

DEPRESSÃO NA ADOLESCÊNCIA: DO RECONHECIMENTO DO ADOECIMENTO AOS CUIDADOS NA FAMÍLIA

ADOLESCENT DEPRESSION: FROM RECOGNIZING ILLNESS TO FAMILY CARE

Thais Carvalho dos Santos

Doutoranda e mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio).
Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental (PUC-Rio). Professora horista na
Universidade Augusto Motta.

Andrea Seixas Magalhães

Doutora em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio). Professora
associada do Departamento de Psicologia da PUC-Rio.

Mariana Gouvêa Matos

³Doutora em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio). Pós-
doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da PUC-Rio.

Resumo

Este artigo é fruto de uma pesquisa mais ampla acerca do impacto da depressão do filho(a) adolescente na família e tem como objetivo discutir as estratégias familiares para lidar com o sofrimento emocional. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, na qual foram realizadas sete entrevistas com mães de adolescentes que receberam o diagnóstico de depressão. Os resultados apontam para a dificuldade das mães de diferenciarem a crise normal e depressão na adolescência, bem como para a sobrecarga emocional e instrumental que cuidar do filho adolescente acarreta. Conclui-se que há grande precariedade na divulgação de informações sobre saúde mental do adolescente para a população. Sendo assim, os cuidadores dos adolescentes apresentam grande dificuldade na identificação do transtorno, bem como no exercício do cuidado ao adolescente deprimido.

Palavras chave: adolescência; depressão; família; saúde mental.

Abstract

This article is the result of a broader investigation into the impact of adolescent depression on the family and aims to discuss family strategies for coping with emotional distress. It is a qualitative study involving seven interviews with mothers of teenagers diagnosed with depression. The findings indicate the difficulty mothers face in distinguishing between normal teenage crises and depression, as well as the emotional and instrumental burden of caring for a depressed adolescent. It is concluded that there is a lack of health information for the general population. Consequently, caregivers of teenagers struggle significantly in identifying the disorder and providing adequate care for depressed adolescents.

Keywords: adolescence; depression; family; mental health.

Introdução

A adolescência pode ser vista como um fenômeno biopsicossocial, no qual o elemento psicológico é influenciado pela sociedade (Kalina, 1999). A adolescência corresponde à fase de descoberta dos próprios limites, de refutar os valores e normas familiares, além da profunda adesão aos valores do grupo de amigos. É, ainda, um período de rupturas e descobertas, uma etapa marcada pela necessidade de integração social, pela busca da independência e pela definição mais clara da identidade sexual (Silva & Mattos, 2004).

Pode-se dizer que a adolescência é um evento previsível que gera um grande impacto no sistema familiar, sendo considerada como um período importante de crise (Kalina, 1999; Tallón *et al.*, 1999). É encarada, ainda, como uma fase do ciclo de vida familiar que apresenta aspectos particulares e que envolve todos os membros familiares (Carter & McGoldrick, 1995).

Silva e Matos (2004) pontuam que a adolescência é uma fase de transição do sujeito - da infância para a idade adulta -, que evolui de uma condição de dependência até a condição de autonomia. Essa crise pode, ainda, ser vista como um modo de lidar com uma demanda paradoxal de autonomia: ao mesmo tempo em que se espera que o adolescente seja autônomo, não se permite que ele faça o que bem entende, o que o obriga a seguir certas normas.

É importante ressaltar que a adolescência é considerada uma etapa de grande vulnerabilidade e transformações. Durante essa fase do desenvolvimento muitos sujeitos adoecem psicologicamente. A depressão é uma das possibilidades diagnósticas, que vem sendo cada vez mais comum entre os adolescentes nos dias de hoje (Melo *et al.*, 2017; Ramos *et al.*, 2018; Organização Mundial da Saúde, 2020; Pasini *et al.*, 2020). Muitas vezes, a família percebe as atitudes patológicas do adolescente como rebeldia e indisciplina (Crivellati *et al.*, 2006), e não como sintomas.

Na adolescência o sujeito busca uma nova identidade. No entanto, esse período de buscas, transformações e descobertas pode ser extremamente difícil. É comum que o adolescente vivencie momentos de sofrimento, solidão, isolamento, dúvidas, ansiedade e confusão. Além disso, é

esperado que existam oscilações de humor, bem como o sentimento de luto pela infância perdida, comportamentos antissociais, busca de aceitação no grupo de pares e resistência às autoridades (Lepre, 2003; Amaral *et al.*, 2020).

As transformações que ocorrem na adolescência repercutem na construção do autoconceito e da autoestima. Essa etapa é caracterizada pelo aumento de responsabilidades sociais, familiares e profissionais. Além de ser considerada como um período de aprendizagem de normas, conceitos sociais e morais, é também uma fase de experimentação dos limites. As modificações pelas quais o adolescente passa podem causar sensações de desconforto e estranhamento tanto em relação à autoimagem quanto ao mundo em sua volta (Pasini *et al.*, 2020).

A adolescência é marcada por mudanças e transições que afetam os aspectos físicos, sexuais, cognitivos e emocionais (Ribeiro *et al.*, 2010). Os adolescentes se deparam com inúmeras situações novas e pressões sociais, condições próprias para que apresentem flutuações do humor e mudanças expressivas no comportamento (Cavalcanti *et al.*, 2020). Nesse sentido, Pasini *et al.* (2020) afirmam que essa etapa propicia maior fragilidade, o que pode levar ao desenvolvimento de transtornos psicológicos, como a depressão. Os autores apontam, ainda, para a importância da expansão de políticas públicas que visem auxiliar os sujeitos ao longo dessa etapa tão importante e difícil.

A depressão é um transtorno que acomete pessoas de todas as faixas etárias. No entanto, os adolescentes são considerados grupo de maior vulnerabilidade para o transtorno, tendo em vista as diversas transformações físicas, mentais, sociais e emocionais que vivenciam nessa etapa do desenvolvimento (Melo *et al.*, 2017). A depressão na adolescência deve ser considerada um problema de saúde pública, tendo em vista sua grande prevalência na população mundial, bem como a probabilidade de duração e recorrência do transtorno (Ramos *et al.*, 2018).

Segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - CID-10 (1994) - os principais sintomas da depressão são: humor deprimido, perda de interesse e prazer, energia reduzida, levando a

uma fatigabilidade aumentada e atividade diminuída. O humor rebaixado quase não varia de dia para dia e, frequentemente, não é uma resposta às circunstâncias que ocorrem na vida. Outros sintomas comuns são: concentração e atenção reduzidas, autoestima e autoconfiança reduzidas, ideias de culpa e inutilidade, visões desoladas e pessimistas do futuro, ideias ou atos autolesivos ou suicídio, sono perturbado e apetite diminuído. A duração dos sintomas deve ser de no mínimo duas semanas para que o diagnóstico possa ser feito. Porém, se os sintomas forem graves e de início rápido, o diagnóstico pode ser feito antes.

Essas manifestações devem comprometer o desempenho do sujeito em suas atividades sociais, laborativas ou domésticas e não podem ser explicadas pelo uso de substâncias químicas ou por causa ambiental clara, como o luto, por exemplo. Dalgalarrondo (2019) acrescenta que, nos quadros depressivos mais graves, é comum que o sujeito fixe sua atenção em certos temas, como a concentração em conteúdos de fracasso, culpa, pecado, ruína, etc. Assim, o baixo desempenho em tarefas atencionais parece ser proporcional à gravidade do estado depressivo.

A depressão é multifatorial e não existe uma única explicação para o aparecimento do transtorno em um adolescente. É importante pontuar que nem sempre o adolescente deprimido se apresenta com humor triste. Ramos *et al.* (2018) afirmam que a depressão se apresenta de maneira singular na adolescência: muitas vezes, por meio de humor irritável e instável, e explosões de raiva.

É de suma importância que o adolescente seja diagnosticado precocemente e receba o tratamento adequado, pois um quadro depressivo pode evoluir para um suicídio. Portanto, mudanças no humor e no comportamento do adolescente devem ser analisadas (Pasine *et al.*, 2020). Pasine *et al.* (2020) escrevem, ainda, o excesso de tristeza, desânimo, isolamento, falta de apoio familiar, sentimento de culpa e baixa autoestima como possíveis indicadores de um adoecimento psíquico no adolescente.

É comum que as famílias não enxerguem o adoecimento do adolescente, bem como a necessidade de ajuda-lo, o que pode gerar danos ao jovem que pode chegar ao suicídio, no caso

da depressão (Magnani & Staudt, 2018). Ferreira *et al.* (2013) relatam que é natural que as famílias apresentem dificuldade no enfrentamento de situações que desestabilizam o funcionamento familiar e que afetam a sua homeostase.

Segundo a Pan American Health Organization (PAHO) (2018), a depressão é a nona causa de doença e incapacidade entre os adolescentes no mundo. Os dados apontam, ainda, que o suicídio, muitas vezes relacionados ao quadro depressivo, é a terceira maior causa de morte entre adolescentes de 15 a 25 no continente americano, perdendo apenas para homicídios e mortes causadas no trânsito. A World Health Organization (2014) apontou a depressão como principal fator de incapacidade na adolescência.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) (2020), por sua vez, aponta que a depressão é considerada uma das principais causas de incapacidade no mundo, sendo um transtorno mental muito frequente que acomete mais de 264 milhões de pessoas no mundo e que pode se tornar uma condição de saúde crítica e, nos casos mais graves, levar ao suicídio. Ainda segundo a instituição, a cada ano, morrem, aproximadamente, 800 mil pessoas por suicídio atribuído à depressão, sendo essa a segunda maior causa de morte de pessoas com idades entre 15 e 29 anos. Sendo assim, a depressão deve ser vista como um problema de saúde pública (Fernandes *et al.*, 2018).

Segundo Bahls (2002), o índice de suicídio é maior em jovens deprimidos do que em adultos. Tais dados sugerem que a adolescência pode ser considerada etapa de maior vulnerabilidade. Estudos recentes (Organização Pan-Americana da Saúde, 2017; Amâncio *et al.*, 2021) apontam que a depressão, bem como o isolamento social e as ideações ou tentativas de suicídio, são as principais causas que levam os adolescentes brasileiros a buscarem os serviços de saúde, seguidos das violências físicas e sexuais e abuso de álcool. Sendo assim, fica evidente que a depressão e sua sintomatologia afetam sobremaneira a sociedade, precisando, portanto, de atenção especial.

O Manual Diagnóstico e Estatísticos Mentais – DSM-5 (2014) nomeia como autolesão não suicida o ato de agredir intencionalmente o próprio corpo sem o objetivo de colocar fim na própria

vida. Nesse sentido, Batista *et al.* (2020) também afirmam que os comportamentos autolesivos costumam ser uma resposta disfuncional para dificuldade de lidar com conflitos e emoções desagradáveis. Segundo Fonseca *et al.* (2018), as automutilações costumam ser mais frequentes na adolescência, tendo em vista que esse período do desenvolvimento tende a ser mais repleto de vulnerabilidades e instabilidades.

Silva e Dias (2019) também enxergam a automutilação como sintoma do mal-estar contemporâneo, uma maneira de o adolescente expressar suas inquietudes, angustias, inadequações, desamparo e sensação de vazio. São comportamentos de risco, que podem gerar prejuízos significativos e deixar marcas profundas não apenas nos adolescentes que cometem esses atos, mas também nas suas famílias (Colau *et al.*, 2022; Batista *et al.*, 2020). Apesar de esses comportamentos entre os adolescentes terem se tornado cada vez mais frequentes, sobretudo nos contextos escolar e da clínica, ainda há uma precariedade de literatura nacional acerca do tema (Batista *et al.*, 2020).

Ainda sobre os CALs, é importante destacar que eles podem ser importantes preditores de tentativas de suicídio, sobretudo quando esses comportamentos são recorrentes (Ferreira, 2016; Cardoso, 2016). Sendo assim, os comportamentos autolesivos devem receber atenção e precisam ser vistos com seriedade, a fim de que seja possível prevenir maiores complicações e a substituição desse comportamento de risco para o suicídio (Chaves *et al.*, 2019).

É no contexto familiar, sobretudo, que o adolescente se desenvolve e é nesse contexto, ainda, que ele permanece por um período que tem se tornado cada vez mais extenso. A adolescência não afeta somente o sujeito que a vivencia, mas também as pessoas que convivem diretamente com o adolescente. Os familiares, devido ao convívio mais intenso, são afetados visto que a família não é apenas a soma dos membros que a constituem, mas um sistema no qual os membros estão diretamente ligados. A modificação de um elemento familiar leva à modificação do todo (Pratta & Santos, 2007). A adolescência não é, portanto, um momento difícil e doloroso apenas para o sujeito, mas para toda a unidade familiar.

Lima e Campos (2018) verificaram que os pais entrevistados por eles apresentaram dificuldades em exercer os cuidados necessários ao filho deprimido por perceberem o transtorno como algo ameaçador e problemático. Portanto, falar sobre a depressão era difícil, tendo em vista que os colocava em contato com sentimentos de fracasso e desesperança com relação ao adoecimento do filho. Acessar a vulnerabilidade emocional dos filhos, de certa forma, colocava os pais em contato com suas próprias vulnerabilidades, o que tendia a ser desconfortável para esses cuidadores (Lima & Campos, 2018).

Radovic *et al.* (2015), em pesquisa na qual também entrevistaram pais de adolescentes deprimidos, constataram que a dificuldade dos pais de aceitarem o diagnóstico dos filhos e a desarmonia familiar, que pode ser uma consequência da depressão, tendem a atrapalhar sobremaneira o tratamento dos adolescentes. Sendo assim, ressaltam a importância de se olhar atentamente para a família a fim de que se tenha eficácia no tratamento da depressão do filho adolescente, tendo em vista que a não aceitação do transtorno ou a própria falta de conhecimento acerca do assunto pode levar a uma demora maior na busca por ajuda profissional e acabar agravando o quadro de depressão.

A falta de conhecimento acerca do transtorno e a angústia de não saber lidar com o filho deprimido causam ansiedade nos cuidadores, que acabam se sentindo desconfortáveis para cuidar desse adolescente que demanda cuidados específicos (Radovic *et al.*, 2015). Lima e Campos (2018), ao entrevistarem pais de adolescentes deprimidos, encontraram essa falta de entendimento aprofundado a respeito da depressão e de qual a melhor forma de cuidar do filho adoecido, bem como a culpa que sentem. Esses pais relataram também angústia, preocupação e despreparo, e pôde-se perceber que esses sentimentos causavam instabilidade emocional na família.

A sobrecarga familiar pode ser explicada pelo impacto que o transtorno mental causa no meio familiar. Esse impacto na vida dos cuidadores envolve aspectos financeiros, práticos e emocionais (Melman, 2002). Borges *et al.* (2017) discorrem acerca da possibilidade de essa sobrecarga ser

observável, como por exemplo, os gastos com o transtorno psiquiátrico, a desestruturação da rotina familiar, com alterações de tarefas e a perda financeira decorrente do adoecimento do membro cuidado. Ao mesmo tempo, eles apontam a possibilidade de essa sobrecarga ser subjetiva, quando se trata da sobrecarga emocional que envolve o cuidar de alguém.

Vicente *et al.* (2016) também apontaram que o enfrentamento da depressão do filho adolescente exige muito investimento da família. Os autores citam a necessidade de uma maior disponibilidade de tempo, maior investimento emocional nos cuidados com o filho, reorganização das finanças, alteração na divisão de tarefas e empenho na reorganização da vida como pontos importantes a fim de a família ultrapassar essa etapa difícil que é a depressão do adolescente.

Muitos pais se sentem angustiados ao se depararem com o filho em um episódio depressivo. Alguns afirmam não reconhecerem o próprio filho com depressão, tamanha a mudança no comportamento do adolescente (Lima & Campos, 2018). A depressão costuma gerar intensa agressividade nos adolescentes, o que acaba acarretando conflitos familiares (Lima & Campos, 2018). Essa agressividade nos adolescentes com depressão, foi, segundo os pais entrevistados por Lima e Campos (2018), um dos causadores da dificuldade de cuidar de um filho deprimido.

Stapley *et al.* (2016) afirmam que os pais de adolescentes deprimidos relatam suas experiên-

cias como angustiantes. Os autores perceberam instabilidade emocional nos pais proveniente da sobrecarga no cuidado com seus filhos, tendo em vista que esse cuidar tende a ser uma estressante e turbulenta vivência emocional. A solidão dos cuidadores que não possuem suporte, tanto do outro cônjuge quanto de outras fontes de apoio, é um desafio significativo, que acarreta em sentimentos de desamparo e impotência (Vasileiou *et al.*, 2017). Assim, a partir de uma investigação mais ampla acerca do impacto da depressão do filho(a) adolescente na família, que é explicitado pela sobrecarga emocional e instrumental, o presente trabalho tem por objetivo discutir as estratégias familiares para lidar com o sofrimento emocional.

Método

Participantes

Nesta pesquisa foram realizadas 7 entrevistas com mães de adolescentes deprimidos que receberam o diagnóstico há no mínimo um ano e no máximo quatro anos. Os adolescentes foram diagnosticados quando tinham entre 15 e 17 anos. Inicialmente buscamos entrevistar mães e pais desses adolescentes. No entanto, apenas um pai se disponibilizou e realizou a entrevista. Sendo assim, essa entrevista foi descartada a fim de garantir homogeneidade no grupo de participantes. Todas as participantes residem no Rio de Janeiro e pertencem às classes C e D da população (ABEP, 2015).

Tabela 1
Informações das participantes

Mãe	Profissão	Configuração familiar	Idade em que o(a) adolescente foi diagnosticado(a)	Escolaridade materna
Ana	Professora En. Fund. escola particular	Separada	15 anos	En. Superior
Luciana	Professora En. Fund. do município	Casada	15 anos	En. Superior
Rafaela	Arquiteta autônoma	Separada	16 anos	En. Superior

Tereza	Fiscal de caixa de mercado	Casada	17 anos	En. Médio
Valéria	Secretária		15 anos	En. Médio
Vânia	Atendente de farmácia	Casada	17 anos	En. Médio
Heloísa	Representante comercial	Separada	16 anos	En. Médio

Procedimentos

Foram realizadas entrevistas com roteiro oculto semiestruturado elaborado pela pesquisadora a partir do referencial teórico estudado. Os participantes foram contactados por meio de rede social. As entrevistas foram realizadas na modalidade online por meio da plataforma *Microsoft Teams* e tiveram a duração média de uma hora. As entrevistas foram gravadas com o consentimento do participante e, posteriormente, transcritas em sua íntegra, a fim de terem seus conteúdos analisados *a posteriori*. A fim de que a identidade dos participantes fosse preservada, foram atribuídos nomes fictícios. O projeto teve aprovação da Plataforma Brasil (Parecer 5.754.661). As mães entrevistadas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) informando que estavam de acordo com a participação na pesquisa.

Análise de dados

Este estudo faz parte de uma pesquisa mais ampla acerca do impacto da depressão do filho(a) adolescente na família de origem. O método utilizado para analisar as entrevistas foi o de análise de conteúdo (Bardin, 2016). Da análise das entrevistas realizadas, emergiram quatro categorias: *Reconhecimento da depressão*; *Cuidar de um filho com depressão*; *Sofrimento materno*; *Suporte familiar*. Para atingir o objetivo do presente artigo, serão discutidas as categorias: *Reconhecimento da depressão*; *Cuidar de um filho com depressão*. As demais categorias são discutidas em outro artigo.

Resultado e discussão

Reconhecimento da depressão

As mães participantes do estudo relataram dificuldade no reconhecimento da depressão dos filhos adolescentes. Tendo em vista que alguns sintomas depressivos podem ser confundidos com comportamentos esperados por parte dos adolescentes, é comum que os adultos responsáveis pelos jovens tenham dificuldade na diferenciação entre a crise normal da adolescência e a depressão. Nos relatos pudemos perceber a dificuldade de identificação e diferenciação dos sintomas depressivos.

Eu acho que a depressão, principalmente na adolescência, confunde muito os pais, entendeu? Eu acho que os pais demoram a descobrir, a procurar um tratamento, porque é uma trança, né? Os hormônios estão ali a flor da pele, né? Muita mudança. E aí a gente confunde, a gente acha que isso faz parte dessa transição, né? (Luciana)

Conforme apontado por Amaral *et al.* (2020) e Cavalcanti *et al.* (2020), a adolescência é considerada uma fase de transformações, descobertas e novos comportamentos. Os autores apontam para o isolamento, a confusão e as oscilações de humor como características comuns dessa etapa. No entanto, esses também podem ser sinais característicos da depressão. Logo, algumas mães tiveram dificuldade de fazer essa diferenciação e de percebê-los como algo indicativo de um transtorno.

Uma mudança drástica de comportamento. Ele passou a ficar mais introvertido, perdeu o interesse nas coisas. Passou a interagir menos. É... um desânimo permanente, com flechas de ânimo de vontade de fazer as coisas. E diferenciar isso de um adolescente normal, emburrado, mal-humorado, para adolescente depressivo, que precisa de tratamento (...). Eu não sei se eu não quis ver os fatos ou se foi essa coisa confusa de que toda adolescente é assim, mas eu sei que para mim foi uma surpresa, muito ruim (Rafaela).

Olha, é ali ó, é ali um, um milimetrozinho, que separa uma coisa da outra. Então assim, se você não estiver muito, muito atento, você não percebe. Porque ele sempre foi muito reservado, desde muito, desde bebezinho, desde muito novinho, né. Ele era muito na dele, muito compreensivo. (Tereza).

Eu pensei até que fosse assim, ah, 17, está ficando mais maduro, está ficando mais sério... Eu imaginei que fosse isso, tanto que nem procurei ajuda, nada. Pensei que era dele mesmo, né? Então eu não sabia, pra mim ele estava bem no mundinho dele, ou então porque estava ficando, né, mais velho, os anos foram se passando, mais maduro... e estava vivendo o mundo dele, entendeu? (Heloísa)

Conforme exposto por Radovic *et al.* (2015) e Lima e Campos (2018), a falta de conhecimento sobre a depressão acaba influenciando negativamente no cuidado dos adolescentes deprimidos. Observamos no discurso das mulheres entrevistadas por nós que a falta de conhecimento não apenas dificultou o cuidado, mas também esse reconhecimento inicial do transtorno e a busca mais precoce por tratamento.

Mas, achava sempre que era coisa passageira, sabe? E, a gente, quando é leigo, muitas vezes, é, a mãe se pega achando que é corpo mole. Não quer levantar da cama porque não quer estudar. Não quero levantar da cama porque é preguiçoso, não faz as coisas porque não quer (Vânia).

Tendo em vista que Vânia não tinha conhecimentos mais profundos e profissionais acerca da depressão, interpretou os sintomas depressivos da filha como algo passageiro. A falta de energia para atividades rotineiras é considerada um sintoma esperado em pessoas deprimidas (CID-10, 1994). No entanto, por não ter esse conhecimento, ela percebeu os comportamentos da filha como preguiça.

Além dessa dificuldade apresentada pelas mães para diferenciarem o que era próprio da adolescência do que era sintoma depressivo nas oscilações no humor e mudanças no comportamento do filho, outro fator se apresentou como um dificultador do reconhecimento da depressão do filho adolescente: a agressividade. A agressividade é uma característica comum e mais específica da depressão na adolescência (Lima e Campos, 2018; Ramos *et al.*, 2018). No entanto, o senso comum entende a depressão apenas como o humor triste, o que prejudica ainda mais o reconhecimento do transtorno, por pessoas leigas, quando a predominância é da irritabilidade.

Eu não sei se tem outros graus de depressão e outro, outro tipo, né, da pessoa ser diferente, a minha filha era, ela parece um vulcão. Na depressão, ela não ficava encolhidinha, deitadinha num cantinho, triste, chorando, não, ela era agressiva, entendeu? (Valéria)

A fala de Valéria revela o desconhecimento acerca da depressão, sobretudo da depressão na adolescência, que possui características mais específicas, conforme Ramos *et al.* (2018) apontaram. A entrevistada demonstrou confusão e dificuldade para entender que os comportamentos agressivos e difíceis da filha eram sintomas da dificuldade emocional que estava vivenciando por conta da depressão.

Por fim, podemos afirmar que as entrevistas por nós realizadas corroboraram os estudos de Radovic *et al.* (2015) e de Lima e Campos (2018) no que diz respeito à dificuldade na identificação, por parte dos cuidadores, do transtorno depressivo na adolescência, tendo em vista que essa é uma etapa complexa e de grandes transformações e crises, e que os sintomas do transtorno podem se assemelhar.

Todavia, é de suma importância que essas mães não sejam responsabilizadas pela falta de conhecimento, a fim de que não aumentem a culpa que já sentem pelo adoecimento dos(as) filhos(as). O conhecimento sobre a depressão e aos transtornos mentais no geral não chega de maneira profissional, séria e simplificada a toda população. Portanto, por não possuírem conhecimento mais aprofundado do transtorno, é compreensível que essas mães tenham demorado um pouco mais na busca de tratamento profissional para seus filhos.

Cuidar de um(a) filho(a) com depressão

Nos relatos das mães ficou explícita a existência de sobrecarga emocional e instrumental ao cuidar de um filho com depressão. A sobrecarga emocional pôde ser observada no sofrimento materno. A instrumental, por sua vez, foi explicitada através do impacto da depressão de seus filhos nas vidas profissionais destas mães. O excesso de preocupação com o filho durante a jornada laboral, a diminuição da carga de trabalho para cuidar do filho e, ainda, a dificuldade de sair para o trabalho devido ao receio de deixar o filho sozinho também foram dificuldades apontadas pelas entrevistadas.

É importante contextualizar que quatro das sete mulheres entrevistadas são separadas dos pais dos adolescentes. Esses pais, por sua vez, abandonaram as mulheres e seus filhos, não participando da vida deles. Apenas um deles voltou a se fazer presente no período da depressão da filha. Sendo assim, essas mães sustentam e cuidam desses adolescentes deprimidos sozinhas, o que ocasionou intensa sobrecarga nas entrevistadas. Sobrecarga essa que também pode explicar a dificuldade que foi, para essas mães, cuidar de um filho adolescente.

Apesar de três mães serem casadas com os pais de seus filhos e, portanto, eles estarem fisicamente presente na vida dos adolescentes, as entrevistadas relataram que esses pais não tinham o hábito de conversar com seus filhos(as). Portanto, todas as mães entrevistadas, de alguma forma, se sentiam as únicas responsáveis emocionais pelos(as) adolescentes deprimidos.

Eu só vivia chorando quando eu falava da situação. Eu chorava e parecia que eu ia morrer. Isso daqui meu ficava... Eu não via solução, eu não via solução. Eu... Eu só pensava naquilo, eu só ficava focada naquilo. Eu não conseguia fazer outras coisas (Ana).

Olha, as lágrimas querem até saltar dos olhos, né, porque foi muito difícil, é muito difícil, é muito difícil. (...) Então, assim, é muito difícil, doloroso demais, demais, demais. (...) Ainda mais assim, você ter uma filha com todo brilho, com toda alegria e, de repente, você vê um ser ali na tua frente, do teu lado, que você não conhece. (...) A gente, a família inteira, sofre... E, assim, nossa, foi, foi muito sofrido para a gente, foi muito sofrido mesmo (Luciana).

Conforme Stapley et al. (2016) e Lima e Campos (2018) apontaram, a experiência de cuidar de um filho com depressão causa sofrimento e angústia na família. As nossas entrevistas corroboraram esse achado, como é possível observar no discurso de Ana e Luciana, que se encontravam em grande sofrimento decorrente do adoecimento do(a) filho(a) deprimido(a). Assim como os autores, também verificamos instabilidade emocional nessas cuidadoras, bem como a experiência desse cuidar como sendo uma turbulenta vivência emocional.

Ainda sobre o sofrimento destas mães, Luciana também discorre acerca do não reconhecer sua própria filha, tendo em vista a grande mudança em seu comportamento e também o rebaixamento do humor de sua filha enquanto se encontrava deprimida. Lima e Campos (2018) também encontraram dados semelhantes, no que diz respeito ao estranhamento dos próprios filhos, na pesquisa que realizaram com pais de adolescentes deprimidos.

Outro dado encontrado em nosso estudo foi que algumas destas mães também se encontravam desorientadas, sem saber o que fazer e de que maneira cuidar do filho deprimido. O relato de Rafaela sobre a dificuldade de cuidar do filho expressa o desgaste inerente aos cuidados com o filho nesse contexto.

Exaustivo. Porque, apesar de ele não ter mais a idade da dependência física, né? É uma preocupação emocional muito grande, que com os bebês, por exemplo, não tem. (...) Então, é muito exaustivo, apesar de eu não ter nenhuma ação convicta, concreta, não gastar energia, de fato, com isso, física, emocionalmente o não saber o que fazer é desgastante pra caramba, me consome muito, muito. Eu não faço nada, mas desgasta horrores (Rafaela).

Lima e Campos (2018) também encontraram dificuldade e despreparo no exercício do cuidado com o filho deprimido. Além disso, cabe ressaltar o apontamento de Lima e Campos (2018) de que entrar em contato com a depressão do filho colocava esses pais em contato com seus sentimentos de fracasso e vulnerabilidade. Podemos entender, então, que essa dificuldade de Rafaela não era apenas da ordem da falta de conhecimento, mas também do desconforto emocional que sentia ao se deparar com o adoecimento de seu filho.

Conforme Melman (2002) afirma, o transtorno mental acarreta sobrecarga na vida dos cuidadores. As mães, de modo geral, relataram sobrecargas diferentes em suas vidas. Algumas discorreram sobre uma sobrecarga mais instrumental. Ana falou sobre a diminuição da sua carga de trabalho, enquanto Vânia falou não apenas do impacto laboral, mas também do impacto mais geral em sua vida, da preocupação em deixar a filha sozinha e sobre ter precisado se anular para dar conta dos cuidados com a filha deprimida. Esses achados corroboram o que havia sido encontrado em estudos anteriores, como os de Melman (2002), Vicente *et al.* (2016) e Borges *et al.* (2017).

Eu, eu renunciei de trabalhar durante toda a semana, por causa disso. Então eu optei... Eu trabalhava em 3 lugares, hoje em dia eu só trabalho em um. Então eu optei de sair do trabalho. São 2 dias que ela fica sozinha em casa. E os outros dias, eu fico em casa, para que? Levar ela na escola, agora ela está fazendo um curso uma vez na semana, estar mais a próxima dela para poder estar dando um apoio, né? (Ana)

Isso acabou gerando uma dependência maior pra ela, porque eu tive que... é, trabalho meu já era mais difícil, porque eu tinha que levar no médico, eu tinha que fazer algumas coisas com ela, que ela não conseguia fazer sozinha, e isso foi muito, muito complicado, entendeu? Aí você começa a pensar um monte de besteira, “não posso deixar sozinha, não pode ficar sozinha”. Aí você começa a se anular, você anula um monte de coisa, né? (Vânia).

Corroborando os achados de Stapley *et al.* (2016), Vicente *et al.* (2016), Borges *et al.* (2017) e Lima e Campos (2018), as mães entrevistadas na presente pesquisa relataram grande sobrecarga em suas vidas decorrentes do adoecimento de seus filhos. Apenas uma das entrevistadas citou o impacto na vida laboral do pai do adolescente. É importante ressaltar que essas mães relataram profundo sofrimento com a depressão dos adolescentes. Além da dor de encarar o diagnóstico do filho e do sofrimento que um transtorno psíquico causa, essas mães tiveram outros problemas, como o impacto na renda financeira, tanto devido aos maiores gastos com o tratamento de seus filhos quanto pela redução da jornada de trabalho.

A automutilação e a tentativa de suicídio em alguns adolescentes também foi um fator significativo e extremamente estressante para essas mães, que relataram que ficaram perdidas e amedrontadas diante da ameaça de perderem seus filhos ou de verem eles machucados. Essas mães relataram intenso sofrimento por não saberem de que maneira poderiam ajudar seus filhos que estavam em sofrimento tão profundo.

E aí, um dia eu cheguei em casa, ela ficou um tempão no quarto, levantou, se trancou no banheiro (...) e eu estranhei a demora. Aí alguma coisa veio aqui dentro, “chama”. Eu bati na porta do banheiro, chamei. Ela não me respondeu, aí foi dando uma aflição aqui, aí nisso eu escutei um barulho de barbeador. (...) Ela abriu, esticou o braço assim “é isso que você quer ver?”. Menina, aquilo me deu um desespero tão grande... (Luciana).

Sobre os comportamentos autolesivos, conforme a literatura aponta, é importante ter atenção, tendo em vista que esses comportamentos podem evoluir para tentativas de suicídio, sobretudo quando essas automutilações são recorrentes (Ferreira, 2016; Cardoso, 2016; Chaves *et al.*, 2019). A literatura revela, ainda, que a depressão na adolescência tem riscos ainda maiores de evoluir para a tentativa de suicídio (Bahls, 2002; Pasini *et al.*, 2020).

No que diz respeito às tentativas de suicídio, o desespero materno pareceu se intensificar. Imaginar que o filho sentia uma dor tão intensa a ponto de atentar contra a própria vida causou intensa dor nessas mães, como podemos ver no relato de Tereza.

Era uma depressão com tentativa de suicídio, né? Com diversos meios que ele buscou ali para, para tirar essa, essa dor dele, esse né... esse mal-estar. (...) É, quando eu soube, é, é, eu só sabia chorar, né? O que eu pensei, “meu Deus, como que o meu filho passa por tudo isso sozinho, né? Essa dor que ele tá carregando e sozinho, né”? Então, foi muito, muito difícil (começa a chorar). (Tereza)

Também é possível notar, mais uma vez, a falta de conhecimento acerca da depressão no relato de Heloísa que se refere à tentativa de suicídio do filho como um surto repentino. “Aí eu perguntei o que houve e ele falou que o Bruno surtou e tentou suicídio. Aí eu peguei... Demorou a cair a ficha” (Heloísa).

Anteriormente, citamos a sobrecarga na vida laboral dessas mães de adolescentes deprimidos. No entanto, cabe ressaltar que essa sobrecarga ganhou uma carga emocional maior quando se tratava de tentar impedir que o próprio filho atentasse contra a sua vida. Heloísa, por exemplo, precisou contar com a generosidade de seu gerente, que a liberava quando seu filho estava se colocando em risco. Tereza, por sua vez, não tinha flexibilidade em seu trabalho, mas alegou que o marido, por vezes, deixava de ir trabalhar para tentar proteger o filho, de alguma forma.

Foi difícil, porque trabalho todo dia. Eu, graças a Deus, tive um apoio muito grande do meu gerente... “Óh, ele tá se cortando”, aí eu voltava para casa correndo, chorava né? E ficava cuidando dele. (...) uma tristeza muito profunda, entendeu? De... de saber como uma pessoa chega nesse ponto, né? Que dor é essa que chega a esse ponto? Foi muito difícil (Heloísa).

Então, quando a gente soube, é, a gente criou toda uma rotina para que não deixe ele sozinho. A gente precisa, precisa trabalhar, né? Então ficava revezamento. É, muitas vezes meu marido deixou de ir pro trabalho, faltou trabalho para que ele não ficasse sozinho. Então aí ficou nós 2 cuidando, né, para que um mal maior não viesse acontecer. (...) Thais, muito difícil, viu, muito difícil (Tereza).

Lima e Campos (2018) discorrem acerca da falta de conhecimento e dos sentimentos de culpa, angústia e despreparo presentes nos cuidadores de adolescentes deprimidos. Na nossa pesquisa também verificamos a presença desses sentimentos nas mães entrevistadas. Podemos afirmar também que essa culpa se tornou ainda mais intensa nesses casos graves de automutilação ou tentativa de suicídio, que foram percebidos pelas mães como o pior desdobramento do transtorno, conforme Vânia relata:

De tudo, foi o pior, para mim, foi o pior de tudo. Esse aí foi justamente o momento culpa, né? O que que eu fiz, o que que eu fiz de errado, onde que eu não estou cuidando. Nossa é, é a pior coisa, de tudo, é o pior. (Vânia)

Conforme a literatura evidencia (Ferreira, 2016; Cardoso, 2016; Chaves *et al.*, 2019; Bahls, 2002; Pasini *et al.*, 2020), a depressão, sobretudo na adolescência, pode se agravar e propiciar os comportamentos autolesivos e até mesmo as tentativas de suicídio. Ao se depararem com algo tão extremo, que não pode ficar contido dentro do sujeito, como o sentimento ou o pensamento, mas que veio para o externo, através de um comportamento de alto risco, essas mães se sentiram amedrontadas e impotentes. Encarar, de forma tão brutal e concreta, o sofrimento de seus filhos ocasionou um sofrimento ainda maior para essas mulheres.

Considerações finais

A adolescência é uma etapa de vulnerabilidades e grandes mudanças. Essas transformações não afetam apenas o adolescente, mas toda a família que convive mais intensamente com ele. É durante essa fase do desenvolvimento que muitos sujeitos adoecem psiquicamente e a depressão é uma das possibilidades diagnósticas que vêm sendo cada vez mais comuns na adolescência.

Os resultados desta pesquisa mostraram que as mães, no geral, tiveram dificuldade na identificação da depressão do(a) filho(a) deprimido(a), tendo em vista que a depressão na adolescência tem algumas características específicas e que seus sintomas podem se confundir com características próprias da adolescência, como o maior isolamento e o humor irritável, por exemplo.

As entrevistas revelaram que outro fator dificultador para essa identificação da depressão foi a falta de conhecimento que as mães possuíam acerca do transtorno, tendo em vista que os conhecimentos acerca da saúde mental, na maioria das vezes, acabam ficando restritos à academia. Sendo assim, elas perceberam as mudanças no comportamento e no humor do filho como características da adolescência, que, de fato, é uma etapa complexa e repleta de transformações, o que dificultou a busca mais precoce pelo tratamento.

Constatamos que essas mães tiveram suas vidas impactadas significativamente pela depressão do(a) filho(a) e se encontravam sobrecarregas.

Essa sobrecarga pôde ser observada tanto a nível instrumental, com a alteração na rotina de trabalho. E emocional, com o sofrimento diante do adoecimento do(a) adolescente. Esse sofrimento materno ficou ainda mais evidente nos casos mais graves, com a presença de comportamentos autolesivos e/ou tentativas de suicídio. É importante salientar que o abandono paterno, presente na maior parte dos casos, ou a presença frágil dos únicos três pais presentes na rotina da família foi um fator importante para a sobrecarga materna, sobretudo a sobrecarga emocional.

As participantes se sentiam desorientadas, sem saber qual a melhor maneira de exercer os cuidados para com o(a) filho(a) deprimido(a). Nesse sentido, a falta de conhecimento sobre o transtorno mais uma vez foi um obstáculo percebido. Além disso, percebemos que a dificuldade de cuidar de um(a) filho(a) com depressão também se deu pelo próprio sofrimento materno, pela angústia de entrar em contato com o adoecimento do(a) filho(a) e o sentimento de fracasso sentido por elas.

Por fim, concluímos que é de suma importância que o conhecimento sobre a depressão, sobretudo na adolescência, possa ser mais bem difundido para a população em geral, a fim de que os pais tenham recursos para identificar mais cedo o transtorno em seus filhos(as). Assim, eles podem buscar auxílio profissional precocemente e os prejuízos do transtorno tendem a ser minimizados.

Referências Bibliográficas

- Amâncio, N. P. V., da Siva, J. P., & Vitali, M. M. (2021). Depressão na Adolescência: Representações Sociais de Acadêmicos de Psicologia. *Saúde e Desenvolvimento Humano*, 9(1).
- Amaral, A. P., Sampaio, J. U., Matos, F. R. N., Pocinho, M. T. S., de Mesquita, R. F., & Sousa, L. R. M. (2020). Depressão e ideação suicida na adolescência: implementação e avaliação de um programa de intervenção. *Enfermería Global*, 19(3), 1-35.
- American Psychiatric Association [APA]. (2014). *DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. ARTMED.
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). (2015). *Critério Brasil*, 1, 21-46.
- Bahls, S. C. (2002). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes: clinical features. *Jornal de pediatria*, 78, 359-366.
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo: edição revista e ampliada*. Edições, 70, 280.
- Batista, M. M. S. M., Cavalcante, L. E. M., & da Conceição, P. W. R. (2020). Manejos da psicologia no tratamento de adolescentes com comportamentos autolesivos com ênfase na automutilação. *Brazilian Journal of Development*, 6(7), 44598-44611.
- Borges, E. L., Franceschini, J., Costa, L. H. D., Fernandes, A. L. G., Jamnik, S., & Santoro, I. L. (2017). Sobrecarga do cuidador familiar: a sobrecarga de cuidar de pacientes com câncer de pulmão, de acordo com o estágio do câncer e a qualidade de vida do paciente. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 43, 18-23.
- Cardoso, G. T. (2016). *Comportamentos autolesivos e ideação suicida nos jovens*. [Dissertação de Mestrado]. Portugal: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Carter, B., & McGoldrick, M. (1995). *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*.
- Cavalcanti, P. B. B., Sardinha, L. S., & de Aquino Lemos, V. (2020). Relações entre suporte familiar, exercício físico e sintomas ansiosos em adolescentes. *Diálogos Interdisciplinares*, 9(4), 84-90.
- Chaves, G., Cury, L. S. D. L. P., Júnior, A. A. P., & Rosa, H. R. (2019). O comportamento autolesivo na adolescência: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Saúde-UNG-Ser*, 13(1/2), 54-67.
- Colau, S. L., Pereira, T., Silva, J. V. A., Becker, A. P. S., & Junior, J. S. (2022). Adolescência e Comportamento Autolesivo: Uma Revisão da Literatura Nacional. *Revista de Psicologia da IMED*, 14(1), 176-196.

- Crivelatti, M. M. B., Durman, S., & Hofstatter, L. M. (2006). Sofrimento psíquico na adolescência. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 15, 64-70.
- Dalgalarrondo, P. (2019). *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. 3. ed. Artmed.
- Fernandes, M. A., et al. (2018). Prevalência de sintomas ansiosos e depressivos em universitários de uma instituição pública. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(supl. 5), 2169-2175.
- Ferreira, N. S., Pessoa, V. F., Barros, R. B., Figueiredo, A. E. B., & Minayo, M. C. S. (2013). Fatores de risco relacionados com suicídios em Palmas (TO), Brasil, 2006-2009, investigados por meio da autópsia psicossocial. *Ciência & Saúde Coletiva*, 1, 115-126.
- Ferreira, S. F. S. M. (2016). *Comportamentos autolesivos sem intenção suicida na adolescência: papel das experiências de adversidade precoce*. [Dissertação de Mestrado]. Portugal: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Fonseca, P. H. N., Silva, A. C., Araújo, L. M. C., & Botti, N. C. L. (2018). Autolesão sem intenção suicida entre adolescentes. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 70(3), 246-258. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672018000300017
- Kalina, E. (1999). *Psicoterapia de adolescentes: teoria, técnica e casos clínicos*. 3. ed. Artes Médicas.
- Lepre, R. M. (2003). *Adolescência e Construção da Identidade*. Disponível em Microsoft Word - lepre1.doc (researchgate.net). Acesso em 12 de setembro de 2023.
- Lima, G. M. P. A., & Campos, C. J. G. (2018). Percepção dos pais de adolescentes depressivos em tratamento no ambulatório de psiquiatria: estudo clínico qualitativo. *Presencia Revista Internacional De Salud Mental, Investigación Y Humanidades*, 14, 1-6.
- Magnani, R. M. & Staudt, A. C. P. (2018). Estilos parentais e suicídio na adolescência: uma reflexão acerca dos fatores de proteção. *Pensando famílias*, 22(1), 75-86
- Melman J. (2002). *Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares*. Escrituras.
- Melo, A. K., Siebra, A. J., & Moreira, V. (2017). Depressão em adolescentes: revisão da literatura e o lugar da pesquisa fenomenológica. *Psicologia: ciência e profissão*, 37, 18-34.
- Organização Mundial da Saúde. (1994). *CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças*. Vol. 1. Edusp.
- Organização Mundial da Saúde. (2020). *Depressão*. <https://www.paho.org/pt/topicos/depressao>.
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2017). *Saúde e sexualidade de adolescente: Construindo equidade no SUS*. Ministério da Saúde.
- Pan American Health Organization. (2018). *The Health of Adolescent and Youth in the Americas. Implementation of the Regional Strategy and Plan of Action on Adolescent and Youth Health 2010-2018*. PAHO.
- Pasini, A. L. W., da Silveira, F. L., da Silveira, G. B., Busatto, J. H., Pinheiro, J. M., Leal, T. G., ... & Carlesso, J. P. P. (2020). Suicídio e depressão na adolescência: fatores de risco e estratégias de prevenção. *Research, Society and Development*, 9(4), e36942767-e36942767.
- Pratta, E. M. M., & Santos, M. A. D. (2007). Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. *Psicologia em estudo*, 12, 247-256.
- Radovic, A.; Reynolds, K.; McCauley, H.; Sucato, G.; Stein, B., & Miller, E. (2015). Parents' role in adolescent depression care: primary care provider perspectives. *Journal of Pediatrics*, 167, 911-918. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2015.05.049>.
- Ramos, A., Mesquita, S., Pessoa, D., Fontenele, R., & Sousa, I. (2018). Depressão na adolescência e comportamento suicida: uma revisão integrativa. *Enciclopédia Biosfera*, 15(27).
- Ribeiro, K. C. S., Coutinho, M. D. P. D. L., & Nascimento, E. D. S. (2010). Representação social da depressão em uma Instituição de Ensino da Rede Pública. *Psicologia: ciência e profissão*, 30, 448-463.
- Silva, J. C., & Dias, J. M. (2019). O Signo da falta: automutilação na adolescência. *Boletim Entre SIS*, 4(1), 21-30. Available from <<https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/boletimsis/article/view/19497/1192612228>
- Silva, V. A. D., & Mattos, H. F. (2004). Os jovens são mais vulneráveis às drogas. *Adolescência e drogas*, 31-44.
- Stapley, E.; Midgley N., & Target, M. (2016). The Experience of Being the Parent of an Adolescent with a Diagnosis of Depression. *Journal of Child and Family Studies*, 25(2), 618-630. <http://dx.doi.org/10.1007/s10826-015-0237-0>.
- Tallón, M. D. L. A. J., Ferro, M. J., Gómez, R. G., & López, P. P. (1999). Evaluación del clima familiar en una muestra de adolescentes. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 52(4), 453-462.
- Vasileiou, K.; Barnett, J.; Barreto, M.; Vines, J.; Atkinson, M.; Lawson, S., & Wilson, M. (2017). Experiences of Loneliness Associated with Being an Informal Caregiver: A Qualitative Investigation. *Frontiers in Psychology*, 8, 585. <http://dx.doi:10.3389/fpsyg.2017.00585>.
- Vicente, J. B., Marcon, S. S., & Higarashi, I. H. (2016). Living with mental disorder in childhood: Feelings and reactions of the family. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 25.
- World Health Organization. (2014). *Saúde para os adolescentes do mundo: uma segunda chance na segunda década*. WHO.