
SOFRIMENTO PSÍQUICO NA ADOLESCÊNCIA
PSYCHIC SUFFERING DURING ADOLESCENCE
SUFRIMIENTO PSÍQUICO EN LA ADOLESCENCIA

Marcia Manique Barreto Crivelatti¹, Solânia Durman², Lili Marlene Hofstatter³

¹ Enfermeira assistencial do Hospital Universitário de Cascavel, PR. Paraná, Brasil.

² Enfermeira. Mestre em Assistência de Enfermagem. Docente do Colegiado de Enfermagem na Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Cascavel, PR. Paraná, Brasil.

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Docente do Colegiado de Enfermagem da UNIOESTE, Campus de Cascavel, PR. Paraná, Brasil.

PALAVRAS - CHAVE: Adolescente. Depressão. Estresse psicológico. **RESUMO:** Esta é uma pesquisa qualitativa, descritiva, exploratória, realizada com 6 adolescentes, entre 12 e 18 anos, de ambos os sexos, com diagnóstico de depressão e em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial Infantil em Cascavel, PR. Teve como objetivo investigar os sentimentos dos adolescentes diante da patologia e o conhecimento que possuem sobre a doença. Para coleta dos dados foi utilizada a entrevista com 10 questões abertas e 2 fechadas. Evidenciou-se conhecimento fragmentado sobre a depressão, os quais definem por meio dos relatos como alterações comportamentais. O relacionamento familiar emergiu como temática complementar durante as entrevistas, uma vez que, o adolescente coexiste com muitos atritos familiares, que predispõe a depressão.

KEYWORDS: Adolescent. Depression. Psychological stress. **ABSTRACT:** This is a qualitative, descriptive and exploratory research performed on 6 adolescents, between the ages of 12 and 18 years, male and female, who had been diagnosed with depression and were being treated at the Centro de Atenção Psicossocial Infantil (Children's Center for the Psychic-Social Attention) in Cascavel, PR, Brazil. Its objective was to investigate the feelings the adolescents had for this pathology and their knowledge about the illness. An interview with 10 open and 2 closed questions was utilized. It was clear that there was fragmented knowledge about depression, which was defined by means of the reports as behavioral alterations. The family relationship emerged as the complementary theme during the interviews, since the adolescents coexist with many family attritions which predispose them to depression.

PALABRAS CLAVE: Adolescente. Depresión. Estrés psicológico. **RESUMEN:** El presente estudio es resultado de una investigación cualitativa, descriptiva, exploratoria, realizada con 6 adolescentes, entre 12 y 18 años, de ambos sexos, con diagnósticos de depresión, los cuales están en tratamiento en el Centro de Atención Psicossocial en la ciudad de Cascavel en el Estado de Paraná. El objetivo de este estudio fue investigar los sentimientos de los adolescentes, ante la patología y el conocimiento que tienen sobre la enfermedad. Para la recolección de los datos fue utilizada la entrevista con 10 preguntas abiertas y 2 cerradas. Se evidenció un conocimiento fragmentado sobre la depresión, definido por medio de los relatos, como alteraciones de comportamiento. La relación familiar emergió como temática complementar durante las entrevistas, ya que el adolescente coexiste con muchos roces familiares que predisponen a la depresión.

Endereço: Solânia Durman
R. Expedicionário, 722
85.807-420 - Jardim Maria Luiza, Cascavel, PR, Brasil.
E-mail: durman@terra.com.br

Artigo original: Pesquisa
Recebido em: 01/11/2006
Aprovação final: 18/05/2007

INTRODUÇÃO

Ao longo da história tem sido registrada a existência do sofrimento psíquico, sendo que na literatura mais antiga, este termo não era comumente usado. Encontramos descrições de doenças mentais, distúrbios mentais, transtornos mentais e até loucura, termos estes que rotulam e estigmatizam o portador de sofrimento psíquico.

Durante muitos anos acreditou-se que os adolescentes, assim como as crianças, não eram afetadas pela depressão, já que, supostamente esse grupo etário não tinha problemas vivenciais. Hoje, reconhecemos que adolescentes são tão suscetíveis à depressão quanto os adultos e que esta é um distúrbio que deve ser encarado seriamente em todas as faixas etárias. Nas últimas décadas observou-se aumento no número de casos de depressão na adolescência.

Os adolescentes se deparam com várias situações novas e pressões sociais, favorecendo condições próprias para que apresentem flutuações do humor e mudanças expressivas no comportamento. Alguns entretanto, mais sensíveis e sentimentais, podem desenvolver quadros francamente depressivos com notáveis sintomas de descontentamento, confusão, solidão, incompreensão e atitudes de rebeldia. Esse quadro pode indicar depressão, ainda que os sentimentos de tristeza não sejam os mais evidentes.¹

Todos os seres humanos estão familiarizados com as emoções de alegria e tristeza. “Os indivíduos saudáveis experimentam estas emoções de um modo previsível, geralmente uma resposta a um estímulo externo [...]. Estas emoções são vividas por indivíduos saudáveis até certo ponto e por um período de tempo apropriado à situação [...]. Os indivíduos que sofrem de depressão experimentam um grau profundo de tristeza aparentemente não relacionada com estímulos externos e por longo período”.^{2:202}

Depressão é uma reação à perda, a um evento que ocorreu no passado; tristeza e depressão podem estar associadas, apesar de possuírem muitas características comuns são sentimentos distintos. Em ambos observa-se a mesma angústia interna, a mesma perda de interesse num mundo seco, vazio, o mesmo isolamento das outras pessoas, a mesma solidão e o mesmo sentimento de vazio interior.³

Esta pesquisa teve como principais objetivos identificar os sentimentos dos adolescentes diante da depressão e seu conhecimento sobre a mesma, além de fornecer subsídio aos profissionais de

enfermagem de como identificar a depressão no adolescente, prestando assistência e encaminhando para serviço especializado.

REFERENCIAL TEÓRICO

O termo depressão, em seu contexto clínico, não se refere somente ao humor deprimido, mas sim ao complexo sindrômico caracterizado por alterações do humor, de psicomotricidade e por uma variedade de distúrbios somáticos e neurovegetativos. “[...] no diagnóstico da depressão levam-se em conta: sintomas psíquicos, fisiológicos e comportamentais”.^{4:15}

“Algumas crianças têm episódios de depressão que se parecem com depressão na idade adulta: choro, retraimento social, hipersensibilidade e problemas de conduta. Não está claro se estes episódios são uma manifestação precoce de transtorno afetivo primário”.^{5:24}

Consideram-se “sintomas aquelas manifestações do funcionamento psicológico que aparecem tanto na pessoa que os experimenta ou aos olhos do observador, como anormais”.^{3:238} São indesejáveis e causam sofrimento, surgem a partir de algum precipitador, permanecendo sob forma de sofrimento psíquico, ou seja, alteram o comportamento peculiar da pessoa, diferenciam-se dos seus traços de caráter.

Traços de caráter opostamente aos sintomas são “padrões habituais de comportamento que formam parte integral da estrutura psicológica do indivíduo”.^{3:238} Estes surgem muito cedo na vida do indivíduo e lhes dão características próprias, seu comportamento é aceito e desejado tanto por si mesmo como pela sociedade.

Para facilitar o reconhecimento do quadro depressivo na adolescência, recomenda-se a observação da presença de sintomatologia básica similar à utilizada no adulto.⁴ Tal como se descreve a seguir.

Humor depressivo: refere-se ao sentimento subjetivo da depressão, baseado na queixa verbal do sentimento depressivo, triste, infeliz, culpado, pesado.

Irritabilidade: refere-se a sentimentos subjetivos de irritação, raiva, mau humor, aborrecimento e reações desproporcionais aos eventos, levando-se em consideração a intensidade e duração deste sintoma.

Falta de reatividade: relacionada aos eventos ambientais.

Variação diurna de humor: considerada quando é persistente (ao menos uma semana), com a mudança de humor ocorrendo durante uma das

partes do dia, independentemente das alterações ambientais, com uma duração mínima de duas horas.

Culpa excessiva ou inapropriada: esses sentimentos, bem como os de auto-reprovação, devem ser avaliados, de acordo com a proporção entre sua intensidade e os mecanismos de punição utilizados.

Anedonia: falta de prazer e falta de interesse podem coexistir. Aborrecimento é um termo utilizado freqüentemente para referir essa falta de interesse, que vai se dirigir também a prazeres básicos, decorrentes da socialização e da atividade sexual. Não pode ser confundida com falta de oportunidade em fazer as coisas. Aqui, a pessoa não deseja engajar-se em nenhuma atividade, não chegando sequer a iniciá-las.

Fadiga: falta de energia e cansaço são sentimentos subjetivos detectáveis quando a pessoa não tem energia para fazer aquilo que deseja. Variação diurna de fadiga: que ocorre antes ou depois do almoço.

Agitação psicomotora: inclui incapacidade de ficar sentada, movimentos de dedos e de mãos, fala incessante, embora tenham que ser diferenciados de quadros ansiosos que podem, incorretamente, ser chamados de agitação.

Retardo psicomotor: visível nos movimentos, reações e linguagem lentificadas.

Insônia: dificuldade de iniciar ou manter o sono. **Hipersônia:** um aumento não usual do sono.

Anorexia, bulimia, baixo peso, perda ou ganho de peso: todos esses sintomas da esfera alimentar oral devem ser considerados comparativamente com a ingestão e a evolução usuais.

Pessimismo: detectável a partir do olhar negativamente a vida e seu futuro.

Ideação suicida: preocupação com pensamentos de morte ou suicídio e alucinações auditivas, através das quais ouve vozes que falam para matar-se ou sugerem métodos para tal. Número de atos suicidas.

Sintomas cognitivos: incluem incapacidade para concentrar-se, comprometimento do pensamento, incapacidade de tomar decisões, agressividade, crises de choro, medo, baixa estima.

Retraimento social, queixas psicossomáticas: o aparecimento desses sintomas varia de uma pessoa para outra, eles podem ocorrer isoladamente ou em conjunto, conforme o grau e a gravidade da depressão que o indivíduo está sofrendo.

Nos episódios típicos de cada um dos três graus de depressão: leve, moderado ou grave, o paciente

apresenta um rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Existe alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral à fadiga importante, mesmo após um esforço mínimo. Observam-se em geral problemas do sono e diminuição do apetite. Existe quase sempre uma diminuição da auto-estima e da autoconfiança e, freqüentemente, idéias de culpabilidade e ou de indignidade, mesmo nas formas leves.

O humor depressivo varia pouco de um dia para outro ou segundo as circunstâncias, e pode se acompanhar de sintomas ditos somáticos, por exemplo: perda de interesse ou prazer, despertar matinal precoce várias horas antes da hora habitual de despertar, agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora importante, agitação, perda de apetite, perda de peso e perda da libido. O número e a gravidade dos sintomas é que permitem determinar qual o grau do episódio depressivo.⁶

Na depressão leve, ocorrem pelo menos quatro dos sintomas básicos citados anteriormente, por um período de duas semanas, sem intensificação do quadro apresentado. A pessoa sofre com a presença destes sintomas, mas provavelmente será capaz de desempenhar a maior parte das atividades diárias.

Na depressão moderada, ocorrem pelo menos seis dos sintomas básicos associados à dificuldade para continuar desenvolvendo atividades rotineiras, também por um período mínimo de duas semanas. Nos episódios depressivos graves, estão presentes a maioria dos sintomas básicos sendo alguns de grande intensidade, apresentados por duas semanas consecutivas, podendo ser feito diagnóstico em tempo menor, nestes casos a pessoa é incapaz de continuar atividades sociais, laborativas e domésticas, apresentam alto risco para tentativas de suicídio ou suicídio. Presume-se que a síndrome somática quase sempre está presente na depressão grave.

As categorias de episódios depressivos leve, moderado e grave devem ser usadas somente para um episódio depressivo único ou o primeiro. Episódios depressivos posteriores são classificados como subdivisões do Transtorno Depressivo Recorrente.⁶

O Transtorno Depressivo Recorrente se caracteriza por repetidos episódios de depressão leve, moderada ou grave com ou sem sintomas somáticos. Também é classificado em: leve, moderado e grave, incluindo uma quarta categoria em que o episódio

depressivo é atípico, não se encaixando em nenhum dos casos anteriores.

Pacientes que apresentam Transtorno Depressivo Recorrente possuem grande risco de apresentar episódios de mania, o qual nunca desaparece, independente de quantos episódios depressivos ele tenha apresentado. Caso ocorra um episódio maníaco, o diagnóstico clínico muda para transtorno bipolar (alternância entre o estado depressivo e a mania).

METODOLOGIA

Esta é uma pesquisa qualitativa, exploratória, descritiva, realizada junto a adolescentes atendidos pelo Centro de Atendimento Psicossocial Infantil (CAPSI), no Município de Cascavel, PR.

A pesquisa exploratória “[...] tem como objetivos, desenvolver hipóteses, aumentar a familiaridade do pesquisador com um ambiente, [...] modificar e clarificar conceitos”.^{7:77} “[...] a pesquisa qualitativa preocupa-se com as ciências sociais, com o nível de realidade que não pode ser quantificado, [...] trabalha com atitudes”.^{8:21}

A amostra constituiu-se de 6 adolescentes com idade entre 12 e 18 anos, escolhidos conforme disponibilidade e presença destes no local estudado, durante o mês de agosto de 2004. Esta foi realizada somente com aqueles adolescentes cujos pais concordaram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências Biológicas da Saúde (CCBS) da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), sob o parecer 044/2004.

Como instrumento de coleta de dados utilizamos a entrevista semi-estruturada contendo 10 perguntas abertas e 2 fechadas.

A análise dos dados foi desenvolvida por etapas: organização dos dados coletados, leitura exaustiva dos mesmos, categorização dos conteúdos conforme temáticas propostas, interpretação e busca de validação das respostas. “[...] a análise de dados, permite que o trabalho monográfico ultrapasse o nível de simples compilação de textos, [...], permitindo um avanço do conhecimento científico”.^{9:160}

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os adolescentes entrevistados nesta pesquisa foram caracterizados quanto ao sexo, idade, raça,

escolaridade, renda familiar, tempo e tipo de tratamento. Intensivo: com atividades no local todos os dias da semana; semi-intensivo: com atividades três vezes por semana; não intensivo: com atividades apenas uma vez por semana.

O sexo feminino prevaleceu nesta população, sendo cinco meninas para um menino o que reforça as estatísticas que dizem que a depressão é um transtorno comum com prevalência entre as mulheres.¹⁰

Considerando a idade, a depressão entre adolescentes tem aumentado nas últimas décadas, neste sentido “[...] a idade na qual uma pessoa desenvolve um distúrbio mental representa um índice de sua tolerância à frustração ou ao conflito”.^{11:123}

Houve predomínio da raça branca (5 entrevistados) em relação à raça negra (um entrevistado). A escolaridade varia em função da idade, temos estudantes do ensino básico, fundamental e médio, sendo que a maioria (4 entrevistados) cursam o primeiro grau. Quatro dos entrevistados estão em tratamento há até 3 meses, e duas há mais de um ano.

A renda familiar variou entre 1 e 3 salários mínimos, baseados nisso, constatamos que estes adolescentes pertencem à famílias pobres, um fator que exerce forte influência sobre a saúde mental. Alguns pesquisadores consideram que a classe baixa da população tem maior risco para transtornos psiquiátricos porque enfrentam maiores problemas diários que a classe alta, têm menor poder de resolução destes problemas e com isso passam por prolongados períodos de estresse.¹²

Dentre os entrevistados, apenas um refere usar álcool esporadicamente. O uso de álcool pode funcionar como um método de lidar com os problemas de personalidade, de relacionamentos, problemas financeiros, enfim tudo o que contribuiu de alguma forma para o surgimento do sofrimento psíquico.¹¹

A partir da leitura e análise dos conteúdos das falas dos entrevistados, extraímos três categorias, sendo elas: percepção da doença; conhecimento sobre a doença e relacionamento familiar frente ao diagnóstico.

Diante da primeira temática – Percepção da doença – a percepção da depressão pelo adolescente ou por sua mãe ocorre sempre associada aos sintomas provocados pela doença e pelas alterações no comportamento em geral, como explicitam as seguintes falas.

Tinha muita fome, [...] muita vontade de dormir [...]
(Entr.1).

Não tinha vontade de brincar, [...] nem de ir pra escola, muita vontade de chorar [...] (Entr.2).

Comecei a ficar irritada, nervosa [...] (Entr.3).

Eu me trancava muito, comecei a ficar nervosa, agressiva (Entr.5).

Os sintomas apareceram no ano passado, minha mãe que viu, não tinha vontade de brincar, de jogar bola, de ir pra escola, muita vontade de chorar. Foi assim de repente, não sei porque (Entr. 2).

Eu não percebi que estava com depressão, foi minha mãe que percebeu, eu comecei a ficar irritada, nervosa, responder ela, coisas que eu não fazia antes, sempre fui calma. Ai minha mãe me levou no posto e de lá me encaminharam pra cá (Entr. 3).

Os discursos também revelam vários acontecimentos relacionados aos pais, irmãos e relacionamentos interpessoais com acentuado fator estressante na vida dos adolescentes.

Os auto-relatos das crianças/adolescentes e os sintomas de depressão referidos pelos pais tendem a ser variáveis, sendo que as crianças tipicamente focalizam os sintomas internos, incluindo as ideações suicidas, enquanto que os pais enfatizam os sintomas externos como os problemas comportamentais.⁴

Percebemos que grande parte dos adolescentes tem problemas que vão além das alterações fisiológicas, psicológicas e emocionais, e que não estão preparados para absorver e entender estes acontecimentos, sofrem fortes conseqüências do estresse ambiental e familiar que contribuem para a ocorrência de episódios depressivos.

Conhecimento sobre a doença

Torna-se nítida a falta de conhecimento sobre a doença, conforme depoimentos a seguir.

Não sei. Pra mim depressão é isso, essa vontade de comer e de dormir que eu sinto o dia inteiro [...] (Entr.1).

Não sei nada sobre a depressão [...] pra mim depressão é uma coisa boa (Entr.2).

Não sei te dizer o que é depressão, acho que é uma doença (Entr.3).

Eu não sei dizer ou explicar o que é depressão (Entr.4).

Os adolescentes tendem a considerar como depressão somente o sintoma, não têm conhecimento sobre o porquê destes sintomas. “[...] afirmam que, o grau de instrução exerce influência sobre a capacidade de uma pessoa de interagir com outros de modo eficaz, [...] as pessoas com um nível escolar abaixo

da oitava série são mais vulneráveis à demência que os sujeitos com segundo grau ou mais”^{12:156}

Esta ausência de conhecimento está relacionada ao desinteresse pelo tema, falta de orientação pela equipe de tratamento, incompreensão das alterações provocadas pela doença no organismo, não acesso à bibliografia específica, dificuldades em entender termos técnicos da área da saúde. A desinformação é um fator que influencia na adesão ao tratamento, predispondo o adolescente ao agravamento do seu quadro clínico.

Relacionamento familiar frente ao diagnóstico

Observamos que a maioria dos adolescentes vivem algum tipo de conflito familiar.

Sou muito nervosa em casa [...] minha mãe briga comigo também [...] (Entr.1).

Eu não gosto do meu padrasto [...] (Entr.2).

Meus pais são separados, [...] ele e minha mãe brigam, [...] ele tem outra família [...]. Tenho medo de perder minha mãe (Entr.3).

Há uns sete meses meu irmão se matou (Entr.4).

Não tenho contato com meu pai [...]. Moro só com a minha mãe, ela trabalha o dia todo [...] não gosto dos meus vizinhos, eles implicam comigo [...] (Entr.6).

A família constitui-se num sistema dentro do qual evoluem as fases de crescimento e desenvolvimento humano, ela é mediadora entre o indivíduo e a sociedade, é nela que o adolescente aprende a perceber o mundo e a situar-se nele.

A ausência dos pais contribui para o surgimento da depressão na medida que o adolescente não consegue elaborar os sentimentos de perda relacionados a esta separação. “O pai ausente priva os filhos de uma figura para identificação, [...] a perda de um ou do outro genitor precipita a ansiedade, a magoa ou a depressão”^{11:135}

Muitos conflitos familiares ocorrem porque a família acredita que as atitudes do adolescente são contra seus parentescos, interpretam a conduta do adolescente como de rebeldia e indisciplina, não percebem que este comportamento decorre da oposição aos princípios de vida respeitados no grupo. Os pais tendem a misturar tendências educacionais modernas e tradicionais, e acabam sendo contraditórios e confusos em suas atitudes deixando os adolescentes inseguros.

Mas isso nem sempre se dá de forma harmoniosa, o que vemos na realidade muitas vezes é o oposto,

pois os conflitos e os problemas dentro da organização familiar são muito comuns e geralmente esta falta de harmonia leva a problemas emocionais, ao abandono dos filhos, à saída de um dos membros da família e principalmente a transtornos mentais.¹³

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do desenvolvimento deste trabalho fomos compreendendo como ocorrem as mudanças características desta idade e como estas podem influenciar no surgimento do sofrimento psíquico, especialmente na depressão. Concordamos com o princípio de que esta é uma fase predileta para a eclosão de muitos transtornos mentais.¹

Quando falam sobre seus sentimentos, os adolescentes demonstram-se frágeis, solitários, incompreendidos, excluídos. Deixam bem claro que além das transformações fisiológicas, psicológicas e emocionais decorrentes desta idade, adotar também é uma atitude cultural, uma postura enquanto ser humano durante uma das fases de seu crescimento, na qual procuram refletir as expectativas da sociedade sobre as características do grupo. É portanto um papel social que não tem bem definido qual sua função na sociedade, o que gera no adolescente o sentimento de inutilidade, insegurança e confusão.

Alguns conflitos importantes podem aparecer durante a construção da identidade do adolescente. O rumo que ele dá para sua vida acaba tendo influências da sociedade, a qual cobra de cada pessoa um papel social o mais definitivo possível. Nesta fase onde a identidade do adolescente ainda não se completou fica difícil falar em papel social definitivo.

A adolescência, por ser um período particularmente rico em possibilidades desestabilizadoras, já que é um momento de definições diversas no campo sexual, profissional, familiar, lança questões que alguns jovens não têm condições de responder positivamente, determinando sofrimento psíquico e a eclosão de quadros psicopatológico.¹

Durante as entrevistas nas falas dos adolescentes, percebemos o conhecimento fragmentado sobre a depressão por meio do relato de sintomas da doença e alterações comportamentais. Acreditamos que este conhecimento elementar esteja relacionado ao desinteresse pelo tema, falta de orientação pela equipe de tratamento, incompreensão das alterações provocadas pela doença no organismo, não acesso à literatura específica e dificuldades em entender termos técnicos da área

da saúde. Este fator torna-se relevante tendo em vista que a desinformação influencia na adesão ao tratamento, predispondo o adolescente ao agravamento do seu quadro clínico e a recaídas.

Percebemos que o sexo feminino prevaleceu nesta população, sendo cinco meninas para um menino. Este dado corrobora as estatísticas que relatam que a depressão é um transtorno comum com prevalência entre as mulheres. Este aumento da prevalência durante a adolescência, principalmente em meninas deve-se provavelmente a fatores biológicos, psicossociais e cognitivos.¹⁴ Estes autores consideram que as meninas apresentam maior risco para desenvolver depressão porque antes mesmo da adolescência, elas são mais propensas a lidarem com os problemas de modo reflexivo e autoreferente que os meninos. Tendem a ser, mais preocupadas com a imagem corporal, sofrem maiores alterações hormonais, têm maior propensão a sofrerem abusos sexuais e experimentam maiores restrições na adaptação às regras sociais que os meninos.

Outro aspecto relevante levantado durante esta pesquisa é o fato de que as mães, mesmo as que trabalham fora, conhecem seus filhos adolescentes, reconhecem alterações comportamentais significativas e procuram dialogar com eles sobre estes problemas, oferecendo apoio e incentivando a procura pelo tratamento adequado.

Neste sentido, percebemos a necessidade e a importância da assistência educacional desenvolvida pela família e pelo meio, esta se torna imprescindível na determinação do equilíbrio intra e interindividual do organismo que se desenvolve física e mentalmente.

O relacionamento familiar emergiu como temática complementar durante as entrevistas, visto que o adolescente convive com uma série de conflitos familiares. As circunstâncias que envolvem conflitos, desentendimentos e brigas são absolutamente naturais nessa fase da vida e não há benefícios fugindo-se delas. Porém, se estas reações vivenciais exageradas ou desproporcionais aos fatos persistirem, acabam sendo prejudiciais ao adolescente.

A família pode ser complexa em sua estrutura, composição e função, não escapa em vivenciar conflitos múltiplos ao longo de seu ciclo vital. Enquanto isto existe, está sujeita a transformações, necessitando muitas vezes, redimensionar-se em suas posturas diante das diversas realidades e adversidades as quais são submetidas, na busca de superação e equilíbrio.¹⁵

Muitos conflitos familiares ocorrem porque a família acredita que as atitudes do adolescente são contra seus parentes, interpretam a conduta do adolescente como de rebeldia e indisciplina, não percebem que este comportamento decorre da oposição aos princípios de vida respeitados no grupo familiar.

Além disso, percebemos que a desestruturação da família passa pelo tempo que os pais têm ao lado dos filhos, estes vivem solitários, não têm com quem conversar, não possuem amigos para partilhar seus medos e suas emoções, ao mesmo tempo não sabem como lidar com este tipo de situação.

Sendo assim, os adolescentes se encontram imersos num mundo de ambigüidades e contradições. Entre as pulsões para abraçar o mundo, passando por cima de tudo e de todos, como também momentos de depressão e frustração. O adolescente se ressentido da falta de liberdade e autonomia dos adultos e, ao mesmo tempo, não pode usufruir da irresponsabilidade da infância.¹

Evidenciamos que muitos fatores contribuem para o surgimento da depressão na adolescência como conflitos familiares, situação socioeconômica, sexualidade, falta de conhecimento, solidão, perdas. Porém, percebemos que a própria família consegue identificar esta doença em seu meio, seja pelos sintomas ou pela verbalização dos sentimentos do adolescente, este é um aspecto positivo no sentido de que a família estruturada ou não, está indo em busca de ajuda profissional, rompendo com os preconceitos em relação ao tratamento psiquiátrico.

Não poderíamos deixar de tecer alguns comentários sobre a desinformação da equipe que lida com adolescentes, em relação aos sinais e sintomas da depressão, bem como sobre seu tratamento. Sabe-se que nesta fase da vida o adolescente apresenta inúmeras contradições, desejos, assim como rivalidades com tudo e com todos, porém a equipe que o atende, não importa em que instituição, deve olhá-lo como um indivíduo que pode apresentar algum distúrbio independente da fase em que está vivendo.

Percebemos que o enfermeiro pode centralizar suas ações tanto na prevenção como no tratamento, exercendo sua função de educador e prestando assistência de enfermagem, individualmente ou como

membro de uma equipe interdisciplinar, buscando auxiliar no diagnóstico e tratamento precoce.

REFERÊNCIAS

- 1 Ballone GJ. Depressão. Psiqweb; 2003 [acesso em 2004 Maio 08]. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/deptexto.html>
- 2 Taylor CM. Manual de enfermagem psiquiátrica de Mereness. 13a ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1992.
- 3 Nemiah JC. Fundamentos da psicopatologia. 3a ed. Rio de Janeiro (RJ): Zahar Ed; 1981.
- 4 Lafer B, Almeida OP, Fragas Junior R, Miguel EC. Depressão no ciclo da vida. Porto Alegre (RS): Artmed; 2000.
- 5 Guze SB, Goodwin DW. Diagnóstico da doença mental. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1981.
- 6 Organização Mundial da Saúde. CID-10: classificação de transtornos mentais e de comportamento, descrição clínica e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1993.
- 7 Lakatos EM, Marconi MA. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragem e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. 3a ed. São Paulo (SP): Atlas; 1996.
- 8 Minayo MC, organizador. Teoria, método e criatividade. 21a ed. Rio de Janeiro (RJ): Ed. Vozes; 2002.
- 9 Carvalho MCM, organizador. Construindo o saber: metodologia científica, fundamentos e técnicas. 4a ed. Campinas (SP): Papirus; 1994.
- 10 Cardoso M, Luz RL. Depressão: a luta contra a doença da alma. Rev. Veja 1999 Mar 31; 1591 ed. 32 (13): 94-1001.
- 11 Kolb MD. Psiquiatria clínica. 9a ed. Rio de Janeiro (RJ): Interamericana; 1976.
- 12 Stuart GW, Laraia MT. Enfermagem psiquiátrica: princípios e práticas. 6a ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2001.
- 13 Waidman MAP, Jouclas VMG, Stefanelli MC. Família e doença mental. Rev. Grupo Família Saúde Desenvol. 1999 Jan-Dez; 1(1/2): 27-31.
- 14 Versiani M, Reis R, Figueira I. Diagnóstico do transtorno depressivo na infância e adolescência. Jor Brasil. Psiq. 2000 Dez; 49: 358-74.
- 15 Macedo VCD, Monteiro RM. Educação e saúde mental na família: experiência com grupos vivenciais. Texto Contexto Enferm. 2006 Abr-Jun; 15 (2): 222-30.