na pessoa com transtorno (BALLAL e NAVANEETHAM, 2018). As ações destes pais são derivadas de uma ideia de que quanto menos a criança seja exposta a esses acontecimentos, menos elas saberiam/perceberiam o que está passando e assim seriam menos afetadas. Porém, não é o que ocorre, a criança percebe sozinha as mudanças de comportamento daquele adulto e sem a informação, leva esses comportamentos e tenta fazer sentindo por si só, e tenta se adaptar com aquela realidade e lidar com coisas que os próprios adultos não explicaram (BALLAL e NAVANEETHAM, 2018; TRONDESEN, 2011).

Toda criança aprende a lidar com as dificuldades/barreiras encontradas na vida dentro do seu primeiro grupo: a família. Quando esta não lhe apresenta as ferramentas ela fica desamparada na situação e cria seu próprio meio de encará-la. Como consequência o enfrentamento da criança frente ao conflito, por exemplo, pode ser debilitado, devido a convivência com esse familiar, assim como sua capacidade de expressar emoções (YAMAMOTO e KEOGH, 2017; TRONDESEN, 2011).

Conviver com as mudanças da pessoa com transtorno mental para a criança/adolescente é complexo e repleto de altos e baixos. Normalmente as crianças definem as alterações de humor do familiar como: dias bons e dias ruins. Os dias bons são dias em que o familiar está mais presente e envolvido na vida da criança, realiza coisas esperadas daquele familiar de acordo com o seu papel na família. Os dias ruins são difíceis de definir, normalmente são dias que o familiar está em crise, apresentando alguma ou várias manifestações do transtorno mental.

Dependendo do nível de agravamento e do transtorno que este familiar apresenta, presenciar essas manifestações podem ser assustadoras para a criança e até mesmo que ela seja afastada nestes momentos, ela tem noção de que algo está acontecendo com aquela pessoa (BALLAL e NAVANEETHAM, 2018; GLADSTONE, et al. 2011).

A criança além de tentar fazer sentido da situação que ocorre dentro de casa, ainda sem entender muito bem o que passa, pode se deparar com algumas interrupções em sua rotina diária fora de casa. Neste ponto o sentimento de vergonha do familiar com transtorno mental pode-se apresentar, a criança cria um medo por não saber como o familiar irá se comportar com outras pessoas. Atividades ou planos da criança podem ficar para depois ou serem cancelados devido a necessidade de atenção mais voltada a pessoa com transtorno mental (GLADSTONE, et al. 2011)

Com tudo isso, a criança amadurece mais rapidamente que seus colegas da mesma idade, por se tornarem muitas vezes cuidadores deste familiar com transtorno mental ou terem o sentimento de responsabilidades até mesmo por outros membros da família. A infância/adolescência desta criança é transformada, podendo ser vista como encurtada, por sua necessidade de crescer e dar conta de assuntos que originalmente não faziam parte de seu papel na família. Nestas circunstâncias, entre as suas necessidades como criança e o cumprimento das tarefas que nem era dela, a criança sente pouca apreciação sobre seus esforços, muitas vezes pelo foco ser mais direcionado ao familiar com transtorno mental. A lacuna deixada por esse familiar, naqueles momentos em que não consegue cumprir com seu papel na família deixa marcas que vão acompanhar a criança até a sua vida adulta (GLADSTONE, et al. 2011).

Lidar com um familiar com transtorno mental para criança é conviver diariamente com uma turbulência de emoções e sentimentos. Medo é o sentimento mais predominante: medo das crises, de possíveis reações violentas desse familiar em direção a outros membros da família, irmão mais novo e/ou mais velho ou direcionada a um dos pais ou até a si, sendo esta uma das manifestações mais assustadoras, existindo o medo de que o próprio familiar se machuque ou que possa cometer suicídio. Acompanhado do medo vem o sentimento de constante tristeza de saber que o familiar vive em altos e baixos, muitas vezes sem saber se isso um dia cessará. Algumas crianças podem criar o sentimento de autopreservação e querer sair daquele meio, porém não havendo para onde ir esperam ansiosamente o momento em que podem sair de casa. O sentimento de reconhecimento pelo com o que o familiar está convivendo pode ocorrer caso a criança tenha mais clareza do diagnóstico daquele familiar (GLADSTONE, et al., 2011).

Portanto, é importante que haja a inclusão da criança pelos outros familiares a respeito do diagnóstico do familiar ou que ela tenha algum tipo de explicação a respeito da situação

(BALLAL e NAVANEETHAM, 2018). Quanto mais apoio a criança tiver melhor ela enfrentará a situação, algumas crianças conseguem conversar com seus amigos mais próximos na escola, até considerando a escola ou a casa desses amigos como um local onde consegue “escapar” dos problemas dentro de casa, em outros casos dentro de casa as crianças que têm o apoio de um ou mais irmãos tem esse apoio e sentimento de que não estão passando por isso sozinhos (YAMAMOTO e KEOGH, 2017; GLADSTONE et al., 2011; MAYBERY et al., 2005).

Com a confusão de sentimentos, interrupções de seus próprios planos e a privação de convivência em momentos com a pessoa com transtorno mental na vida desta criança, não é de menos associar certos comportamentos, reflexos e resposta a estímulos a vida dessa criança quando adulta. Estudos apontam que crianças com pais ou familiares com transtorno mental são mais suscetíveis a desenvolverem problemas cognitivos, emocionais e possíveis transtornos mentais (YAMAMOTO e KEOGH, 2017; GLADSTONE et al., 2011).

Um dos aspectos que mais afetam as crianças que convivem com parentes com transtornos mentais é não terem um acompanhamento psicológico durante essa vivência, como já mencionado anteriormente, a criança muitas vezes se sente negligenciada pelo foco estar neste familiar e sua condição. A estrutura da família é afetada por completo nesta convivência, há uma luta contra os estigmas criados na sociedade e quando a família finalmente busca ajuda, esta fica focada neste familiar. Quando a família vira cuidadora deste familiar a criança também fica com essa carga, podendo afetar o seu futuro. A troca de papéis entre a criança e esse familiar com transtorno mental são bastantes comuns nestes núcleos familiares, o papel que não pertencia inicialmente a criança agora é dela, conscientemente ou não, e a criança leva tempo até entender o que está de fato ocorrendo. No caso quando um dos pais da criança/adolescente é o familiar com transtorno mental os sentimentos podem ser ainda mais intensos, principalmente pelo fato da criança não ver mais aquela pessoa como sua responsável, e o outro responsável não afetado acaba se ausentando mais para dar conta de outras tarefas, como do tipo financeira (MEADUS e JOHNSON, 2000).

Com o aumento de responsabilidade essa criança cresce com variados sentimentos negativos não trabalhados que podem ser levados para sua vida adulta: preocupação, vergonha, raiva, problemas de abandono, medo, medo de confrontos e conflitos, baixa autoestima entre outros (MEDIN, EDLUND e RAMKLINT, 2007).

As crianças já crescidas como adolescentes mais velhos e adultos que enfrentaram a convivência com um familiar com transtorno mental se surpreendem às vezes por terem

conseguido passar por aqueles momentos de dificuldade e “sobrevivido” (MEADUS e JOHNSON, 2000).

Os adultos que quando crianças passaram por essas circunstâncias lembram com tristeza de algumas situações, principalmente os que não tiveram apoio profissional e até mesmo uma explicação dos adultos da família sobre o que se passava e alguns encontram aspectos hoje em suas vidas que foram afetados por essas experiências (MEDIN, EDLUND, RAMKLINT e 2007).

Hoje os estudos estão mais voltados a compreensão de como as crianças vivenciam a convivência e de suas próprias necessidades junto com os parentes com transtorno mental. Em todo caso de familiar com transtorno mental, principalmente os que envolvem crianças, há uma necessidade de uma atenção especial no que diz respeito aos profissionais da saúde envolvidos no cuidado da saúde mental desta família. Infelizmente, ainda que o cuidado para com a pessoa com transtorno mental esteja evoluindo, é difícil encontrar equipes de saúde mental que envolvam cuidados rotineiros que incluam a família e principalmente as crianças ou adolescentes (BALLAL e NAVANEETHAM, 2018).

Neste sentido há também uma importância no relacionamento do profissional da saúde mental com seu paciente para que este seja capaz de conseguir respeito e confiança do paciente mantendo-o engajado no tratamento e auxiliá-lo em todos os aspectos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Meadus e Johnson (2000) apontam que os profissionais da enfermagem, conhecidos como profissional essencialmente focados no cuidado, são os profissionais que estão em todas as esferas dentro dos serviços e fases da vida do ser humano e que neste tema são essenciais em providenciar tanto cuidado para a pessoa com transtorno como todos ao seu redor.

Um enfermeiro da área da saúde mental deve ser capaz de providenciar um relacionamento utilizando ferramentas como a técnica de comunicação interpessoal. Ao realizar esse relacionamento é importante que seja um relacionamento clínico e que este profissional seja capaz de estabelecer uma linha entre uma amizade e o tratamento do paciente. A integralidade no sentido de trazer tudo ao redor do paciente para que o cuidado seja realizado de modo efetivo (MEADUS e JOHNSON, 2000).

A enfermagem, que está cada vez mais atuante no cuidado ao paciente, é necessária na atuação para quebrar paradigmas para que consiga adaptar-se aos novos estilos de cuidar. É necessário que esse profissional inclua a família no cuidado, trazer a família para perto, tentar quebrar os estigmas que a sociedade impôs para as condições da saúde mental, dentro desta família, que este profissional seja capaz de trazer também as crianças e tenha a compreensão de



que a família também está em sofrimento psíquico, pois quando um adoece a família inteira adoece junto (MEADUS e JOHNSON, 2000).

No caso do transtorno mental por existir o estigma é ainda mais difícil para a família compreender que aquilo é de fato uma doença. Incluir a família no cuidado é conseguir encontrar aliados para auxiliar no tratamento e é acompanhá-los no tratamento para que não se sintam sozinho. É importante que o profissional tenha a sensibilidade de incluir principalmente as crianças e adolescentes, pois para eles, que ainda estão descobrindo o mundo, pode ser mais difícil ainda a compressão. Outro papel importantíssimo do enfermeiro da área da saúde mental é trabalhar diariamente na quebra de estigmas da sociedade, pois são estes estigmas que trazem grandes complicações para a família e a pessoa com transtorno mental, a demora na aceitação, no acompanhamento e no tratamento (ALMEIDA, FELIPES E POZZO 2011).

Incluir a família no cuidado à pessoa com transtorno mental faz parte de trabalhar na perspectiva da integralidade do cuidado ao ser humano, sendo um aspecto essencial para que este possa ser inserido na sociedade e não se sentir alienado. Portanto, a fim de diminuir o sofrimento é necessário que a família, bem como todos os seus membros, em especial crianças e adolescentes no cuidado, pois existe um risco maior em crianças que conviveram com parente com transtorno mental deles mesmo acarretarem um transtorno próprio derivado destas experiências, sendo mais uma razão para que a enfermagem esteja atenta a estas crianças (LEIJDESDORFF et al., 2017).

Embora o cuidado à pessoa com transtorno mental necessite de uma atenção multi ou interdisciplinar, muitas vezes é a Enfermagem que mais está próxima e com a qual a família interage. Em especial quando há crianças e adolescentes envolvidos, pois, a enfermagem consegue realizar a ponte com elas a fim de providenciar a oportunidade de inclui-las no que está ocorrendo e auxiliá-las junto com o restante da família neste processo (MEADUS e JOHNSON, 2000).

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Tipo de Estudo

Este estudo trata de uma pesquisa, com abordagem qualitativa, de natureza descritiva, exploratória. A abordagem qualitativa é a mais adequada para esta pesquisa, pois é conhecida por descrever os sentimentos dos indivíduos do estudo (NADERIFAR, 2017), buscando compreender a experiência vivenciada pelo indivíduo (MORÉ, 2015).

O método de análise, o objeto de pesquisa e as limitações em seu desenvolvimento contribuem com o delineamento da pesquisa. Existem 5 delineamentos principais da pesquisa qualitativa, dentro destes estão o estudo de caso e a comparação multicase (POUPART, 2012).

O estudo de caso ficou famoso pelas pesquisas realizadas por Sigmund Freud, por mais que desacreditado por alguns críticos “por falta de rigor do método” de acordo com Yin (2001), o método possibilita que o pesquisador tenha um aprofundamento maior sobre uma situação, favorecendo uma melhor compreensão do fenômeno estudado (ZACH, 2006).

Ao contrário de outras investigações, o estudo de caso permite detalhamento e visibilidade de aspectos menos delimitantes, por se tratar de uma investigação empírica. Tipo de investigação adequada para estudos de uma situação extraordinária, podendo haver poucos dados e mais variáveis de interesse, levando a um grande número de fontes transformando os dados em forma triangular e ainda permite derivar de teorias prévias o formato de coleta e análises de dados. O estudo de caso normalmente está associado a apenas um caso único, mas existe a possibilidade de estudos de vários casos, que é nada mais que uma variação derivada do estudo de caso (YIN, 2015).

A realização de um estudo de múltiplos casos viabiliza a estratégia de replicação, estratégia executada em duas partes, primeira parte é definida como estágio de replicação literal, e outra parte é o uso de replicação teórica. No caso de replicação literal os casos mais distantes são escolhidos a fim de atingir resultados similares, já na replicação teórica, os casos são escolhidos para confirmar ou não os padrões encontrados nos casos iniciais (ZACH, 2006). Para ser considerado uma estratégia de replicação o estudo precisa ter oito ou mais casos, sendo utilizado quando o pesquisador tem interesse em provar alguma probabilidade derivadas dos casos (YIN, 2015).

O método de estudo de múltiplos casos exige tempo do pesquisador pois é necessário, para obter dados e uma análise fidedigna, conhecimento prévio sobre o fenômeno estudado. O

essencial deste método é que o pesquisador consiga ver, de todos os ângulos, as perspectivas dos participantes da pesquisa, obtendo assim o máximo de data (BAXTER, 2008).

Considerando que o estudo de caso ou o estudo de casos múltiplos podem explicar, descrever, ilustrar e ou definir situações especiais (YIN, 2015), a ideia foi elaborar estudo de casos múltiplos, com diferentes indivíduos baseados em suas experiências específicas de vivências com um familiar com transtorno mental durante o período infanto-juvenil.

## 4.2 Cenário do estudo

A pesquisa foi realizada no município de Florianópolis do Estado de Santa Catarina/Brasil. A cidade está localizada no litoral do estado com aproximadamente 674,844km<sup>2</sup> a população de 508.826 habitantes<sup>1</sup>, cidade nacionalmente e internacionalmente conhecida por suas praias paradisíacas. Além de ser cartão postal do estado, a cidade conta com muitos servidores públicos e claro um polo turístico.

Os participantes foram moradores da grande Florianópolis e região que inclui os municípios de São José, Palhoça e Biguaçu.

## 4.3 Participantes do estudo

Os participantes do estudo foram adultos que conviveram durante o período infanto-juvenil com familiares com transtorno mental.

O recrutamento dos adultos participantes ocorreu por meio do método chamado *snowball*. *Snowball* do inglês: bola de neve é um tipo de amostragem não probabilística, que usa como recurso o(s) primeiro(s) participante(s) entrevistado(s), informantes-chaves, para indicar o próximo sujeito a participar da pesquisa, e então o segundo sujeito indica outro, e assim por diante. Ao analisar a questão e o objetivo desta pesquisa avaliou-se a magnitude da delicadeza do tema e nível de dificuldade de acesso aos indivíduos, resultando na alternativa de *snowball sampling*.

O primeiro ou os primeiros participante (s) são conhecidos como semente (VINUTO, 2014), sendo normalmente escolhidos por conveniência do pesquisador que conhece esses indivíduos que passaram pela situação a ser estudada, proporcionando uma facilidade na comunicação com eles no momento da coleta de dados (NADERIFAR, 2017).

---

<sup>1</sup> <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sc/florianopolis.html>

Neste estudo não foi estabelecido o número de indivíduos que participariam, considerando-se a saturação dos dados como ponto a partir do qual não seriam mais recrutados novos participantes. Vinuto (2014) aponta que é importante ter em consideração que é necessário estar atento na definição de saturação de dados, pois o pesquisador não pode deixar passar sutilezas captadas na entrevista, cessando a coleta antes de completar o processo propriamente.

### **CrITÉRIOS de elegibilidade dos participantes:**

#### **CrITÉRIOS de inclusão:**

Foram incluidos indivíduos adultos com idade maior que 18 anos, moradores de Florianópolis, Palhoça, São José ou Biguaçu que tivessem, durante a infância/adolescência, convivido com um membro da família diagnosticado com transtorno mental.

#### **CrITÉRIOS de exclusão:**

Adultos em tratamento psicoterápico decorrente de agravos na saúde mental; adultos que manifestassem expressamente o seu desconforto em retomar a sua história de vida.

## **4.4 Coleta de dados**

Há um leque de possibilidades no que diz respeito a coleta de dados para uma pesquisa do gnero qualitativo. A coleta pode ser realizada por observaes, grupos focais, notas, relatórios, revisão de arquivos, entrevistas entre outras possibilidades. A escolha de como será realizada essa coleta depende do pesquisador, deve-se analisar a pergunta da pesquisa, a sensibilidade do fenômeno em estudo, a disponibilidade dos participantes e como será o acesso às informaes (BAXTER, 2008).

Por se tratar de um tema que pode vir acarretar emoes e reviver o passado, foi determinada a realizao de entrevistas semiestruturadas (APÊNDICE B) com questões abordando os aspectos comuns da convivência com o familiar com transtorno mental e que permitissem a identificao de como a vivência durante o período infnto-juvenil o impactou, bem como a compreensão sobre essa condio.

Para poder atender os participantes que manifestarem algum desconforto psicoemocional derivado da abordagem do tema, a equipe de pesquisa contou com uma psicóloga a fim de orientar as condutas ou mesmo, atender, caso necessário os participantes que

se sentissem mobilizados emocionalmente. Durante a coleta de dados não foi necessário acionar a Psicóloga da equipe, pois os participantes, mesmo consultados sobre esta possibilidade informaram não ser necessário.

As entrevistas semiestruturadas permitem um nível maior de liberdade ao pesquisador que as entrevistas estruturadas, proporcionando espaço de reação às respostas dos participantes, sem perder o propósito do estudo. O roteiro semiestruturado permite controlar melhor as respostas adquiridas, por ser mais direcionado que uma entrevista não estruturada.

A coleta dos dados ocorreu no período de agosto a setembro de 2020. Em função das medidas sanitárias relacionadas ao distanciamento e isolamento social as entrevistas foram realizadas por vídeo chamada via aplicativo de comunicação virtual: *WhatsApp*, sendo seguidas as orientações do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) que flexibilizou a forma de aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) mediado pela Resolução 466/2012. Estes foram enviados previamente às entrevistas, cuja anuência foi manifesta por e-mail institucional pelo qual o TCLE foi enviado.

#### **4.5 Processamento e análise de dados**

Ao encerramento da coleta de dados, foi dado início ao próximo passo da pesquisa: o de análise de dados. De acordo com Minayo a pesquisa qualitativa tem a característica de ter seus pesquisadores temendo este o momento. Contrariando pesquisas quantitativas, as pesquisas qualitativas não são compostas por dados coletados de forma padronizada ou analisados com técnicas sofisticadas afirmando a preocupação pesquisadores neste momento e quanto a fidedignidade do estudo (MINAYO, 2011).

O intuito de ter uma análise de dados bem-sucedida deve brotar a partir de uma coleta de dados que precisa englobar todas as esferas do sujeito entrevistado, não apenas descrever o que é dito, mas capturar as emoções no momento. É de extrema importância que no momento de analisar os dados coletados o pesquisador possa refletir sobre a experiência com profundidade e apropriação do fenômeno (POUPART, 2012).

Não existe meio de receber informação sem interpretação, sem envolver o ponto de vista preexistente do ser humano, essa percepção e visão prévia do mundo pode afetar o resultado na análise de dados. Sendo primordial para o pesquisador enriquecer-se com uma posição teórica do fenômeno estudado para conseguir alcançar uma transparência. A triangulação teórica pode ser uma ferramenta utilizada com sucesso no objetivo de obter transparência no caso de estudos

de caso múltiplos (POUPART, 2012). Além disso, o meio de triangulação teórica pode ser combinado com outros meios de análise de dados.

Para organização de dados foi utilizado Minayo (2011) como referência, sendo realizada em 3 passos: a) ordenação de dados, no caso deste estudo, será solicitado permissão aos entrevistados gravação das entrevistas, conseqüentemente, a pesquisadora neste primeiro passo realizará a transcrição das entrevistas; b) classificação de dados, composta por identificação de questionamentos importantes e pontos relevantes extraídos das entrevistas e agrupados de acordo com relevância para a pesquisa; c) análise final: aqui entra todo o estudo prévio realizado pelo pesquisador capaz de analisar toda a informação coletada e fazer sentido com a teoria e a pergunta da pesquisa deve ser respondida baseada em conhecimento.

Na análise final entrou a triangulação teórica para analisar os casos múltiplos, pois este meio de análise permite que o pesquisador veja o fenômeno, os dados e questão de pesquisa em mais de uma maneira, com outros olhos, utilizando mais que uma fonte de dados. Os diferentes ângulos de vista podem colaborar com um resultado mais transparente, sem deixar com que a visão previa do mundo pelos olhos do pesquisador afetasse o resultado (AZEVEDO, 2013).

#### **4.6 Aspectos Éticos**

Pesquisas realizadas em solo brasileiro que envolvem seres humanos precisam seguir a Resolução n°466/2012. Esta Resolução tem o propósito ético de proteger os indivíduos que se propõem a participar das pesquisas, protegendo-os de possíveis danos e mantendo respeito a sua dignidade. Ao participar de uma pesquisa o indivíduo se torna vulnerável, uma vez que ele está contribuindo com a ciência e o crescimento da pesquisa do país, ele tem como direito, a capacidade de encerrar sua participação na pesquisa no momento em que desejar ou sentir que sua dignidade foi infringida (BRASIL, 2012).

Envolver pessoas e/ou grupos em uma pesquisa exige do pesquisador um cuidado especial, pois é estar lidando com os sentimentos de outro ser humano e muitas vezes, como no caso deste estudo, história de vida dos indivíduos a serem entrevistados. Ao realizar a coleta de dados o pesquisador precisa ser franco com os participantes, os seguintes dados devem ser compartilhados, quanto a finalidade da pesquisa, qual a duração do estudo, a duração da coleta, o propósito, a filiação do pesquisador, e responder qualquer dúvida que o participante tiver a respeito do estudo (POUPART, 2012).

É imprescindível, para que a pesquisa seja eticamente correta, a garantia do anonimato e confidencialidade dos dados compartilhados pelos participantes. Para garantia do anonimato

utilizou-se a denominação de “Caso”, seguida de um número arábico, ex: Caso 1, Caso 2....e assim sucessivamente.

Foram seguidas as orientações contidas na Resolução 466/2012 com a elaboração de TCLE (APÊNDICE A). A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina com parecer de aprovação com o CAAE: 28844620.3.0000.0121.

Além das orientações contidas na Resolução de ética em pesquisa supramencionada foram seguidas as dimensões éticas da profissão de enfermagem.

## 5 RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa serão apresentados em forma de um manuscrito, conforme Instrução Normativa para Elaboração de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) - Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, 2017.

**O manuscrito intitulado:** “A convivência no período infanto-juvenil com um familiar com transtorno mental: repercussões, desdobramentos e contribuições para o cuidado.”



## MANUSCRITO

### **A convivência no período infanto-juvenil com um familiar com transtorno mental: repercussões, desdobramentos e contribuições para o cuidado.**

#### **Resumo:**

**Introdução:** o transtorno mental afeta todos os membros da família, não apenas a pessoa com transtorno mental. Uma em cada quatro famílias convivem com uma pessoa com transtorno mental e a sociedade tem fracassado em reconhecer o fardo da família afetada. Famílias com crianças/adolescentes que convivem com familiar com transtorno mental enfrentam mais este desafio, a criança/adolescente vê o mundo diferentemente dos adultos, e por isso sua compreensão do que está acontecendo é mais complicada. Este estudo tem como **objetivo geral:** compreender como o transtorno mental de um familiar repercute sobre a criança/adolescente na percepção do adulto que a vivenciou. **Metodologia:** pesquisa descritiva, exploratória com abordagem qualitativa na modalidade de estudo de caso. Participaram do estudo 6 indivíduos adultos residentes nos municípios da grande Florianópolis/Santa Catarina/Brasil, recrutados a partir da técnica de *snowball*. Utilizou-se a entrevista semiestruturada via plataforma virtual aplicativo do *WhatsApp*. Cada indivíduo compôs um caso a partir da qual os dados coletados de agosto a setembro de 2020 foram analisados utilizando-se a Análise de Conteúdo. **Resultados:** os casos apresentam a perspectiva do adulto que quando criança/adolescente conviveu com um familiar com transtorno mental, evidenciado que esta convivência trouxe implicações e repercussões tanto no período infanto-juvenil quanto na vida adulta. Os dados evidenciam a dificuldade de a família reconhecer o adoecimento mental em um de seus membros; o afastamento da criança/adolescente da situação que se apresentava na família; a dificuldade em otimizar o acesso aos recursos terapêuticos, além da vivência muitas vezes solitária da criança/adolescente durante o período de convivência com o familiar com transtorno mental. **Conclusões:** conclui-se a importância do olhar atento dos profissionais de saúde para crianças/adolescentes que convivem com familiares com transtorno mental; a necessidade de construção de estratégias multi e interdisciplinares para o cuidado da criança/adolescente e família e a importância em incluir a população infanto-juvenil e suas famílias nos processos terapêuticos de indivíduos com transtorno mental.

**Descritores:** Enfermagem, Psicologia, Criança, Adolescente, Transtornos mentais.

## INTRODUÇÃO

A saúde mental e, em especial, o adoecimento mental é foco de estigma ao longo da história. Desde 1970 há uma luta pela quebra dos estigmas criados pela sociedade no que diz aos transtornos mentais e, por se tratar de uma discussão relativamente nova, presenciamos, ainda hoje, muitos preconceitos sobre este tema.

A sociedade em geral determina o que é considerado “normal”, o que muitas vezes dificulta o entendimento sobre o que diverge da suposta normalidade, implicando em processos de exclusão e de distanciamento do que se considera fora destes padrões. Neste se incluem o que se define ou entende por transtornos mentais. A Organização Mundial da Saúde (OMS) caracteriza os transtornos mentais como uma série de pensamentos, emoções e comportamentos atípicos (OMS, 2019).

Segundo a OMS uma em cada quatro famílias convive com uma pessoa com transtorno mental e a sociedade tem fracassado em reconhecer o fardo da família afetada por esta condição, tendo como consequência pouco apoio disponível para seus membros (OMS, 2019). Nesse sentido, pode-se afirmar que a ocorrência de um transtorno mental afeta a todos os membros da família, não apenas aquele assim diagnosticado. Para a família, ter um membro com transtorno mental é uma experiência que muda toda a dinâmica do núcleo, impactando a todos os membros.

Discussões sobre transtornos mentais focam na recuperação deste indivíduo e na sua capacidade de ser reinserido na convivência com outros, mas para que isso seja possível diversos fatores que devem ser abordados. Há estudos que tem como foco o cuidado à família dado que ela é a maior aliada no tratamento, embora nem sempre seja vista desta forma pelos profissionais da saúde (BALLAL E NAVANEETHAM, 2018).

A família constitui o primeiro grupo no qual uma criança/adolescente encontra-se inserida, tendo grande poder de influência sobre sua vida (OMS, 2009). Famílias com crianças/adolescentes que convivem com pessoas com transtorno mental enfrentam um desafio ainda maior, visto que a criança/adolescente vê o mundo diferentemente dos adultos, e por isso, sua compreensão do que está acontecendo é mais complicada (BALLAL E NAVANEETHAM, 2018). Desse modo, a família não tem apenas o papel de cuidar da pessoa com transtorno mental, mas também o de auxiliar essa criança/adolescente a compreender o que está passando, o que se torna difícil quando o próprio adulto não reconhece o adoecimento e não compreende o processo terapêutico.

Quando não é incluída na condição do parente, a criança/adolescente, muitas vezes pode se sentir sozinha e negligenciada (BALLAL E NAVANEETHAM, 2018). E essa convivência aumenta as chances de as crianças adquirirem problemas no momento de relacionar-se e de expressar seus sentimentos, ou até mesmo, de desenvolver um transtorno mental próprio, particularmente se não tiverem auxílio durante no período infanto-juvenil (YAMAMOTO e KEOGH, 2017; GLADSTONE, et al. 2011).

As fases da infância e adolescência são marcadas por aquisição de habilidades e competências físicas e psicossociais que são diretamente influenciadas pelo contexto sócio ambiental no qual estão inseridas e, em especial pelo suporte e cuidado oferecido pela família. Neste sentido infância e adolescência são momentos de vulnerabilidade, cujos reflexos de situações vividas nestes períodos podem ter repercussões importantes na vida adulta.

A ocorrência do transtorno mental em um dos membros da família pode, dependendo da idade em que a criança/adolescente se encontrava no momento dessa convivência, bem como a forma como a família lida com esse evento, é possível que elas não tenham mecanismos de enfrentamento que garantam uma compreensão adequada sobre o que está acontecendo, gerando futuramente descompassos psicoemocionais no decorrer da vida adulta.

Portanto, o propósito deste estudo é responder o seguinte questionamento: *Como o adulto compreende a convivência com o adoecimento de um familiar durante o período infantojuvenil?* Para responder o questionamento acima mencionado tem-se **como objetivo**: compreender como o transtorno mental de um familiar repercute sobre a criança/adolescente na percepção do adulto que a vivenciou.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória, com abordagem qualitativa na modalidade de estudos de caso múltiplos. O processo de transformar as entrevistas em estudos de casos é embasado na visão de Yin (2001) que considera que, a análise de assuntos complexos, de grande sensibilidade, é facilitada pela eleição desse método. E, mesmo com uma quantidade de entrevistados limitada, fruto da delicadeza do tema, as variáveis podem ser trianguladas e correlacionadas (YIN, 2015).

O estudo de caso viabiliza a comparação e distinção de certos elementos analíticos, (ZACH, 2006) possibilitando, dessa forma, uma imagem aprofundada do contexto familiar de cada participante e uma melhor compreensão de como a família lida com um membro com o transtorno mental e como a criança já adulta lembra dessa convivência.

Participaram da pesquisa 6 adultos recrutados a partir da técnica *snowball*. Os participantes residem em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil e em municípios pertencentes a grande Florianópolis, dos 6 participantes 5 são do sexo feminino e as idades variam desde os 18 anos a 32 anos. Foram incluídas pessoas adultas que no período infanto-juvenil conviveram com algum familiar com transtorno mental. Foram excluídas pessoas com transtornos mentais instalados, em acompanhamento terapêutico ou que apresentavam uma mobilização emocional acentuada sobre a temática.

Os dados foram coletados no período de agosto a setembro de 2020, utilizando-se a entrevista semiestruturada realizada de forma remota em plataforma virtual *on-line* em função da Pandemia do Covid-19. Cada entrevista teve uma duração média entre 20 a 90 minutos.

Para a análise dos dados e composição dos casos, utilizou-se a Análise de Conteúdo de Minayo (2011) organizado em três etapas: (1) foi realizada a ordenação dos dados, a partir da gravação e transcrição das entrevistas, posteriormente transformadas em estudos de caso; (2) foi feita a classificação das lembranças dos entrevistados extraíndo os elementos mais relevante das entrevistas, de forma tal que fosse possível montar três categorias-chaves e (3) foi desenvolvida uma discussão destes resultados com a literatura previamente coletada, para assim responder aos questionamentos da pesquisa.

A pesquisa seguiu as orientações da Resolução 466/2012 de ética em pesquisa com seres humanos, sendo aprovada pelo Comitê de Ética com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina pelo parecer – CAAE: 28844620.3.0000.0121 Para garantia do anonimato utilizou-se a denominação de “Caso”, seguida de um número arábico, ex: Caso 1, Caso 2...

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os 6 estudos de caso permitem uma contextualização da realidade das crianças/adolescentes dentro do âmbito familiar. Os resultados das entrevistas formaram os seguintes estudos de casos:

### QUADRO 1: Apresentação dos casos. Florianópolis, SC, Brasil, 2020.

Caso 1
Sexo feminino, 24 anos, estudante, história de assédio por avó paterno aos 14 anos com rompimento de vínculo com a família paterna após este episódio. Família: avó, bisavó materna, mãe, irmão, pai (separado da mãe) Pai – pessoa com agravo na saúde mental. Aos 9 anos foi morar com os avós paternos em função da prisão da mãe, isso persistiu até mais ou menos a idade de 12 anos. O pai foi diagnosticado aos 35 anos com esquizofrenia. A convivência com o pai ocorria quando passava férias, finais de semana com ele por curtos períodos, o pai bebia, havia suspeitas de uso de cocaína, <i>crack</i> , não parava em empregos, por vezes era violento com as companheiras e

não pagava pensão para os filhos. Alternava comportamentos de tranquilidade e carinho para com a filha que se estendeu até mais ou menos a idade de 14 anos.

#### Caso 2

Sexo feminino, estudante, 23 anos. Filha mais nova de três da família. Morava com o pai, a mãe e a irmã e o irmão até 10 anos de idade. Depois disso a irmã mudou-se de residência. Identifica o pai como a pessoa com transtorno mental. Segundo ela o pai saía com ela e faziam muitas coisas juntos e acreditava que por ser a filha mais nova, ele a “mimava”. Ele a levava para passear de bicicleta e tinha um vínculo de maior proximidade. Soube do diagnóstico do pai (46 anos) quando tinha entre 13 e 14 anos. O pai foi diagnosticado como alcólatra. Na época ela não sabia sobre o assunto e nem procurou se informar. Somente quando o pai foi diagnosticado com esquizofrenia e por já ser mais velha e ter mais conhecimento procurou saber mais sobre o assunto. Informa que no primeiro diagnóstico não recebeu muitas informações, segundo ela “queriam me poupar” por acreditar que ela era muito jovem para compreender, o que ela considera que foi uma situação “drástica” porque tudo mudou. Posteriormente, o pai foi diagnosticado com esquizofrenia. Entre 7 ou 8 anos foi quando percebeu o adoecimento do pai em função de uma queda que ele teve no banheiro em função da embriaguez. A imagem do pai machucado e sangrando ficou na memória. Convive com o pai ainda na atualidade, mas não de forma íntima, apenas se comunicam sobre o essencial. Percebe que os surtos do pai estão piorando a cada dia.

#### Caso 3

Sexo feminino, 23 anos, estudante, família composta pela mãe, pai, irmão, tia e tio. Passava períodos na casa da tia, com o tio, tia e primo. Tio materno era a pessoa com agravo na saúde mental. No período infanto-juvenil desconhecia o diagnóstico de transtorno bipolar do tio. Neste período ninguém conversava com ela sobre o adoecimento do tio. Soube apenas do diagnóstico entre seus 13 ou 14 anos. Sabe que o tio já apresentava sintomas desde que ela se recorda com 2 ou 3 anos de idade. Deu-se conta de que o tio tinha algum problema quando este tirou a roupa durante um evento na igreja que frequentavam. O tio, após a separação da esposa morou com ela e seus pais e irmão. Ainda moram na mesma casa.

#### Caso 4

Sexo feminino, 30 anos, cresceu em uma casa grande com um núcleo familiar composto por doze pessoas. Família matriarcal, liderada pela avó materna. A avó foi abandonada pelo avô biológico ao estar grávida do filho mais novo, ficou responsável por criar os 5 filhos com recursos limitados. Casou-se pela segunda vez com quem a participante mantém vínculo hoje como seu avô adotivo. Dos 5 filhos, nasceram os netos. A família viveu em um ambiente de muita vulnerabilidade e escassez econômica; com história de violência na qual os tios apanhavam com cabo de vassoura, e com as crianças (netos) os avós foram mais brandos e colocava-os de castigo assim não sofreram violência física. Família composta por: avó, avô de criação, mãe da participante, 3 tios e suas esposas, o irmão biológico que é 11 meses mais novo, o irmão de criação que é primo consanguíneo (quem a mãe deixou e foi criado pelos avós) e mais a prima-irmã, filha do tio mais novo que trouxe a mulher para morar consigo moravam no mesmo terreno. A grande casa acomodava muita gente e foi sendo aumentada de acordo com a necessidade das novas famílias que iam se criando. Apenas aos 13 anos, a participante ganhou um quarto só dela, pois antes sempre compartilhava com alguém, assim como a maioria das pessoas que ali habitavam. O maior laço de afetividade da participante é com a avó vendo-a mais como “mãe”. Em relação a mãe biológica ela se sente como irmã, por esta não ter sido a maior responsável em sua criação. A participante diz que todos os membros da família poderiam ser diagnosticados com algum tipo de transtornos mental por se tratar uma família violenta, porém nenhum foi propriamente diagnosticado devido os estigmas da época, por mais que a família tenha pessoas da área da saúde. Para a participante, de todos os moradores da casa em quem ela mais reparou foi a sua avó, durante a sua infância-adolescência foi percebendo nela uma profunda e prolongada tristeza. A participante também menciona seu tio mais velho, que foi usuário de drogas e chegou a ser preso por tráfico. A convivência da participante com a sua avó e seu tio durou até o momento da morte de sua avó, que ocorreu quando a ela tinha 15 anos. A relação entre a sua vó e seu filho mais velho era de proteção sobre ele; ele fazia furtos e ela dava um jeito de sumir com as coisas para protegê-lo. Quando foi preso, sua vó fazia visitas regulares ao presídio, levando comida e cuidando dele. De acordo com a participante “era uma época que ninguém entendia, principalmente o processo da doença mental, porque eu acredito que a minha avó era a pessoa que mais sofria.” Além de todos os outros fatores que causavam essa tristeza na avó, também tinha o relacionamento entre a sua avó e seu avô (adotivo) qual ela relata que parou de ser um casamento, para ser um relacionamento conturbado quando a participante tinha apenas 6-7anos. A avó materna faleceu com 56 anos, quando a participante tinha 15 anos. Aos 4 ou 5 anos lembra que o tio que usava maconha escondia as drogas dentro de casa para que o irmão mais novo, que era policial, não soubesse.

#### Caso 5

Sexo feminino, estudante universitária, 18 anos de idade, seu núcleo familiar é composto por mãe e pai, e ela, filha única. Além desse núcleo existe a convivência constante com avós maternos e padrinhos (tios que são irmãos mais novos de sua mãe). Os padrinhos (tios) da participante são ambos pessoa com transtorno mental, dentro dos transtornos: esquizofrenia, depressão, e transtorno obsessivo compulsivo por parte do tio e da tia bipolaridade. A participante, quando menor, não tinha conhecimento dos transtornos, por ser muito nova, também não tem

lembrança de algum adulto explicar o que ocorria. Tem lembranças de alguns acontecimentos, que refere não serem “legais”: lembra da vó ter tido uma crise, pois hoje sabe que “aguentar” tudo é difícil, e tem uma memória de sua mãe chorando e de seus pais falarem: “*Eles não estão muito bem*”, “*Eles estão em crise*”. Por volta dos 6 anos foi quando reparou a diferença de comportamento nesses tios, antes disso lembra deles levarem uma vida “normal”, namoros, trabalho, e então, como do nada, a vida mudou, namoros acabaram, deixaram de trabalhar e começaram a ficar em casa. A participante acredita que eles foram diagnosticados por volta dos seus 30 anos, já adultos.

#### Caso 6

Sexo masculino, 32 anos, família composta por pai, mãe, avó paterna, e ele, filho único. Sua mãe, durante seu período infanto-juvenil não havia sido diagnosticada. Foi quando até 2 anos atrás foi diagnosticada com transtorno de ansiedade e síndrome do pânico, o participante acredita que seu pai tenha hiperatividade, de acordo com o seu conhecimento do DSM. Desconfiava que sua mãe tinha esquizofrenia, por ter vivenciado um surto no *shopping*, no qual ela relatou ter pessoas a perseguindo e um sentimento de que iria morrer. Na verdade, o participante conta ter sido uma crise de pânico misturada com a ansiedade que gerou a alucinação. Com isso, ainda teve o fato dela estar se medicando com medicação vencida, importada do Brasil, adicionado ao estresse causado pelo trabalho, instigando ainda mais a ansiedade. Acredita que sua mãe tenha mudado muito, e que às vezes não a reconhece. A mãe do participante foi diagnosticada com 53 anos quando ele estava com 30 anos idade. A convivência com seus pais durou até seus 18 anos de idade. Relata que lembra desde criança ter percebido a ansiedade como fator na vida de sua mãe, não sabe relacionar se foi ocasionado pela convivência com o pai ou se ela sempre foi assim. Quando o participante tinha 11 anos, quando seu pai precisou viajar para Curitiba, lembra que sua mãe teve que sustentar a casa, no período de 1999-2005, neste período percebeu um aumento da ansiedade na mãe, onde ela fumava mais e começou a apresentar outros problemas de saúde.

Fonte: Autoras da pesquisa (2020).

A realização dos estudos de casos, possibilitou extrair 3 categorias analíticas importantes, apresentadas a seguir:

#### ***1. A convivência com um familiar com transtorno mental no período infanto-juvenil.***

A primeira categoria representa a parte retrospectiva do estudo, o momento em que os entrevistados trazem lembranças do que foi ser uma criança/adolescente convivendo no meio de um contexto familiar com uma pessoa com transtorno mental, e suas memórias de como percebiam esse parente durante aquele período:

#### **QUADRO 2: A convivência com um familiar com transtorno mental no período infanto-juvenil. Florianópolis, SC, Brasil, 2020.**

##### Caso 1

Relata que a convivência era angustiante, expectativas frustradas pelo comportamento do pai. Aos 12 anos se sentia triste. Entre 15 e 16 anos teve uma briga com o pai que estava bêbado e ele quase a agrediu; acredita que a terapia ajuda e que ela poderia ter tido ajuda desde a infância, principalmente desde os 9 anos.

##### Caso 2

A pior fase do adoecimento do pai foi quando estava na adolescência: tinha muita vergonha e não levava amigos em casa. O pai bateu em todos da família e ela e a mãe precisaram fazer exame de corpo de delito em função da agressão física. Situações essas que também impactaram nas relações da escola, pois a mãe precisava explicar as ausências em dia de prova, o que aumentava a vergonha. Em determinados períodos a relação com o pai era de brigas e gritaria sentia vergonha do namorado e dos amigos irem na casa dela por causa do pai; tinha medo de dormir; por vezes ficava sem dormir porque tinha medo de ele precisar fazer tratamento psicológico. Teve

depressão durante a adolescência. Segundo ela não falavam muito sobre o assunto em família, nem mesmo com a mãe e procurou ajuda por conta própria. Se sentia constantemente esgotada.

### Caso 3

Relata que a experiência foi tranquila, quando ele estava tranquilo, exceto pela vez em que ele tirou a roupa na igreja. Não teve uma experiência ruim, talvez tenha amadurecido um pouco por conviver com ele, porque sempre ter cuidado dele. Lembra-se de um episódio em que o tio tentou jogar o filho uma escada e alegando que o primo estava possuído. O primo era novinho, ficava com medo dele, e não podia chegar perto, aí teve um tempo que a gente o deixou em casa por falta de... (opção). Percebe que o primo não leva o pai a sério, por causa desses devaneios. Afirma que gostaria de ter tido apoio na época para entender mais a doença e como ajudar. Define como aprendizado a convivência com o tio.

### Caso 4

Com mais ou menos seus 10 anos a participante percebeu mudanças em sua vó, no jeito dela de ser, relata que ela se tornou menos feminina, menos vaidosa, usava menos acessórios, cortou o cabelo curto, tendo uma postura mais andrógena frente a sociedade. Lembra com carinho a importância que a avó dava para que seus netos cursassem a faculdade, para que estes tivessem uma formação profissional e qualificada, “*como se fosse o objetivo de vida dela e que levou consigo para o tumulto, deixando seus netos amparados financeiramente para os estudos, mas que infelizmente os pais não souberam administrar*”. Lembra-se de ter sido uma criança muito agitada, muito entediada, odiando tudo e todos, gritona, mas que sua avó era muito compreensiva. A convivência com o tio gerou uma variedade de sentimentos, como medo constante, pois de acordo com a participante: *ele sempre estava fazendo alguma coisa de errado*. Quando o tio retornou para casa, o sentimento de raiva se transformou em desdém. No ano do falecimento de sua avó, foi o ano em que a participante reprovou na escola, e os adultos a responsabilizaram por aquela reprovação. A participante tinha conseguido bolsa para estudar em um colégio privado e renomado em Florianópolis, provindo de uma escola pública, e essa inserção neste novo contexto, para uma adolescente veio com suas dificuldades, ela se sentia deslocada e faltava aula, era chamada várias vezes à coordenação. A participante menciona ter tido acompanhamento profissional, em torno dos seus 15 anos, trazendo como foco seu relacionamento com a mãe, pois não tinham um relacionamento de autoridade, a via mais como uma “*irmã mais velha chata*”. Depois do falecimento de sua vó percebeu um declínio no relacionamento com a mãe, a colocando em um acompanhamento psicológico, que durou em torno de 6 meses. Para a participante aquilo era frustrante, pois não compreendia o que estava acontecendo, ela não se via como o ‘problema’ do relacionamento, e sim a mãe era o ‘problema’- “*Ela não falava a minha língua*”. Em volta dos seu 15-16 anos a participante parou por conta própria o acompanhamento.

### Caso 5

A participante lembra de a tia ficar agressiva do nada e lembra de falas de suicídio ou fugas, lembra que seu pai tinha que correr atrás deles quando as fugas ocorriam. Para a participante a convivência com os tios é complicada até hoje e que com eles, é preciso saber falar com eles. Sente que é um ambiente pesado, no sentido espiritual. Traz o sentimento conflituoso proveniente da convivência. Para a participante há uma mistura de sentimentos, dentre eles o estresse, a tristeza até mesmo conflito interno, que acaba em esgotamento. Lembra-se de ter sido maltratada pelos tios na infância. A participante foi buscar apoio psicológico por conta própria aos 17 anos de idade.

### Caso 6

O participante descreve a sua relação com a mãe no período infanto-juvenil, como uma relação quase simbólica. Lembra que seu pai até sentia um certo incômodo na relação entre eles, até por seu pai não saber como lidar com o fato dele ter *Asperger*, e o via mais distante que a sua mãe. Sua mãe foi quem o acolheu, e hoje vê que é difícil resgatar esse relacionamento, mais pela distância. “*Eu só tenho memórias boas, não consigo nem lembrar de um momento ruim.*” Lembra que teve um acompanhamento psicológico para entender também o que estava acontecendo consigo mesmo, e de já ter sido tratado como ansioso, tomava ansiolítico, mas não funcionavam, pois não era esse o problema, e isso durante a vida adulta. Assim como uma crise na qual a mãe ligou para ele se despedindo. Na infância o participante sente que seria importante ter tido algum tipo de acompanhamento, principalmente para auxiliar em seu próprio diagnóstico, e no lado de sua mãe, quem sabe seu pai teria compreendido mais, talvez se tivessem visto mais cedo, ele poderia conduzir um cuidado com ela como o faz hoje.

Fonte: Autoras da pesquisa (2020).

## 2. Reflexos da convivência com um familiar com transtorno mental no período infanto-juvenil.

A segunda categoria foca nas repercussões no período infanto-juvenil da convivência com um familiar com transtorno mental, segundo a percepção dos hoje adultos, além de concentrar-se na influência dessas repercussões no seu dia-dia e na pessoa em que se tornou:

### QUADRO 3: Reflexos da convivência com um familiar com transtorno mental no período infanto-juvenil. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2020.

<b>Caso 1</b>
O sentimento de que não poder errar em função da cobrança que tinha sobre ela, bloqueio relacionado a momentos da infância; tem dificuldade em ouvir uma criança chorando porque se sente angustiada; dificuldade de “ <i>encaixar os homens na sua vida</i> ”; faz tudo “ <i> muito sozinha</i> ” e não consegue dividir atividades porque antes não identificava alguém com quem pudesse dividir as tarefas, nem em casa o que a deixa sobrecarregada. Faz terapia e procura controlar-se. Começou a compreender o adoecimento do pai aos 19 anos. Busca dar ao filho na atualidade, o afeto que não teve na infância.
<b>Caso 2</b>
Aspectos influenciados pela convivência com o transtorno mental do pai: a escolha do namorado, pois segundo ela “ <i>jamais ficaria com alguém que fosse abusivo do jeito que ele era, jamais namoraria alguém que levantasse a voz pra mim sem motivo nenhum, ou que alguma vez levantasse a mão, pra mim, pra me bater ou algo do tipo, jamais. Isso eu tenho certeza de que foi um lado positivo do que isso gerou, porque eu repudio isso com todas as forças.</i> ” Repercutem na vida profissional pois não consegue lidar com pessoas que tem o mesmo problema que o pai, fica nervosa, não consegue trabalhar com pessoas com transtornos mentais. Relata que atualmente tem pelo pai sentimento de “ <i>raiva</i> ”, segundo ela acumulada por todas as circunstâncias que ocorreram. Ela considera que, embora tenha passado por todas essas turbulências durante a infância, ainda se sente uma pessoa equilibrada e calma e que, apesar de tudo, acredita que as experiências vividas com o pai a tornaram mais forte do que ela seria se não tivesse passado pela situações que relata.
<b>Caso 3</b>
Sente-se como mãe do tio. Cuida do tio controlando os horários de tomar o remédio; percebe que falta informação para o paciente e família, principalmente depois que o tio esteve internado. “ <i>Todas as internações, que eu lembre faltou informações, explicações para o retorno deste paciente para casa, para fazer essa transição.</i> ”
<b>Caso 4</b>
A participante acredita que isso tenha refletido nela até a pouco tempo atrás quando passava por um processo difícil no trabalho e carregou esse pensamento para si: “ <i>Ah é frescura, estou sendo fraca... É frescura, é coisa de gente fraca, isso é pra quem tem tempo para tratar, né?!</i> ” e pensa que se tivessem a quebra desse estigma a respeito da saúde mental, se a sua avó estivesse viva hoje talvez teria sido mais feliz. Então não existia um diagnóstico, mas a participante acredita que sua avó tinha depressão e que a morte dela foi um tipo de suicídio. A participante vê que essa convivência com a avó e seu tio trouxe a ela um senso de pessimismo, sempre acreditando que as coisas vão dar errado, e uma insegurança. Reflete sobre como vê seu “ <i>lugar</i> ” na sociedade, repercutindo na sua capacidade de se colocar no lugar de outra pessoa, que isso auxilia no seu trabalho como assistente social. Vê que com o seu marido formam um dos poucos, se não os únicos, casal de jovens no bairro a não terem dívidas, a terem uma educação de nível superior, a terem suas contas em dia, e isso talvez por ter crescido em um núcleo familiar grande, ou por essas vivências.
<b>Caso 5</b>
O sentimento de incerteza também segue, por nunca saber como eles vão tratá-la. Sente angústia pela dependência criada no cuidado com os tios. Percebe melhora nos tios, mas que às vezes ainda pesa. Existe um receio de que tenha que cuidar dos tios após os avós falecerem. Sente-se culpada por não querer ser responsável por eles. Percebe a complexidade de conviver com pessoas com transtorno mental, e que hoje está tentando ser mais compreensiva. Acredita que eles têm mais respeito pelo pai dela, pois escutam mais ele. Percebe os tios como mais carentes, e uma constante vontade de terem uma atenção especial. Às vezes vê o padrinho como uma pessoa que faz “ <i>tudo na</i>



*má vontade.*” E isso ela relaciona com o fato de sempre ter alguém que faça as coisas para eles. A participante vê que conviver com os seus tios a fez crescer mais rápido, amadurecer muito mais cedo, lhe trazendo um sentimento de tristeza, por ter pegado essa responsabilidade. Acredita que se não fosse por essa experiência, talvez ela fosse mais aberta, mais alegre, tudo muito mais, mas ela tem medo. Medo de como como as pessoas irão reagir. Traz também um sentimento de culpa que lhe é imposto por seus tios, quando ela passa um tempo longe deles. A participante também acredita que essa vivência seja fonte de sua baixa autoestima devido o *bullying* que os próprios tios fazem com ela. Criou um lado forte, mas acredita ter um lado frágil. Hoje ainda tem mágoas sobre coisas que seus tios fizeram, que de alguma forma, respigaram em sua família, entende que são coisas que ela precisa trabalhar, tipo um *certo sentimento que a sua mãe dava mais importância a eles, que seu próprio núcleo familiar.*

#### Caso 6

O participante acredita que seu relacionamento com a mãe não mudou, e tem uma compreensão que é filho, e não enfermeiro da mãe. Vê que por conta própria ela parou de fumar, há um ano, fez o desmame do medicamento conversando com o médico. Sobre a experiência de viver com a mãe no período infante-juvenil, vê como parte de sua criação, a ansiedade, o jeito ansioso. A influência que a convivência com a sua mãe levou para vida, é um pouco complicado no sentido de não saber o que é ansiedade derivada dessa convivência e o que é o Asperger.

Fonte: Autoras da pesquisa (2020).

### 3. A família lidando com o transtorno mental.

A última categoria trata-se de um ponto percebido como tema transversal em todos os casos: o estigma da família que convive com uma pessoa com transtorno mental:

#### QUADRO 4: A família lidando com o transtorno mental. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2020.

<b>Caso 1</b>
Avó paterna ambivalente, por um lado superprotegia e acobertava as situações que o filho criava, por outros o “desqualificava” denominando-o de preguiçoso e malandro. Família paterna não reconhecia os sinais de adoecimento. Pai foi internado na Colônia Santana, mas foi retirado pelos pais. Iniciou acompanhamento no CAPS após a família não conseguir “dar conta” da situação. Pai com vínculos conflituosos com os membros da família, exceto com uma irmã com quem pouco conviveu e com uma avó que faleceu. Relacionamento com pessoas fora da família de origem com maior proximidade e afeto.
<b>Caso 2</b>
No começo a família apoiava muito o pai. Tentaram interná-lo várias vezes, em uma dessas ele ficou mais de 1 ano. Posteriormente, começaram a ficar cansados e desgastados. No começo quando o pai foi diagnosticado esquizofrênico, foi aconselhado a ir ao CAPS. Contudo, ele foi em apenas uma reunião e não voltou mais. Do ponto de vista terapêutico ela se lembra que ele precisava fazer uso de haloperidol injetável e além disso fazia uso do mesmo medicamento em comprimido, além de ansiolíticos e isso o deixaria cansado, edemaciado e com tremores o que dificultava a convivência, pois ficava muito lento e vivia descuidado com a higiene pessoal. Segundo ela, o pai começou a ter uma aparência bem diferente da que conhecera no começo da infância. Relata que o pai teve várias internações no Instituto de Psiquiatria (IPQ) e depois em outra clínica na qual ficou por 2 meses e entre idas e vindas teve uma internação de 1 ano. Posterior a essa internação mais prolongada teve um período bem para, na sequência, recair com o uso de “droga e álcool”. Para ela e a família era um alívio quando o pai estava internado. Relata que nestes períodos não sentiam o peso e os temores de que algo ia acontecer o que os deixava em estado de alerta constante. Refere que a mãe e o irmão também sentem “raiva” do pai por tudo que passaram. Apenas a irmã mais velha que saiu de casa quando ela tinha 10 anos é que mantém um relacionamento menos conturbado com o pai.
<b>Caso 3</b>
Teve um tempo que ele peregrinou bastante, teve um tempo que ele ficou um tempo em casa, depois levamos ele na APAE, até chegar à conclusão demorou. Nos primeiros sintomas ele era casado e depois se separado, sabe, até o diagnóstico ele ficou parado. Quando moravam juntos no começo “era muito ruim, tinha períodos que ele ia para rua, tinha momentos que ia para o hospital sabe, era mais conturbado. Agora a gente já conhece mais, já sabe lhe dar, agora é mais tranquilo. Teve o tempo em que ele teve no psiquiatra, logo depois teve o tempo que

*ele passou por psicólogo, aí internações, ele teve internações, agora ele faz tratamento medicamentoso e acompanhamento no CAPS, mas no momento está sem acompanhamento psicológico porque está tudo fechado. Ai quando ele estava indo no CAPS ele participava das terapias, dos grupos.*

#### Caso 4

A família tinha dificuldades em reconhecer o adoecimento (depressão) da avó materna em função das infelicidades, e frustrações que ela sofrera e o que deixou em uma pessoa muito triste.” A participante acredita que apesar de todos da família terem seus problemas, a pessoa que foi mais afetada por estes foi a sua avó. A família diz que a morte da matriarca foi por desgosto que o filho mais velho lhe causou. A matriarca foi a óbito por um câncer de colo do útero, de acordo com a participante, *a avó desistiu de lutar pela vida*. A família por não entender o processo do transtorno mental ao acreditarem que tudo é *“frescura”*, nunca perceberam o que acontecia com a matriarca, até porque ela era afastada de seus filhos. O relacionamento que esse tio tinha com a avó era um relacionamento abusivo, de acordo com a participante. Ele tinha conhecimento da superproteção da mãe para com ele e com isso se aproveitava e não retribuía o amor da mãe, segundo participante. Ela (vó) o visitou na cadeia por um período de uns 3-4 anos, tempo em que ele ficou encarcerado, fazia promessas a ela, de que cuidaria dela. Ao ser solto, a avó fez uma casinha no mesmo terreno para esse tio, que tinha uma companheira que já estava grávida antes dele sair do presídio. Isso ocorreu no final da vida da avó, ela estava na cama e ele não ia dar um *“oi”* para ver como a mãe dele estava. A participante lembra que era ela que levava a avó para realizar as quimioterapias, isso com 14 anos, enquanto ele estava em regime aberto em casa. A família lidava com as dificuldades com violência, ou discussão, ou normalizando as coisas: *“ah ele é assim mesmo, não tem jeito mesmo...”* e por abandono. Para a participante a sua avó foi abandonada pelos filhos, fazendo o raciocínio de que isso foi dado por ela não ter conseguido criar esse laço com todos. Relata que, com exceção de sua mãe, que ficou ali para cuidar da avó, ninguém via isso como responsabilidade deles. Todos ficaram tristes com a morte da matriarca, mas ninguém tomou a responsabilidade.

#### Caso 5

Na família cada um lidou de seu jeito com as pessoas com transtorno mental, mas lembra que sua vó sempre soube lidar e seu pai também. A participante diz que todos sempre tentaram ser compreensivos, mas sente ainda haver uma resistência. Sente que às vezes serem compreensivos *“demais”*, pode ser uma maneira de cuidado excessivo que faz com que os tios pareçam incapazes, o que acaba causando divergências no cuidado, para a participante percebido pela participante um estigma da sociedade, de pessoas olharem para eles de forma diferente, ao aparecerem em locais ela nota um julgamento das pessoas; acredita que as pessoas de fora os excluem e não sabem como conversar com eles. Ambas as pessoas com transtorno mental participam do CAPS e fazem acompanhamento com psicóloga, apesar de às vezes eles se recusarem a ir, eles participam das atividades e dos tratamentos. Houve também internação em uma instituição psiquiátrica em Florianópolis, a participante relata que após a internação houve uma mudança de comportamento em ambos, de forma negativa. Em sua mãe, a participante sente a diferença de tratamento para com os tios. Relata que a mãe é mais paciente com eles do que com ela, e que isso foi sempre difícil de entender. Outro aspecto importante e notado pela participante é como a sociedade é excludente com pessoas com transtorno mental, e com essa vivência se vê como uma pessoa que sabe lidar com isso.

#### Caso 6

Relata nunca ter tido uma conversa com os pais a respeito, pois os comportamentos pareciam *“normais”*, o pai sempre foi agitado e a mãe sempre ansiosa, sempre pareceu mais como parte da personalidade de cada um. Hoje o participante vê como uma dificuldade dele em reconhecer o que é de seus pais, e o que é do transtorno. Para o participante a família não lidou com o transtorno, este era amenizado. Relata que seu pai tinha dificuldade em entender o que era o transtorno depressivo: *“Ele só entendeu depois que minha mãe saiu totalmente da linha.”* A O participante vê o lado dos pais onde, suas vivências os transformaram em pessoas fortes, que nunca desistem, por terem passado fome aprenderam a não abaixar a cabeça, e por isso *“também maquiou muita coisa.”* As relações familiares no lado do pai, não houve muitas mudanças, por se tratar de uma família italiana, onde ser agitado é tido como *“normalidade”*. No caso de sua mãe, vê que suas tias e sua vó se afastaram dela por conta desses problemas, e talvez pela infância, por terem passado por dificuldades. A mãe não fazia uso de medicações anteriormente, mas ele notava a relação que ela tinha com o cigarro, principalmente quando voltou a estudar para ajudar o filho que tem *Asperger*. Teve uma intervenção médica, quando o participante não morava mais com os pais, mas nunca foi internada O participante lembra que durante a intervenção médica, avaliando o quadro acreditava-se que era esquizofrenia, e como no momento já estava na universidade, o que auxiliou na descoberta do que estava causando.

Fonte: Autoras da pesquisa (2020).

A elaboração dos casos apresentados anteriormente possibilitou interpretar a realidade de cada um destes adultos que quando crianças/adolescentes conviveram com parentes com

transtorno mental, permitindo desse modo que fosse possível formar as 3 categorias claras para análise. A partir dessas categorias foram estabelecidas subcategorias, baseadas na própria coleta e em outros estudos similares,<sup>2</sup> que se encaixam no propósito desta pesquisa:

### ***1. A convivência com um familiar com transtorno mental no período infanto-juvenil.***

#### *A compreensão da criança.*

O transtorno mental, além de afetar como o pessoa vive e responde a estímulos, afeta também todos ao seu redor e as crianças/adolescentes que convivem com um parente com transtorno sentem o que está acontecendo, mesmo não tendo toda as informações sobre o que está ocorrendo. No caso 4 deste estudo é claramente descrita a visão desta criança, como são capazes de perceber quando um ente querido não está bem, visto que as crianças/adolescentes aprendem por meio de observação e exemplos dentro de seu núcleo familiar.

As manifestações do transtorno mental acopladas à falta de informação podem ter um impacto na criança/adolescente, particularmente em como ela vê a sua relação com essa pessoa (BALLAL E NAVANEETHAM, 2018). No caso 2 é perceptível como a decisão da família de reter informação, na intenção de “poupá-la” da situação do familiar, teve repercussões significativas e, nesse sentido, a participante ressalta como, de forma drástica, tudo mudou em sua relação com seu pai.

Os casos remetem a alguns conteúdos encontrados na literatura, especificamente Ballal e Navaneetham, (2018) e Trondesen, (2011), onde se observa como as mudanças de humor do parente geram uma confusão a criança por estarem ali vivenciando e percebendo essas mudanças sem explicação a respeito do que está ocorrendo, resultando em inúmeros sentimentos conflitantes. Uma criança que é incluída no que está acontecendo com o seu familiar terá menor chances de deixar os sintomas do transtorno a impactarem de maneira negativa, aumentando sua resiliência (BALLAL E NAVANEETHAM, 2018; TRONDESEN, 2012).

Quando a criança cresce sem a peça do quebra cabeça, ou seja, cresce sem conhecimento sobre o estado de saúde mental desse familiar, existem repercussões futuras, levando alguns desses questionamentos para vida adulta, por exemplo. (BALLAL E NAVANEETHAM, 2018). Hoje, a criança crescida do caso 6, não consegue distinguir o que é derivado do

---

<sup>2</sup>GLADSTONE ET AL. 2011; BALLAL E NAVANEETHAM, 2018; TRONDESEN, 2012; MEDIN, EDLUND E RAMKLINT, 2007.

transtorno e o que é da personalidade de sua mãe. Essas repercussões acarretam o relacionamento até os dias atuais.

#### *A perspectiva da criança/adolescente e seus sentimentos.*

A criança/adolescente, por não entender completamente o que ocorre ao parente acometido com o transtorno mental, tem uma vivência um tanto conturbada com este. Vivenciar o que parece ser uma dependência dos outros adultos, como no caso 5, pode trazer sentimentos amargos. Por que aquele parente, adulto, precisaria de mais atenção que você, criança? Em alguns casos a família, por mais que não queira, volta a atenção mais para o pessoa com transtorno mental. Em outros casos, como quando um dos pais possui o transtorno, a criança perde o membro no papel em que este cumpria, tornando um dos outros adultos, um irmão ou até si mesmo responsável por deveres que não eram originalmente dela. Em alguns casos algumas crianças vivenciam essa convivência como sobrevivência (GLADSTONE, et al. 2011).

Os 6 estudos de caso ressaltam múltiplos sentimentos:

- Raiva: derivada da não compreensão do comportamento do familiar, como de toda a situação.
- Medo: causado por situações de violência, como pode ser observado nos casos 1 e 2. O medo de como este parente reagirá a qualquer tipo de estímulo, trazendo o sentimento de “pisar em ovos” dentro do seu próprio lar, estendendo-se para uma sensação de insegurança de estar em casa.
- Fuga: presenciado pela vontade de querer sair daquela situação, fugir, crescer rápido para não ter que estar ali.
- Angústia: fruto de ver seu ente querido naquela situação, além da combinação de outros sentimentos, como ansiedade causada pelo medo, a preocupação e o estresse de encontrar-se dentre desse contexto familiar.
- Negligência: vivenciada ao sentir que a atenção está mais voltada para o adulto afetado, por necessitarem, segundo o transtorno, de cuidados específicos.
- Desvalorização: produto de assumir responsabilidades que não competem à criança, que além de realizar seu papel, da conta de outras obrigações, sem que isso seja valorizado pelo núcleo familiar.

#### *Os altos e baixos do transtorno mental.*

Cada transtorno tem suas variadas manifestações e intensidades, sendo as mudanças no estado geral de humor uma das mais marcantes (DALGALARRONDO, 2008). As

crianças/adolescentes tendem a chamar as manifestações negativas do transtorno mental, por exemplo quando o parente se apresenta em crise, de “dias ruins”. Em contrapartida, os “dias bons” são marcados pelo cumprimento dos deveres do papel original daquele familiar, momentos que em todos os casos são lembrados com carinho (GLADSTONE ET AL. 2011). Quem convive com uma pessoa com transtorno mental aprende que os dias ruins são extremamente difíceis, pesados, e muitas vezes considerado um fardo para toda a família (BRISCHILIARI E WAIDMAN, 2012).

Nos casos 1 e 2, em especial, se evidencia essa contraposição (dias ruins/dias bons): enquanto em um dia a criança percebe que aquele pai a mimar, cuida como esperado e a leva para passear, no outro dia não é o mesmo, tornando-se agressivo. E a agressão física gera e resulta nos vários sentimentos acima citados e as mudanças repentinas entre esses dois extremos apenas confunde mais a criança.

#### *Impacto na vida diária da criança/adolescente.*

Durante a infância e adolescência a criança passa por um período de se encontrar como indivíduo, procurando encaixar-se em grupos. A literatura enfatiza a importância deste período na formação da identidade (HOCKENBERRY e WILSON, 2014). Nos casos elaborados nesta pesquisa é possível ver este elemento, acoplado com o sentimento de vergonha de levar colegas da escola para casa, de nunca saber como seu familiar reagirá frente a outras pessoas, acompanhando essa vergonha com medo. As atividades consideradas normais na vida de crianças/adolescentes se tornam mais “complicadas” (TRONDESEN, 2012): ir à escola – não conseguir comparecer por situações de violência - fazer escolhas sobre o futuro – não conseguir cursar a universidade em uma cidade diferente - realizar planos - não conseguir concretizá-los por precisar cuidar deste parente – podendo, conseqüentemente, gerar frustrações na futura vida adulta.

## ***2. Reflexos da convivência com um familiar com transtorno mental no período infanto-juvenil.***

#### *Cobranças e outros reflexos.*

O adulto que passou pela experiência de conviver com um parente com transtorno mental no período mais importante de formação de identidade (período infanto-juvenil) carrega isso consigo pelo decorrer de sua vida, visto que vários sentimentos da infância ainda habitam dentro dele (BALLAL E NAVANEETHAM, 2018 e MEDIN, EDLUND E RAMKLINT,

2007). Os estudos de caso desta pesquisa permitem observar as diferentes repercussões na vida adulta: o caso 1 apresenta dificuldade em aceitar seus erros e os correlaciona com expectativas que tem para si. Além disso, em outro ponto, remetendo-se ao sentimento de negligência vivenciado durante sua infância, percebe que não consegue ouvir uma criança chorar e se sente angustiada, precisando acudi-la. A violência vivenciada pela adulta do caso 2 trouxe a ela um senso de autopreservação, relatando que nunca escolheria um parceiro violento, sentindo que a vivência a fez “mais forte”. No caso 3 a responsabilidade, até hoje, de cuidar do tio, faz ela assumir o papel de uma mãe protetora em seus relacionamentos além da família. No caso 4 A participante vê que essa convivência com a sua vó e seu tio trouxe a ela um senso de pessimismo, sempre acreditando que as coisas vão dar errado, levando consigo um sentimento de insegurança.

O caso 5 traz uma visão de como a manipulação experimentada pela participante derivada dos pessoas com transtorno mental com quem ela conviveu, afetam até hoje suas escolhas, às vezes sentindo-se culpada por pensar primeiro nela. E por último, o caso 6 relata uma dificuldade em reconhecer de onde vem a sua ansiedade, se está relacionada a convivência com sua mãe ou se guarda relação com seu próprio diagnóstico.

#### *Criança bem dotada*

Esses adultos, quando crianças/adolescentes, tiveram que rapidamente amadurecer para conseguirem compreender e dar conta das mudanças que ocorriam em casa. Isso é perceptível nos 6 estudos de casos desta pesquisa. O ato de crescer aprendendo a cuidar os tornou em cuidadores precoces.

Em sua fase adulta isso pode ser percebido em como tratam outros indivíduos: a preocupação constante em não machucar e o medo de que qualquer estímulo pode ter uma resposta negativa, são alguns fatores vivenciados e notados por eles (BALLAL E NAVANEETHAM, 2018). De modo igual, a carência vivida pela criança, resulta em um vazio que é preenchido por novas relações desenvolvidas fora da família hoje como adultos.

#### *Transtornos derivados da convivência e ressentimentos.*

Crianças/adolescentes que convivem com parentes com transtorno mental tem maiores chances de tornarem os adultos disfuncionais e se tornarem possíveis pessoas com transtorno mental (BALLAL E NAVANEETHAM, 2018). Em dois dos estudos de caso, encontram-se menções de depressão no período da adolescência e uma que se estende na fase adulta. A visão

de ter visto a sua vó se deixar ir, pelo câncer foi uma forma de suicídio, carrega um peso grande na vida adulta do caso 4, um sentimento de não ter conseguido ajudá-la.

O acúmulo de emoções experimentadas na infância pode ser potencializado e transformado em ressentimentos durante a vida adulta. Os ressentimentos, quando não bem trabalhados, podem acarretar outros aspectos da vida, apresentando dificuldades ao enfrentarem diferentes momentos da vida (BALLAL E NAVANEETHAM, 2018).

Em alguns dos participantes nota-se um tom de sentimentos não resolvidos, podendo ser derivado da falta de apoio durante o período infanto-juvenil. A incapacidade de deixar esses sentimentos ir, são refletidos em não conseguir perdoar tanto a si mesmo quanto ao adulto que convivia com o transtorno.

Contudo, todos os participantes desta pesquisa surgem como adultos funcionais, apesar das adversidades vivenciadas, por mais que alguns sinalizem que precisam trabalhar em determinados aspectos psicológicos e emocionais. De fato, o reconhecimento de suas experiências com esses familiares, os torna adultos resilientes, os quais já construíram sua própria família, trazendo consigo a vontade de não repetir as vivências de sua infância.

### ***3. A família lidando com o transtorno mental.***

#### *Estigma da sociedade refletido no contexto familiar.*

Um ponto importantíssimo que afeta tanto direta como indiretamente a compreensão da criança/adolescente sobre o transtorno mental é como a família lida com a situação. A configuração da família muda assim que há um adoecimento, e essa reformulação respinga na criança, e como acima mencionado traz uma bagagem para tanto a ela como todos seus membros (BRISCHILIARI E WAIDMAN, 2012). A sobrecarga da família cuidadora é fato encontrado nos estudos de caso desta pesquisa.

Entretanto, antes de a família assumir o papel de cuidadora e dar início a compreensão de que existe o transtorno mental, há uma barreira enraizada derivada da sociedade: o estigma. Esse estigma é algo sentido e presenciado pela pessoa com transtorno mental dentro da família, prolongando a capacidade de alcançar o diagnóstico, dificultando o bem-estar geral deste membro e da própria família (EBRAHIMI, et al. 2018). Nos estudos de caso nota-se como a família apresenta dificuldade em aceitar o transtorno mental, e como isso impactou em não conseguir realizar o diagnóstico ou resultou em um diagnóstico tardio.

As crianças/adolescentes, agora adultos, trazem o estigma como um grande tema: como ninguém percebeu que aquele parente estava doente; como as pessoas de fora são excludentes

desses familiares; como dentro de suas próprias famílias o transtorno mental era acobertado como problemas espirituais ou de outras formas. Os participantes associam o fator estigma como um dos responsáveis por dificultar a possibilidade de compreenderem melhor o transtorno mental e se tivessem sido orientados antes, talvez algumas das manifestações não fossem tão marcantes, ou a família teria aceitado melhor e atingindo um bem-estar de cuidado em geral voltado a todos os membros da família.

#### *Importância do apoio profissional à família e criança/adolescente.*

Na íntegra, essas vivências apontam como a falta de conhecimento complica a vida de todos os envolvidos na convivência com o familiar com transtorno mental, o qual permite enfatizar a importância de ter um acompanhamento profissional, alguém que guie a família e que seja capaz de quebrar as barreiras impostas pela sociedade em relação a saúde mental, favorecendo o entendimento do familiar a respeito do transtorno mental (ALMEIDA, FELIPES E POZZO, 2011).

Os adultos que não possuem transtorno mental na família precisam buscar esse conhecimento sobre o que está acontecendo e compartilhar essa informação com as crianças/adolescentes, reconhecendo assim a existência do transtorno mental e tentando filtrar as informações de uma maneira que as crianças compreendam e sintam-se incluídas nessa circunstância familiar (BALLAL E NAVANEETHAM, 2018).

Como evidenciado, as crianças/adolescentes fazem suas próprias suposições do que está acontecendo e as repercussões são claras. Por isso, o profissional, em especial o de enfermagem, que como mencionam Meadus e Johnson (2000), pode ser considerado o profissional essencialmente focado no cuidado, precisa estar presente e ver a pessoa com transtorno mental em sua integralidade, sendo este aspecto essencial para que essa pessoa possa ser inserida na sociedade e não se sentir alienada (MEADUS, JOHNSON. 2000; LEIJDESORFF et al., 2017).

Todos os adultos dos estudos de caso, que não tiveram acompanhamento profissional no período infanto-juvenil, Caso 1, Caso 3 e Caso 5, apresentam a vontade de ter tido esse apoio naquele momento, destacando isso como uma falha, tanto da família quanto dos profissionais, e acreditando que isso acarretaria menos reflexos em suas vidas hoje.

Incluir a família e principalmente as crianças é imprescindível no processo de cuidado. Desse modo, é necessário que os adultos não possuem transtorno mental sejam vistos como aliados no cuidado e para isso é essencial que o enfermeiro convide esses membros a participarem de discussões junto com pessoa com transtorno mental, lembrando que este deve



sempre ser incluso em tudo que se diz respeito ao seu cuidado. Adicional, o enfermeiro deve ser capaz de trazer a criança/adolescente, inclui-lo nas conversas sobre o familiar com transtorno mental, levando em consideração todos os estágios de seu desenvolvimento ao aplicar o cuidado (MEADUS, JOHNSON. 2000; HOCKENBERRY e WILSON, 2014).

## CONCLUSÃO

O presente manuscrito apresentou os resultados da pesquisa realizada com o propósito de observar as vivências, durante o período infanto-juvenil, com um familiar com transtorno mental. A partir desses resultados foi possível explorar as repercussões dessa convivência e discuti-las. Assim, foram estabelecidas, sustentando-se na literatura especializada nesse campo, três categorias analíticas que permitiram observar os seguintes elementos: a dificuldade da criança de compreender a situação dentro do lar, em outras palavras, a dificuldade de compreender as diversas manifestações do transtorno mental presentes no familiar, particularmente as mudanças drásticas de humor; os sentimentos desenvolvidos - medo, raiva, angústia, fuga, desvalorização, negligência - frutos dessa falta de compreensão e o impacto que isso tem na vida diária dessas crianças/adolescentes. Além disso, foram destacados os reflexos na vida adulta, sublinhando tanto o amadurecimento rápido dos participantes por terem se tornado cuidadores precoces como os possíveis transtornos (depressão e ansiedade) derivados da mesma, junto com os ressentimentos direcionados ao familiar com transtorno mental. Finalmente, o manuscrito examinou dois fatores fundamentais para o tema analisado, sendo estes o estigma da família e a importância do apoio profissional a esta.

Nesse sentido, refletindo sobre as possibilidades de cuidado para a criança/adolescente e família foi observada a necessidade de incluir a todos os envolvidos nesse processo, pois como mencionado anteriormente neste estudo, não apenas a pessoa com transtorno mental sofre, como também o seu núcleo familiar. Destacando-se, então, a importância do enfermeiro como parte da equipe multidisciplinar na atenção à criança/adolescente que convive com familiar com transtorno mental, em especial no sentido de ampliar o olhar para as crianças e adolescentes existentes no contexto familiar, a fim de que possa construir estratégias de cuidado no qual todos possam ser incluídos diminuindo a vulnerabilidade do período infanto-juvenil. Reforça-se a potencialidade do enfermeiro em seu trabalho diário, quebrar os estigmas impostos pela sociedade no que refere a saúde mental.

Considerando as limitações do estudo ressalta-se que, embora este não possa ser generalizado, permite a reflexão sobre um tempo vivido cujas repercussões ainda se fazem, de

certa forma, presentes no tempo atual. Contudo, é importante que haja outros estudos com maior amostragem a fim e sobre outras abordagens que possam evidenciar e/ou corroborar os aspectos aqui apresentados. É relevante assinalar que outra limitação se refere à leitura do adulto sobre as situações vividas na infância, o que evidencia a necessidade de estudos com a população infanto-juvenil quando atravessam pelas situações foco deste estudo, cuidando-se na abordagem dada à sensibilidade que este tema necessita.

Em suma, a partir do percurso analisado neste manuscrito é possível concluir que a convivência com um familiar com transtorno mental tem repercussões notáveis, tanto no período infanto-juvenil, quanto na vida adulta e para isto é preciso despertar para o olhar sensível que acolha e para estratégias de cuidado que sejam condizentes com as pessoas nele envolvidas, em especial crianças e adolescentes.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. C. M. C. H.; FELIPES, L.; POZZO, V. C. D. **O impacto causado pela doença mental na família**; Editora Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. Nº6, 40-47, 2011.
- BALLAL, D; NAVANEETHAM, J. **Talking to children about parental mental illness: the experiences of well parentes**. Editora International Journal of Social Psychiatry. 2018.
- BRISCHILIARI, Adriano; WAIDMAN, Maria A. P. **O portador de transtorno mental e a vida em família**. Editora Anna Nery, 2012.
- Children with early-onset disruptive behavior: parental mental disorders predict poor psychosocial functioning in adolescence**. Disponível em < [https://jaacap.org/article/S0890-8567\(19\)30193-5/fulltext](https://jaacap.org/article/S0890-8567(19)30193-5/fulltext)>. Acessado em 2 de jun. de 2019.
- EBRAHIMI, H.; SEYEDFATEMI, N.; ARESHTANAB, H. N.; RANJBAR, F.; THORNICROFT, G.; WHITEHEAD, B.; RAHMANI, F. **Barriers to family caregivers' coping with patients with severe mental illness in iran**. Editora Qualitative Health Research 2018.
- DESLANDES, Suely F. **Pesquisa social: teoria, metodos e criatividades**. Disponível em: <<https://wp.ufpel.edu.br/franciscovargas/files/2012/11/pesquisa-social.pdf>>. Acessado em: 26 de set. de 2019.
- GLADSTONE, Brenda M.; BOYDELL, Katherine M.; SEEMAN, Mary V.; MCKEEVER, Patricia D. **Children's experiences of parental mental illness: a literature review**. Editora Blackwell Publishing Asia Pty Ltd, 2011.
- HOCKENBERRY, Marilyn J.; WILSON, David. **Wong, fundamentos de enfermagem pediátrica**. Editora Elsevier. Rio de Janeiro. 2014.
- MEADUS, RJ.; Johnson, B. **The experience of being an adolescente child of a parent who has a mood disorder**. Editora J Psychiatr Ment Health Nurs 2000.
- MINUCHIN, Salvador. **Families&family therapy**. Editora Harvard University Press. Massachusetts. 1974.
- OLAWANDE, Tomike I.; AJAYI1, Mofoluwake P.; AMOO, Emmanuel O.; IRUONAGBE, Charles T. **Variations in family attitudes towards coping with people living with mental illness**. Editora Skopje. Macedonia. 2010.
- MORÉ, Carmen L. O. O. **A entrevista em profundidade ou “semiestruturada”, no contexto da saúde dilemas epistemológicos e desafios de sua construção e aplicação**. Disponível em:

<<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/download/158/154/>>. Acessado em: 26 de set. de 2019.

NADERIFAR, Mahin; GHALJAEI, Fereshteh; GOLI, Hamideh; **Snowball sampling: a purposeful method of sampling in qualitative research**. Disponível em:

<[https://www.researchgate.net/profile/Leo\\_Goodman/publication/38366497\\_Snowball\\_Sampling/links/53ec2ba0cf24f241f155e9b/Snowball-Sampling.pdf?origin=publication\\_detail](https://www.researchgate.net/profile/Leo_Goodman/publication/38366497_Snowball_Sampling/links/53ec2ba0cf24f241f155e9b/Snowball-Sampling.pdf?origin=publication_detail)>.

Acessado em: 26 de set. de 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Investing in mental health**. Disponível em

<[https://www.who.int/mental\\_health/media/investing\\_mnh.pdf](https://www.who.int/mental_health/media/investing_mnh.pdf)>. Acessado em 30 de jun. de 2019.

\_\_\_\_\_. **The mental health contexto**. Disponível em

<[https://www.who.int/mental\\_health/policy/services/3\\_context\\_WEB\\_07.pdf](https://www.who.int/mental_health/policy/services/3_context_WEB_07.pdf)>. Acessado em 30 de jun. de 2019.

\_\_\_\_\_. **Mental health: a state of well-being**. Disponível em <

[https://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/](https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/)>. Acessado em 2 de jun. de 2019.

YAMAMOTO, Rumi; KEOGH, Brian. **Children's experiences of living with a parent with mental illness: a systematic review of qualitative studies using thematic analysis**. Editora School of Nursing and Midwifery. Dublin. 2017.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS DO TCC

O trabalho de conclusão de curso baseou-se na necessidade de aprofundamento no cuidado a saúde mental da família que convive com uma pessoa com transtorno mental, particularmente das crianças e adolescentes que fazem parte desse núcleo familiar.

O objetivo geral foi compreender os impactos dessa convivência, através da visão do adulto que quando criança/adolescente conviveu com um familiar com transtorno mental e como, na sua perspectiva, isso repercutiu na sua vida. A partir dessa análise foi possível refletir sobre as possibilidades de cuidado para a criança/adolescente e sua família, apontando para a relevância do profissional de enfermagem, no contexto de uma equipe multidisciplinar, visto que esses profissionais são um dos poucos que estão presentes em todas as esferas da vida desses indivíduos, sendo a saúde mental um eixo indispensável dentro da sua graduação para que estejam preparados para este cuidado. Da mesma forma, o termo cuidado tem uma conotação ainda mais significativa no caso do paciente com transtorno mental e, por isso, é importante que a enfermagem construa e utilize a sua capacidade de ver o indivíduo em toda sua integralidade.

A combinação dos questionamentos das entrevistas, junto com a abertura dos participantes a falarem sobre o tema, e a transformação destas respostas em estudos de caso possibilitou explorar a complexidade da realidade vivenciada por estes adultos no período infanto-juvenil.

O estudo de caso facilitou, no momento de análise, adquirir a visão do que era ser criança/adolescente convivendo com um familiar com transtorno mental. Cabe ressaltar que cada caso teve repercussões específicas que até hoje respigam em suas vidas como adultos. Do mesmo modo, a pesquisa realça a importância de ver a pessoa com transtorno mental para além de si, reconhecendo que por trás dele há todo um contexto e neste contexto estão outras pessoas que junto com ele estão sofrendo.

A maior dificuldade enfrentada no processo da pesquisa foi por conta do cenário sanitário atual (COVID-19) que, como consequência, obstaculizou a realização das entrevistas pessoalmente, tendo que mudar o formato delas, que foram executadas *online*. Da mesma forma, o caráter sensível do tema da pesquisa condicionou o número de participantes dispostos a remexer e dialogar sobre suas experiências, principalmente na conjuntura mencionada, onde muitas pessoas se encontram mais fragilizadas, cheias de incertezas e abaladas emocionalmente.

Este estudo foi capaz de alcançar seu objetivo em compreender como o transtorno mental de um familiar repercute sobre a criança/adolescente através da sua própria visão como adulto, identificando as repercussões do transtorno mental de um familiar sobre a criança/adolescente para um adulto que conviveu com essa situação no período infanto-juvenil. Refletindo nos desdobramentos dessas repercussões e as contribuições para o cuidado do núcleo familiar, especial das crianças/adolescentes, no campo da enfermagem. Desse modo, levando em consideração que os reflexos da convivência com um familiar com transtorno mental, tem sido relativamente pouco explorado, o presente estudo visou preencher essa lacuna, ampliando a produção acadêmico-científica a respeito do assunto e destacando a necessidade de apoio profissional durante este período.

Concluindo, o estudo sinaliza como o tema do transtorno mental tem vários ramos e eixos válidos para continuar discutindo. Um deles, de extrema importância, é observado nas falas dos 6 participantes: o estigma do transtorno mental. Considerando a característica transversal desse tema, cabe sublinhar a necessidade, em estudos futuros, de aprofundá-lo e, sobretudo, associá-lo ao trabalho do/da enfermeiro/a, devendo ser capaz de tomar para si a responsabilidade de quebrar o estigma e mudar o paradigma acerca de como abordar o transtorno mental no núcleo familiar assim como na sociedade.

Isso permite refletir sobre a valorização de espaços como o CAPS que permitem incluir a família e suas crianças e adolescentes na atenção as pessoas com transtorno mental e, da mesma forma, colaboram na inclusão da pessoa com transtorno mental na sociedade. Para além do CAPS, pode-se pensar em como incluir os cuidados para essas crianças/adolescentes em outros espaços e contextos nos quais estejam vinculados como as escolas, centros de saúde, igrejas, cultos, parques e até mesmo por meio das mídias sociais existentes no ambiente virtual.

## 7 REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Daniela Lima. **Assistência em saúde mental: da lógica manicomial à reforma psiquiátrica**. Disponível em <<http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/download/2638/1569>>. Acessado em 30 de jun. de 2019.
- ALDERSEY, Heather Michelle; WHITLEY, Rob. **Family influence in recovery from severe mental illness**. Editora Community Ment Health J. Nova York. 2014.
- ALMEIDA, Ana C. M. C. H.; FELIPES, Lujácia; POZZO, Vanessa C. D. **O impacto causado pela doença mental na família**. Editora Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. Porto. Nº6, 40-47, 2011.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5 - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Editora Artmed, Porto Alegre, 2014.
- AZEVEDO, Carlos E. F.; OLIVEIRA, Leonel G. L.; GONZALEZ, Rafael K.; ABDALLA, Márcio M. **A estratégia de triangulação: objetivos, possibilidades, limitações e proximidades com o pragmatismo**. Disponível em: <<http://www.anpad.org.br/admin/pdf/EnEPQ5.pdf>>. Acessado em: 26 de set. de 2019.
- BALLAL, Divya; NAVANEETHAM, Janardhana. **Talking to children about parental mental illness: the experiences of well parentes**. Editora International Journal of Social Psychiatry. 2018.
- BAXTER, Pamela Elizabeth; JACK, Susan M. **Qualitative case study methodology: study design and implementation for novice researchers**. Disponível em: <<http://www.nova.edu/ssss/QR/QR13-4/baxter.pdf>>. Acessado em: 26 de set. de 2019.
- BLANKEN, Peter; **Snowball sampling: theoretical and practical considerations**. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/profile/Peter\\_Blanken2/publication/284700725\\_Snowball\\_sampling\\_Theoretical\\_and\\_practical\\_considerations/links/57a5b76a08ae3f45293198af/Snowball-sampling-Theoretical-and-practical-considerations.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Peter_Blanken2/publication/284700725_Snowball_sampling_Theoretical_and_practical_considerations/links/57a5b76a08ae3f45293198af/Snowball-sampling-Theoretical-and-practical-considerations.pdf)>. Acessado em: 26 de set. de 2019.
- BEZANILLA, José Manuel; MIRANDA, Ma. Amparo. **La familia como grupo social: una re-conceptualización**. Publicado Revista Semestral, Terceira Época, Ano XVII, ago. 2013
- BRITISH MEDICAL ASSOCIATION. **Parental alcohol misuse has major effects on children's health and development**. Disponível em <<https://www.bmj.com/content/bmj/364/bmj.1912.full.pdf>>. Acessado em 2 de jun. de 2019.
- BRISCHILIARI, Adriano; WAIDMAN, Maria A. P. **O portador de transtorno mental e a vida em família**. Editora Anna Nery, 2012.

**Children with early-onset disruptive behavior: parental mental disorders predict poor psychosocial functioning in adolescence.** Disponível em < [https://jaacap.org/article/S0890-8567\(19\)30193-5/fulltext](https://jaacap.org/article/S0890-8567(19)30193-5/fulltext)>. Acessado em 2 de jun. de 2019.

CHENIAUX, Elie. **Manual de psicopatologia.** Editora Guanabara Koogan LTDA. Rio de Janeiro. 2015.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais.** Editora Artmed. Porto Alegre. 2008.

DESLANDES, Suely F. **Pesquisa social: teoria, métodos e criatividade.** Disponível em: <<https://wp.ufpel.edu.br/franciscovargas/files/2012/11/pesquisa-social.pdf>>. Acessado em: 26 de set. de 2019.

DUARTE, M. L. C.; SOUZA, Jacqueline; KANTORSKI, Luciane P.; PINHO, Leandro B.

**Diferentes a à família em saúde mental presentes na produção científica da área.**

Disponível em <<http://reme.org.br/exportar-pdf/315/v11n1a11.pdf>>. Acessado em 30 de jun. de 2019.

EBRAHIMI, H.; SEYEDFATEMI, N.; ARESHTANAB, H. N.; RANJBAR, F.;

THORNICROFT, G.; WHITEHEAD, B.; RAHMANI, F. **Barriers to family caregivers'**

**coping with patients with severe mental illness in iran.** Editora Qualitative Health Research 2018.

ECHER, Isabel Cristina. **A revisão de literatura na construção do trabalho científico.** R. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v. 22, n. 2, p.5-20, jul. 2001.

ELOIA, S. C.; OLIVEIRA, E. N.; ELOIA, S. M. C.; LOMEIO, R. C.; PARENTE, J. R. F.

**Sobrecarga do cuidador familiar de pessoas com transtorno mental: uma revisão integrativa.** Editora Saúde Debate, Rio de Janeiro, 2014.

ENGEL, Friedrich. **A origem da família, da propriedade privada e do estado.** Editora Civilização brasileira, Rio de Janeiro, 1984.

FILHO, N. A.; COELHO, M. T. Á.; PERES, M. F. T. **O conceito de saúde mental.** Editora Revista USP, São Paulo, 1999.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica.** Editora Perspectiva, São Paulo, 2005.

GLADSTONE, B. M.; BOYDELL, K. M.; SEEMAN, M. V.; MCKEEVER, P. D.

**Children's experiences of parental mental illness: a literature review.** Editora Blackwell Publishing Asia Pty Ltd, 2011.

Gomes, J. C. V. **Manual de psicoterapia familiar.** Editora Vozes, Petrópolis, 1987.



GÓMEZ, E. O.; GUARDIOLA, V. J. V. **Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización towards an interdisciplinary concept of family in globalization.**

Editora Justicia Juris, ISSN 1692-8571, Vol. 10. Nº 1, 2014.

HICKMANN, Adolfo A. **As relações interpessoais na perspectiva de Vigotski.**

Universidade Federal Do Paraná, Curitiba, 2015.

HOCKENBERRY, Marilyn J.; WILSON, David. **Wong, fundamentos de enfermagem pediátrica.** Editora Elsevier, Rio de Janeiro, 2014.

KNUTSSON-MEDIN, L.; EDLUND, B.; RAMKLINT, M. **Experiences in a group of grown-up children of mentally ill parents.** Editora Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2007.

LEIJDESDORFFA, S.; DOESUMB, K.; KLAASSEN, A. P. R.;

AMELSVOORTA, T. **Prevalence of psychopathology in children of parents with mental illness and/or addiction: an up to date narrative review.** Editora Wolters Kluwer Health, 2017.

MILLER, Alice. **O drama da criança bem dotada: como os pais podem formar (e deformar) a vida emocional dos filhos.** Editora Summus, São Paulo, 1997.

MATEUS, Mário D. **Políticas de saúde mental.** Disponível em

<[http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/outras-publicacoes/politicas\\_de\\_saude\\_mental\\_capa\\_e\\_miolo\\_site.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/outras-publicacoes/politicas_de_saude_mental_capa_e_miolo_site.pdf)>. Acessado em 30 de jun. de 2019.

MARTINS, P. P. S.; GUANAES-LORENZI, C. **Participação da família no tratamento em saúde mental como prática no cotidiano do serviço.** Disponível em

<<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v32n4/1806-3446-ptp-32-04-e324216.pdf>>. Acessado em 30 de jun. de 2019.

MAYBERY, D.; LING, L.; SZAKACS, E.; REUPERT, A. **Children of a parent with a mental illness: perspectives on need.** Disponível em < <https://doi.org/10.5172/jamh.4.2.78>>.

Acessado em 20 de jun. de 2020.

MEADUS, RJ.; JOHNSON, B. **The experience of being an adolescent child of a parent who has a mood disorder.** Editora J Psychiatr Ment Health Nurs 2000.

MINAYO, M. C. S. **Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade.** Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a07.pdf>>. Acessado em: 26 de set. de 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno humanizadas.** Disponível em

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_mental\\_volume\\_5.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf)>. Acessado em 30 de jun. de 2019.

\_\_\_\_\_. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no brasil.** Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)>. Acessado em 30 de jun. de 2019.

\_\_\_\_\_. **Política nacional de humanização.** Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_1ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/politica_nacional_humanizacao_pnh_1ed.pdf)>. Acessado em 30 de jun. de 2019.

MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012.**

Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/resoluções/2012/Reso466.pdf>>. Acessado em: 26 de set. de 2019.

MINUCHIN, Salvador. **Families&family therapy.** Editora Harvard University Press, Massachusetts, 1974.

OLAWANDE, T. I.; AJAYI, M. P.; AMOO, E. O.; IRUONAGBE, C. T. **Variations in family attitudes towards coping with people living with mental illness.** Editora Skopje, Macedonia, 2010.

MORÉ, C. L. O. O. A “entrevista em profundidade” ou ‘semiestruturada’, no contexto da saúde dilemas epistemológicos e desafios de sua construção e aplicação. Disponível em: <<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/download/158/154/>>.

Acessado em: 26 de set. de 2019.

NADERIFAR, Mahin; GHALJAEI, Fereshteh; GOLI, Hamideh. **Snowball sampling: a purposeful method of sampling in qualitative research.** Disponível em:

<[https://www.researchgate.net/profile/Leo\\_Goodman/publication/38366497\\_Snowball\\_Sampling/links/53ec2ba00cf24f241f155e9b/Snowball-Sampling.pdf?origin=publication\\_detail](https://www.researchgate.net/profile/Leo_Goodman/publication/38366497_Snowball_Sampling/links/53ec2ba00cf24f241f155e9b/Snowball-Sampling.pdf?origin=publication_detail)>.

Acessado em: 26 de set. de 2019.

OLIVEIRA, N. H. D. **Contexto da família.** Editora UNESP, São Paulo, 2009.

OLMO, F.S. D.; CERVI, T. M. D. **Sofrimento mental e dignidade da pessoa humana: os desafios da reforma psiquiátrica no brasil.** Disponível em <<http://dx.doi.org/10.5007/2177-7055.2017v38n77p197>>. Acessado em 10 em julho de 2019.

OSÓRIO, L. C. **Adolescente hoje.** Editora Artes Médicas, Porto Alegre, 1992.

PEREIRA, M. A. O. **Representação da doença mental pela família do paciente.** Saúde, Educ. v.7, 2003.

POLANCZYK, Guilherme V. **Em busca das origens desenvolvimentais dos transtornos mentais.** Editora Revista de Psiquiatria. RS. 2009;31(1):6-12.

- SILVEIRA, Lia C.; BRAGA, V. A. B. **Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental**. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n4/v13n4a19.pdf>>. Acessado em 30 de jun. de 2019.
- SOUSA, L. M. M.; FIRMINO, C. F.; MARQUES-VIEIRA, C. M. A. **Revisões da literatura científica: tipos, métodos e aplicações em enfermagem**. Disponível em <[https://www.researchgate.net/publication/325949541\\_Revisoes\\_da\\_literatura\\_cientifica\\_tipos\\_metodos\\_e\\_aplicacoes\\_em\\_enfermagem](https://www.researchgate.net/publication/325949541_Revisoes_da_literatura_cientifica_tipos_metodos_e_aplicacoes_em_enfermagem)>. Acessado em 10 de julho de 2019.
- TEIXEIRA, O; **Do asilo ao hospital-dia: considerações sobre a atenção psiquiátrica e saúde mental**. Saúde em foco: informe epidemiológico em saúde coletiva, 1999.
- VIGOTSKI, L. S. **A formação social da mente**. Editora Martins Fontes, São Paulo, 2010
- VINUTO, Juliana. **A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto**. Disponível em: <<https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/tematicas/article/download/2144/1637>>. Acessado em: 26 de set. de 2019.
- WAGNER, A.; LEVANDOWSKI, D. C. **Sentir-se bem em família: um desafio frente à diversidade**. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2008.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Investing in mental health**. Disponível em <[https://www.who.int/mental\\_health/media/investing\\_mnh.pdf](https://www.who.int/mental_health/media/investing_mnh.pdf)>. Acessado em 30 de jun. de 2019.
- \_\_\_\_\_. **The mental health contexto**. Disponível em <[https://www.who.int/mental\\_health/policy/services/3\\_context\\_WEB\\_07.pdf](https://www.who.int/mental_health/policy/services/3_context_WEB_07.pdf)>. Acessado em 30 de jun. de 2019.
- \_\_\_\_\_. **Mental health: a state of well-being**. Disponível em <[https://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/](https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/)>. Acessado em 2 de jun. de 2019.
- YAMAMOTO, Rumi; KEOGH, Brian. **Children's experiences of living with a parent with mental illness: a systematic review of qualitative studies using thematic analysis**. Editora School of Nursing and Midwifery, Dublin, 2017.
- YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Editora Bookman. Porto Alegre. 2015

**APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O seguinte Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está baseado nas diretrizes da **Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional em Saúde a partir dos quais serão seguidos pelos pesquisadores.**

Prezado(a) Senhor(a) a pesquisa desenvolvida é intitulada **“a convivência no período infanto-juvenil com um familiar com transtorno mental: repercussões, desdobramentos e contribuições para o cuidado”** sendo realizada pela acadêmica Ana Fernanda Paz Leite, do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, sob a orientação da Profa. Dra. Ana Izabel Jatobá de Souza. O estudo tem como **objetivo** compreender o impacto do transtorno mental de um familiar sobre a criança/adolescente. Tendo **como benefícios** a contribuição, por meio do conhecimento gerado, com a conscientização dos profissionais e familiares sobre a importância de incluir um olhar atento para a criança/adolescente que convive com um familiar com transtorno mental juntamente com os demais membros da família. **Convidamos você a participar desta pesquisa, contribuindo ao responder uma entrevista** que levará em média 40 min, em local reservado. Com a sua permissão a entrevista será gravada, para que depois possa ser transcrita pela mesma. Apenas os pesquisadores terão acesso às gravações e você será identificado apenas com a letra “E” e um número arábico para efeitos de organização das mesmas. **Garantimos a manutenção do sigilo e anonimato** de suas informações. Por meio deste consentimento solicitamos, também, a autorização para a publicação dos resultados deste estudo apenas para fins de contribuição científica, apresentação em possíveis eventos da área da saúde e publicações em revistas nacionais e/ou internacionais garantindo-se o anonimato e preservando sua identificação real. As informações obtidas serão apenas utilizadas neste estudo e em possíveis publicações, ficando sob domínio dos pesquisadores pelo período de 05 anos, passado este período os dados serão destruídos. O uso das informações oferecidas estará submetido às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. A participação na pesquisa não trará complicações legais e **não possui intenção de gerar riscos de natureza física e emocional** aos seus participantes. Porém, por se tratar de um tema sensível que envolve sentimentos, emoções e ativação de memórias do período de infância/adolescência a pesquisa pode vir a gerar algum desconforto psicológico/emocional como tristeza ou nostalgia, bem como risco de quebra de sigilo não intencional. **No intuito de minimizar os riscos mencionados** a entrevista será realizada em local privado, poderemos fazer pausas caso necessário e você terá a liberdade de não responder perguntas que venham a causar qualquer desconforto, se assim preferir. Toda a atenção será ofertada pelos pesquisadores para redução completa dos desconfortos, mas se os mesmos persistirem **a equipe conta com uma psicóloga que poderá orientar a melhor conduta e que também poderá acompanhá-lo, caso seja necessário.** Se algum dano material e imaterial a sua saúde ocorrer, ou houver algum gasto seu comprovadamente vinculado ao estudo, **lhe é garantido o direito a ressarcimento pelos gastos e indenização pelos danos conforme os preceitos legais.** Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora. Não há qualquer

incentivo financeiro ou ônus com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Caso decida não participar ou resolva a qualquer momento desistir, **não sofrerá nenhum dano ou penalidade. Basta, a qualquer momento consultar os contatos que se seguem:** Ana Fernanda Paz Leite, CPF 011.783.109-30, endereço residencial em Rua Dr. Odilon Galotti 334 apt 4, Capoeira, Florianópolis, e através do e-mail [anananda7@gmail.com](mailto:anananda7@gmail.com) e a Profa. Dra. Ana Izabel Jatobá de Souza, [aijsenf1@gmail.com](mailto:aijsenf1@gmail.com), [jatoba.izabel@ufsc.br](mailto:jatoba.izabel@ufsc.br)/ fone 37219480/(48) 999222769 – Centro de Ciências da Saúde – Universidade Federal de Santa Catarina – Departamento de Enfermagem – Bloc I sala 414. Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC para eventuais dúvidas, através do telefone (48)37216094, ou no Prédio 135 Reitoria II, 4º andar, sala 401, localizado na Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, Trindade, Florianópolis. **O CEPESH** “é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.” O termo **será disponibilizado em duas vias que serão rubricados em todas as suas páginas e assinado na última**, ficando uma com o pesquisador e uma com você, participante.

Eu, \_\_\_\_\_ fui esclarecido (a) acerca da pesquisa e declaro consentimento em participar da pesquisa, como também, concordo que os dados obtidos no estudo sejam utilizados para fins científicos conforme explanação. Atesto recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Assinatura do(a) participante: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Enf<sup>a</sup> Dra. Ana Izabel  
Jatobá de Souza

\_\_\_\_\_  
Graduanda em Enf. Ana Fernanda  
Paz Leite

**APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista Para Coleta de Dados**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA COLETA DE DADOS**

**Identificação:**

**Idade atual:**

**Profissão:**

1. Qual era o relacionamento com o familiar com transtorno mental? Mãe, pai, irmã(o), tio/a, outros?
2. Você conhece ou conhecia o diagnóstico do transtorno mental com qual o membro da família convivia?
3. Quantos anos você tinha quando o membro da família foi diagnosticado? Sabe informar quantos anos o seu familiar tinha ao ser diagnosticado? Quanto tempo levou para ser diagnosticado?
4. Como a família lidou com o transtorno? Como você percebe que isso repercutiu nas relações familiares?
5. Você se lembra sobre as formas de tratamento pelas quais o seu familiar tinha que realizar?
6. Quanto tempo durou a convivência com este familiar ou se ainda convive com ele?
7. Poderia nos contar como foi essa experiência para você no período antes da fase adulta?
8. Naquele período você fez algum tipo de acompanhamento profissional/familiar? Caso sim, como foi, e lhe ajudou? Caso não, como gostaria de ter tido esse apoio?
9. Hoje, como é a sua relação com o familiar com transtorno mental?
10. Como você se sente hoje a respeito da experiência vivida no período infante-juvenil? Como você acredita que essa vivência influenciou ou influencia a sua vida?

Parte do método bola de neve: Você conhece outro adulto que durante a infância/adolescência tenha vivenciado com um membro da família com transtorno mental?



## **APÊNDICE C – Síntese dos resultados e discussão**

**QUADRO 5-Síntese dos resultados e discussão**

Casos	A convivência com um familiar com transtorno mental no período infanto juvenil	Reflexos da convivência com um familiar com transtorno mental no período infanto juvenil	A família lidando com o adoecimento
<p align="center"><b>Caso 1</b></p> <p>Sexo feminino, 24 anos, estudante, história de assédio por avó paterno aos 14 anos.com rompimento de vínculo com a família paterna após este episódio. Família: avó, bisavó materna, mãe, irmão, pai (separado da mãe) Pai – pessoa com agravo na saúde mental. Aos 9 aos foi morar com os avós paternos em função da prisão da mãe, isso persistiu até mais ou menos a idade de 12 anos. O pai diagnosticado com 35 anos com esquizofrenia. A convivência com o pai ocorria quando passava férias, finais de semana com ele por curtos períodos, o pai bebia, havia suspeitas de uso de cocaína, crack, não parava em empregos, por vezes era violento com as companheiras, não pagava pensão para os filhos. Alternava comportamentos de tranquilidade e carinho para com a filha que se estendeu até mais ou menos a idade de 14 anos.</p>	<p>Relata que a convivência era angustiante, expectativas frustradas pelo comportamento do pai. Aos 12 anos se sentia triste. Entre 15 e 16 anos teve uma briga com o pai que estava bêbado e ele quase a agrediu; acredita que a terapia ajuda e que ela poderia ter tido ajuda desde a infância, principalmente desde os 9 anos.</p>	<p>O sentimento de que não pode errar em função da cobrança que tinha sobre ela, bloqueio relacionado a momentos da infância; tem dificuldade em ouvir uma criança chorando porque se sente angustiada; dificuldade de “encaixar os homens na sua vida”; faz tudo “muito sozinha” e não consegue dividir atividades porque antes não identificava alguém com quem pudesse dividir as tarefas, nem em casa o que a deixa sobrecarregada, Faz terapia e procura controlar-se. Começou a compreender o adoecimento do pai aos 19 anos. Busca dar o filho na atualidade, o afeto que não teve na infância.</p>	<p>Avó paterna ambivalente, por um lado superprotegia e acobertava as situações que o filho criava, por outros o “desqualificava” denominando-o de preguiçoso e malandro. Família paterna não reconhecia os sinais de adoecimento. Pai foi internado na Colônia Santana, mas foi retirado pelos pais. Iniciou acompanhamento no CAPS após a família não conseguir “dar conta” da situação. Pai com vínculos conflituosos com os membros da família, exceto com uma irmã com quem pouco conviveu e com uma avó que faleceu. Relacionamento com pessoas fora da família de origem com maior proximidade e afeto.</p>
<p align="center"><b>Caso 2</b></p> <p>Sexo feminino, estudante, 23 anos. Filha mais nova de três da família. Morava com o pai, a mãe e a irmã e o irmão até 10 anos de idade. Depois disso a irmã mudou-se de residência. Identifica o pai como a pessoa com agravos na saúde mental. Segundo ela o pai saía com ela e faziam muitas coisas juntos e acreditava que por ser a filha mais nova, ele a “mimava”. Ele a levava para passear de bicicleta e tinha um vínculo de maior proximidade. Soube do diagnóstico do pai (46 anos) quando tinha entre 13 e 14 anos. O pai foi diagnosticado como alcóolatra. Na época ela não sabia sobre o assunto</p>	<p>A pior fase do a adoecimento do pai foi quando estava na adolescência: tinha muita vergonha e não levava amigos em casa. O pai bateu em todos da família e ela e a mãe precisaram fazer exame de corpo de delito em função da agressão física. Situações essas que também impactaram nas relações da escola, pois a mãe precisava explicar as ausências em dia de prova, o que aumentava a vergonha. Em determinados períodos a relação com o pai era de brigas e gritaria sentia vergonha</p>	<p>Aspectos influenciados pela convivência com o transtorno mental do pai: a escolha do namorado, pois segundo ela “jamais ficaria com alguém que fosse abusivo do jeito que ele era, jamais namoraria alguém que levantasse a voz pra mim sem motivo nenhum, ou que alguma vez levantasse a mão, pra mim, pra me bater ou algo do tipo, jamais. Isso eu tenho certeza de que foi um lado positivo do que isso gerou, porque eu repudio isso com todas as</p>	<p>No começo a família apoiava muito o pai. Tentaram interná-lo várias vezes, em uma dessas ele ficou mais de 1 ano. Posteriormente, começaram a ficar cansados e desgastados. No começo quanto o pai foi diagnosticado esquizofrênico, foi aconselhado a ir no CAPS. Contudo, ele foi em apenas uma reunião e não voltou mais. Do ponto de vista terapêutico ela se lembra que ele precisava fazer uso de haloperidol</p>

<p>e nem procurou se informar. Somente quando o pai foi diagnosticado com esquizofrenia e por já ser mais velha e ter mais conhecimento procurou saber mais sobre o assunto. Informa que no primeiro diagnóstico não recebeu muitas informações, segundo ela “queriam me poupar” por acreditar que ela era muito jovem para compreender, o que ela considera que foi uma situação “drástica” porque tudo mudou. Posteriormente, o pai foi diagnosticado com esquizofrenia. Entre 7 ou 8 anos foi quando percebeu o adoecimento do pai em função de uma queda que ele teve no banheiro em função da embriagues. A imagem do pai machucado e sangrando ficou na memória. Convive com o pai ainda na atualidade, mas não de forma íntima, apenas se comunicam sobre o essencial. Percebe que os surtos do pai estão piorando a cada dia.</p>	<p>do namorado e dos amigos irem na casa dela por causa do pai; tinha medo de dormir; por vezes ficava sem dormir porque tinha medo de ele precisar fazer tratamento psicológico. Teve depressão durante a adolescência. Segundo ela não falavam muito sobre o assunto em família, nem mesmo com a mãe e procurou ajuda por conta própria. Se sentia constantemente esgotada.</p>	<p>forças.” Repercutem na vida profissional pois não consegue lidar com pessoas que tem o mesmo problema que o pai, fica nervosa, não consegue trabalhar com pessoas com transtornos mentais. Relata que atualmente tem pelo pai sentimento de “raiva”, segundo ela acumulada por todas as circunstâncias que ocorreram. Ela considera que, embora tenha passado por todas essas turbulências durante a infância, ainda se sente uma pessoa equilibrada e calma e que, apesar de tudo, acredita que as experiências vividas com o pai a tornaram mais forte do que ela seria se não tivesse passado pela situações que relata.</p>	<p>injetável e além disso fazia uso do mesmo medicamento em comprimido, além de ansiolíticos e isso o deixava cansado, edemaciado e com tremores o que dificultava a convivência pois ficava muito lento e vivia descuidado com a higiene pessoal. Segundo ela, o pai começou a ter uma aparência bem diferente da que conhecera no começo da infância. Relata que o pai teve várias internações no IPQ e depois em outra clínica na qual ficou por 2 meses e entre idas e vindas teve uma internação de 1 ano. Posterior a essa internação mais prolongada teve um período bem para, na sequência, recair com o uso de “droga e álcool”. Para ela e a família era um alívio quando o pai estava internado. Relata que nestes períodos não sentiam o peso e os temores de que algo ia acontecer o que os deixava em estado de alerta constante. Refere que a mãe e o irmão também sentem “raiva” do pai por tudo que passaram. Apenas a irmã mais velha que saiu de casa quando ela tinha 10 anos é que mantém um relacionamento menos conturbado com o pai.</p>
<p><b>Caso 3</b> Sexo feminino, 23 anos, estudante, família composta pela mãe, pai, irmão, tia e tio. Passava períodos na casa da tia, com o tio, tia e primo. Tio materno era a pessoa com agravo na saúde mental. No período infanto-juvenil desconhecia o diagnóstico de transtorno bipolar do tio. Neste período ninguém conversava com ela sobre o adoecimento do tio. Soube apenas do diagnóstico entre</p>	<p>Relata que a experiência foi tranquila, quando ele estava tranquilo, exceto pela vez em que ele tirou a roupa na igreja. Não teve uma experiência ruim, talvez tenha amadurecido um pouco por conviver com ele, porque sempre ter cuidado dele. Lembra-se de um episódio em que o tio tentou jogar o filho uma</p>	<p>Sente-se como mãe do tio. Cuida do tio controlando os horários de tomar o remédio; percebe que falta informação para o paciente e família, principalmente depois que o tio esteve internado. “Todas as internações, que eu lembre faltou informações, explicações</p>	<p>Teve um tempo que ele peregrinou bastante, teve um tempo que ele ficou um tempo em casa, depois levamos ele no APAE, até chegar à conclusão demorou. Nos primeiros sintomas ele era casado e depois se separado, sabe, até o diagnóstico ele ficou parado. Quando moravam juntos no começo</p>

<p>seus 13 ou 14 anos. Sabe que o tio já apresentava sintomas desde que ela se recorda com 2 ou 3 anos de idade. Deu-se conta de que o tio tinha algum problema quando este tirou a roupa durante um evento na igreja que frequentavam. O tio, após a separação da esposa morou com ela e seus pais e irmão. Ainda moram na mesma casa.</p>	<p>escada e alegando que o primo estava possuído. O primo era novinho, ficava com medo dele, e não podia chegar perto, aí teve um tempo que a gente o deixou em casa por falta de... (opção). Percebe que o primo não leva o pai a sério, por causa desses devaneios com o pai. Afirma que gostaria de ter tido apoio na época para entender mais a doença e como ajudar. Define como aprendizado a convivência com o tio.</p>	<p>para o retorno deste paciente para casa, para fazer essa transição.”</p>	<p>“era muito ruim, tinha períodos que ele ia pra rua, tinha momentos que ia para o hospital sabe, era mais conturbado. Agora a gente já conhece mais, já sabe lhe dar, agora é mais tranquilo. Teve o tempo em que ele teve no psiquiatra, logo depois teve o tempo que ele passou por psicólogo, aí internações, ele teve internações, agora ele faz tratamento medicamentoso e acompanhamento no CAPS, mas no momento está sem acompanhamento psicológico porque está tudo fechado. Ai quando ele estava indo no CAPS ele participava das terapias, dos grupos.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Caso 4</b></p> <p>Sexo feminino, 30 anos, cresceu em uma casa grande com um núcleo familiar composto por doze pessoas. Família matriarcal, liderada pela avó materna. A avó foi abandonada pelo avô biológico ao estar grávida do filho mais novo, ficou responsável por criar os 5 filhos com recursos limitados. Casou-se pela segunda vez com quem a participante mantém vínculo hoje como seu avô adotivo. Dos 5 filhos, nasceram os netos. Família viveu em um ambiente de muita vulnerabilidade e escassez econômica; com história de violência na qual os tios apanhavam com cabo de vassoura, e com as crianças (netos) os avós foram mais brandos e colocava-as de castigo assim não sofreram violência física. Família composta por: avó, avô de criação, mãe da participante, 3 tios e suas esposas, o irmão biológico que é 11 meses mais novo, o irmão de criação que é primo consanguíneo (quem a mãe deixou e foi criado pelos avós) e mais a prima-irmã, filha do tio mais novo que trouxe a mulher para morar consigo moravam no mesmo terreno. A grande casa acomodava muita gente e foi sendo aumentada de acordo com a necessidade das novas</p>	<p>Com mais ou menos seus 10 anos a participante percebeu mudanças em sua vó, no jeito dela de ser, relata que ela se tornou menos feminina, menos vaidosa, usava menos acessórios, cortou o cabelo curto, tendo uma postura mais andrógena frente a sociedade. Lembra com carinho a importância que a avó dava para que seus netos cursassem a faculdade, para que estes tivessem uma formação profissional e qualificada, “como se fosse o objetivo de vida dela e que levou consigo para o tumulto, deixando seus netos amparados financeiramente para os estudos, mas que infelizmente os pais não souberam administrar”. Lembra-se de ter sido uma criança muito agitada, muito entediada, odiando tudo e todos, gritona, mas que sua avó era muito compreensiva. A convivência o tio gerou uma variedade de sentimentos, como medo constante pois de acordo com a participante: ele sempre</p>	<p>A participante acredita que isso tenha refletido nela até a pouco tempo atrás quando passava por um processo difícil no trabalho carregou esse pensamento para si: “Ah é frescura, estou sendo fraca... É frescura, é coisa de gente fraca, isso é pra quem tem tempo para tratar, né?!” e pensa que se tivessem a quebra desse estigma a respeito da saúde mental, se a sua avó estivesse viva hoje talvez teria sido mais feliz. Então não existia um diagnóstico, mas a participante acredita que o que sua avó tinha era uma depressão e que a morte de sua vó foi um tipo de suicídio A participante vê que essa convivência com a sua vó e seu tio trouxe a ela um senso de pessimismo, sempre acreditando que as coisas vão dar errado, e uma insegurança. Reflete sobre como vê seu “lugar” na sociedade, repercutindo na sua capacidade de se</p>	<p>A família tinha dificuldades em reconhecer o adoecimento (depressão) da avó materna em função das infelicidades, e frustrações que ela sofrera e o que deixou em uma pessoa muito triste. ” A participante acredita que apesar de todos da família terem seus problemas, a pessoa que foi mais afetada por estes foi a sua vó. A família diz que a morte da matriarca foi por desgosto que o filho mais velho lhe causou. A matriarca foi a óbito por um câncer de colo do útero, de acordo com a participante, a avó desistiu de lutar pela vida. A família por não entender o processo do transtorno mental ao acreditarem que tudo é “frescura”, nunca o perceberam, até porque ela era afastada de seus filhos. O relacionamento que esse tio tinha com a avó era um relacionamento abusivo,</p>

<p>famílias que iam se criando. Apenas aos 13 anos, a participante ganhou um quarto só dela, pois antes sempre compartilhava com alguém, assim como a maioria das pessoas que ali habitavam. O maior laço de afetividade da participante é com a avó vendo-a mais como “mãe”. A mãe biológica ela se sente como irmã, por esta não ter sido a maior responsável em sua criação. A participante diz que todos os membros da família poderiam ser diagnosticados com algum tipo de sofrimento mental por se tratar uma família violenta, porém nenhum foi propriamente diagnosticado devido os estigmas da época, por mais que a família tenha pessoas da área da saúde. Para a participante, de todos os moradores da casa em quem ela mais reparou foi a sua avó, durante a sua infância-adolescência foi percebendo nela uma profunda e prolongada tristeza. A participante também menciona seu tio mais velho, que foi usuário de drogas e chegou a ser preso por tráfico. A convivência da participante com a sua avó e seu tio durou até o momento da morte de sua avó, que ocorreu quando a ela tinha 15 anos. A relação entre a sua vó e seu filho mais velho era de proteção sobre ele; ele fazia furtos e ela dava um jeito de sumir com as coisas para protegê-lo. Quando foi preso, sua vó fazia visitas regulares ao presídio, levando comida e cuidando dele. De acordo com a participante “era uma época que ninguém entendia, principalmente o processo da doença mental, porque eu acredito que a minha avó era a pessoa que mais sofria.” Além de todos os outros fatores que causavam essa tristeza na avó, também tinha o relacionamento entre a sua avó e seu avô (adotivo) qual ela relata que parou de ser um casamento, para ser um relacionamento conturbado quando a participante tinha apenas 6-7anos. A avó materna faleceu com 56 anos, quando a participante tinha 15 anos. Aos 4 ou 5 anos lembra que o tio que usava maconha escondia as drogas dentro de casa para que o irmão mais novo que era policial não soubesse.</p>	<p>estava fazendo alguma coisa de errado. Quando o tio retornou para casa, o sentimento de raiva transforma em desdém. No ano do falecimento de sua avó, foi o ano em que a participante reprovou na escola, e os adultos a responsabilizaram por aquela reprovação. A participante tinha conseguido bolsa para estudar em um colégio privado e renomado em Florianópolis, provindo de uma escola pública, e essa inserção neste novo contexto, para uma adolescente veio com suas dificuldades, ela se sentia deslocada e faltava aula, era chamada várias vezes a coordenação. A participante menciona ter tido acompanhamento profissional, em torno dos seus 15 anos, trazendo como foco seu relacionamento com a mãe, pois não tinham um relacionamento de autoridade. Depois do falecimento de sua vó percebeu um declínio no relacionamento com a mãe, a colocando em um acompanhamento psicológico, que durou em torno de 6 meses. Para a participante aquilo era frustrante, pois não compreendia o que estava acontecendo, ela não se via como o ‘problema’ do relacionamento, e sim a mãe era o ‘problema’- “Ela não falava a minha língua”. Em volta dos seu 15-16 anos a participante parou por conta própria o acompanhamento.</p>	<p>colocar no lugar de outra pessoa, que isso auxilia no seu trabalho como assistente social. Vê que com o seu marido formam um dos poucos, se não os únicos, casal de jovens no bairro a não terem dívidas, a terem uma educação de nível superior, a terem suas contas em dia, e isso talvez por ter crescido em um núcleo familiar grande, ou por essas vivências... E a sua ideia a respeito de ter filhos é essa</p>	<p>de acordo com a participante. Ele tinha conhecimento da superproteção da mãe para com ele mesmo e com isso se aproveitava e não retribuía o amor da mãe, segundo participante. Ela (vó) o visitou na cadeia por um período de uns 3-4 anos, tempo em que ele ficou encarcerado, fazia promessas a ela, de que cuidaria dela. Ao ser solto, a avó fez uma casinha no mesmo terreno para esse tio, que tinha uma companheira que já estava grávida antes dele sair do presídio. Isso ocorreu no final da vida da vó, ela estava na cama e ele não ia dar um “oi” para ver como a mãe dele estava... A participante lembra que era ela que levava a vó para realizar os quimos, isso com 14 anos, enquanto ele estava em regime aberto em casa. A família lidava com as dificuldades com violência, ou discussão, ou normalizando as coisas: “ah ele é assim mesmo, não tem jeito mesmo...” e também por abandono. Para a participante a sua avó foi abandonada pelos filhos, fazendo o raciocínio de que isso foi dado por ela não ter conseguido criar esse laço com todos. Relata que de todos, apenas sua mãe cuidava da vó. Todos ficaram tristes com a morte da matriarca, mas ninguém tomou a responsabilidade de cuida-la.</p>
--	--	---	--

<p style="text-align: center;"><b>Caso 5</b></p> <p>Sexo feminino, estudante universitária, 18 anos de idade, seu núcleo familiar é composto por mãe e pai, e ela, filha única. Além desse núcleo existe a convivência constante com avôs maternos e padrinhos (tios que são irmãos mais novos de sua mãe). Os padrinhos (tios) da participante são ambas pessoas com transtorno mental, dentro dos transtornos: esquizofrenia, depressão, e transtorno obsessivo compulsivo por parte do tio e da tia bipolaridade. A participante, quando menor, não tinha conhecimento dos transtornos, por ser muito nova, também não tem lembrança de algum adulto explicar o que ocorria. Tem lembranças de alguns acontecimentos, que refere não serem “legais”: lembra da vó ter tido uma crise, pois hoje sabe que “aguentar” tudo é difícil, e tem uma memória sua mãe chorando e de seus pais falarem: “Eles não estão muito bem”, “Eles estão em crise”. Por volta dos 6 anos foi quando reparou a diferença de comportamento nesses tios, antes disso lembra deles levarem uma vida “normal”, namoros, trabalho, e então, como do nada, a vida mudou, namoros acabaram, deixaram de trabalhar e começaram a ficar em casa. A participante acredita que eles foram diagnosticados por volta dos seus 30 anos, já adultos.</p>	<p>A participante lembra da tia ficar agressiva do nada e lembra de falas de suicídio ou fugas, lembra que seu pai tinha que correr atrás deles quando as fugas ocorriam. Para a participante a convivência com os tios é complicada até hoje e que com eles, é preciso saber falar com eles. Sente que é um ambiente pesado, no sentido espiritual. Traz o sentimento conflituoso proveniente da convivência. Para a participante há uma mistura de sentimentos, dentre eles o estresse, a tristeza até mesmo conflito interno, que acaba em esgotamento. Lembra-se de ter sido maltratada pelos tios na infância. Sentia que a sua mãe dava mais importância a eles, que seu próprio núcleo familiar. A participante foi buscar apoio psicológico por conta própria aos 17 anos de idade.</p>	<p>Sentimento de incerteza por nunca saber como eles irá tratá-la. Sente angústia pela dependência criada no cuidado com os tios. Percebe melhora nos tios, mas que as vezes ainda pesa. Existe um receio de que tenha que cuidar dos tios após os avôs falecerem e sente-se culpada por isso. Percebe a complexidade de conviver com pessoas com transtorno mental, e que hoje está tentando ser mais compreensiva. Percebe-os como mais carentes, e uma constante vontade de terem uma atenção especial. As vezes vê o padrinho como uma pessoa que faz “tudo na má vontade.” E isso ela relaciona com o fato de sempre ter alguém que faça as coisas para eles. A participante vê que conviver com os seus tios a fez crescer mais rápido, amadurecer muito mais cedo, lhe trazendo um sentimento de tristeza, por ter pegado essa responsabilidade. Acredita que se não fosse por essa experiência, talvez ela fosse mais aberta, mais alegre, tudo muito mais, mas ela tem medo de como como as pessoas irão reagir. Traz também um sentimento de culpa que lhe é imposto por seus tios, quando ela passa um tempo longe deles. A participante também acredita que essa vivência seja fonte de sua baixa autoestima devido o bullying que os próprios tios fazem com ela. Hoje ainda tem magoas sobre coisas que seus tios fizeram que de alguma forma</p>	<p>Na família cada um lidou de seu jeito com as pessoas com transtorno mental, lembra que sua vó sempre soube lidar e seu pai também. A participante por mais compreensíveis que são, ainda haver uma resistência. Sente que as vezes serem compreensivos “demais”, como um cuidado excessivo que faz com que os tios pareçam incapazes, o que acaba causando divergências no cuidado, para a participante E percebido pela participante um estigma da sociedade, de pessoas olharem para eles de forma diferente, ao aparecerem em locais ele nota um julgamento das pessoas nota que a sociedade é excludente com pessoas com transtorno mental, e com essa vivência se vê como uma pessoa que sabe lidar com isso. Ambas as pessoas com transtorno mental participam do CAPS e fazem acompanhamento com psicóloga, apesar de às vezes eles se recusarem a ir, eles participam das atividades e dos tratamentos. Houve também internação em uma instituição psiquiátrica em Florianópolis, a participante relata que após a internação houve uma mudança de comportamento em ambos, de forma negativa. Em sua mãe, a participante sente a diferença de tratamento para com os tios. Relata que a mãe é mais paciente com eles do que com ela, e que isso foi sempre difícil de entender.</p>

		respigaram em sua família, entende que são coisas que ela precisa trabalhar	
<p style="text-align: center;"><b>Caso 6</b></p> <p>Sexo masculino, 32 anos, família composta por pai, mãe, avó paterna, e ele, filho único. Sua mãe, durante seu período infanto-juvenil não havia sido diagnosticada. Foi quando até 2 anos atrás foi diagnosticada com transtorno de ansiedade e síndrome do pânico, o participante acredita que seu pai tenha hiperatividade, de acordo com o seu conhecimento do DSM. Desconfiava que sua mãe tinha esquizofrenia, por ter vivenciado um surto no shopping, no qual ela relatou ter pessoas a perseguindo e um sentimento de que iria morrer. Na verdade, o participante conta ter sido uma crise de pânico misturada com a ansiedade que gerou a alucinação. Com isso, ainda teve o fato dela estar se medicando com medicação vencida, importada do Brasil, adicionado ao estresse causado pelo trabalho, instigando ainda mais a ansiedade. Acredita que sua mãe tenha mudado muito, e que às vezes não a reconhece. A mãe do participante foi diagnosticada com 53 anos quando ele estava com 30 anos idade. A convivência com seus pais durou até seus 18 anos de idade. Relata que lembra desde criança ter percebido a ansiedade como fator na vida de sua mãe, não sabe relacionar se foi ocasionado pela convivência com o pai ou se ela sempre foi assim. Quando o participante tinha 11 anos, quando seu pai precisou viajar para Curitiba, lembra que sua mãe teve que sustentar a casa, no período de 1999-2005, neste período percebeu um aprofundamento na ansiedade da mãe, onde ela fumava mais e começou a apresentar outros problemas de saúde.</p>	<p>O participante descreve a sua relação com a mãe no período infanto-juvenil, como uma relação quase simbólica. Lembra que seu pai até sentia um certo incômodo na relação entre eles, até por seu pai não saber como lidar com o fato dele ter Asperger, e o via mais distante que a sua mãe. Sua mãe foi quem o acolheu, e hoje vê que é difícil resgatar esse relacionamento, mais pela distância. “Eu só tenho memórias boas, não consigo nem lembrar de um momento ruim.” Lembra que teve um acompanhamento psicológico para entender também o que estava acontecendo consigo mesmo, e de já ter sido tratado como ansioso, tomava ansiolítico, mas não funcionavam, pois não era esse o problema, e isso durante a vida adulta. Assim como uma crise na qual a mãe o ligou se despedindo. Na infância o participante sente que seria importante ter tido algum tipo de acompanhamento, principalmente para auxiliar em seu próprio diagnóstico, e no lado de sua mãe, quem sabe seu pai teria compreendido mais, talvez se tivessem visto mais cedo, ele poderia conduzir um cuidado com ela como o faz hoje.</p>	<p>O participante acredita que seu relacionamento com a mãe não mudou, e tem uma compreensão que é filho, e não enfermeiro da mãe. Vê que por conta própria ela parou de fumar, há um ano atrás, fez o desmame do medicamento conversando com o médico. Sobre a experiência de viver com a mãe no período infanto-juvenil, vê como parte de sua criação, a ansiedade, o jeito ansioso. A influência que a convivência com a sua mãe levou para vida, é um pouco complicado no sentido de não saber o que é ansiedade derivada dessa convivência e o que é o Asperger. Relata nunca ter tido uma conversa com os pais a respeito, pois os comportamentos pareciam “normal”, o pai sempre foi agitado e a mãe sempre ansiosa, sempre pareceu mais como parte da personalidade de cada um. Hoje o participante vê como uma dificuldade dele em reconhecer o que é de seus pais, e o que é do transtorno.</p>	<p>Relata que a família não lidou com o transtorno, era amenizado. que seu pai tinha dificuldade em entender o que era o transtorno depressivo: “Ele só entendeu depois que minha mãe saiu totalmente da linha.” Relaciona isso com as vivências dos pais, em a transformaram em pessoas fortes, que nunca desistem, por terem passado fome aprenderam a não abaixar a cabeça, e por isso “também maquiou muita coisa.” As relações familiares no lado do pai, não houve muitas mudanças, por se tratar de uma família italiana, onde ser agitado é tido como “normalidade”. No caso de sua mãe, vê que suas tias e sua vó se afastaram dela por conta desses problemas, e talvez pela infância, por terem passado por dificuldades... sua mãe não fazia uso de medicações anteriormente, mas ele notava a relação que a mãe tinha com cigarro, principalmente quando voltou a estudar para ajudar o filho que tem Asperger. Teve uma intervenção médica, quando o participante não morava mais com os pais, mas nunca foi internada. O participante lembra que durante a intervenção médica, avaliando o quadro acreditava-se que era esquizofrenia, e como no momento já estava na universidade, o que auxiliou na descoberta do que estava causando.</p>

Fonte: Autoras da pesquisa (2020).

### **PARECER FINAL DO ORIENTADOR**

Trata o presente parecer da avaliação final do trabalho de conclusão de curso da Acadêmica Ana Fernanda Paz Leite com o título “**A convivência no período infanto-juvenil com um familiar com transtorno mental: repercussões, desdobramentos e contribuições para o cuidado**”. O conteúdo apresentado pela estudante traz contribuições importantes relacionados aos olhar atento que se faz necessário para crianças e adolescentes que convivem com o adoecimento mental de um familiar; a importância de que esta população precisa ser “vista” nos mais variados espaços nos quais transita a fim de que possam ser acolhidas e apoiadas diante de suas necessidades. Destaca-se igualmente a importância de inclusão da família no tratamento do paciente com transtorno mental, ampliando a possibilidade de acompanhamento de todos os membros do sistema familiar. Reforça a importância de atuação multi e interdisciplinar no cuidado ao paciente com transtorno mental e sua família.

A estudante desenvolveu o estudo com seriedade, sensibilidade e comportamento ético que permitem considerar a aquisição de competências importante na formação do enfermeiro. Diante da exposição de motivos acima sou de parecer favorável a aprovação do Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Ana Izabel Jatobá de Souza

Orientadora



