

AJES – INSTITUTO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR DO VALE DO JURUENA
BACHARELADO EM PSICOLOGIA

**DEPRESSÃO E SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA
DE LITERATURA**

Autora: Ana Patrícia Fernandes de Paula

Orientadora: Chayene Hackbarth

JUÍNA/2015

AJES – INSTITUTO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR DO VALE DO JURUENA
BACHARELADO EM PSICOLOGIA

**DEPRESSÃO E SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA
DE LITERATURA**

Autora: Ana Patrícia Fernandes de Paula

Orientadora: Chayene Hackbarth

“Trabalho de conclusão de curso apresentado no curso de Bacharelado em Psicologia, do Instituto de Educação Superior do Vale do Juruena como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.”

JUÍNA/2015

AJES – INSTITUTO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR DO VALE DO JURUENA
BACHARELADO EM PSICOLOGIA

BANCA EXAMINADORA

Profa. Esp. Ângela Caneva Bauer

Profa. Ma. Aline Fernanda Ventura Savio Leite

Orientadora
Profa. Ma. Chayene Hackbarth

Dedicatória

Dedico esta, bem como todas as minhas demais conquistas, a minha mãe (Aparecida Fernandes Pacheco) e minha amada família, meus irmãos (Uemerson Fernandes e Demirson Fernandes - Meus melhores e maiores presentes...)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus que permitiu que tudo isso acontecesse, ao longo de minha vida, e não somente nestes anos como universitária, mas que em todos os momentos é o maior mestre que alguém pode conhecer.

Agradeço a todos os professores por me proporcionar o conhecimento não apenas racional, mas a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo de formação profissional.

Agradeço a minha mãe Aparecida Fernandes Pacheco, heroína que me deu apoio, incentivo nas horas difíceis, de desânimo e cansaço. A minha família pelo apoio de sempre, mas principalmente ao meu irmão Uemerson Fernandes por ter me ensinado o verdadeiro significado da palavra amor.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

Epígrafe

*“O Ser do homem não pode ser
compreendido sem sua loucura, assim
como não seria o ser do homem se não
trouxesse em si a loucura como
limite de sua liberdade”.*

Jacques Lacan

RESUMO

A depressão tem um impacto grande na vida do indivíduo acometido por ela, com significativo comprometimento da vida social e ocupacional. Durante toda a vida, o ser humano fica exposto a inúmeros estressores, problemas cotidianos, volume excessivo de trabalho, excesso de responsabilidades no âmbito familiar, cobrança da família, dos amigos, da sociedade, fatos que em conjunto podem levar ao estado de sofrimento psíquico, a chamada depressão. O objetivo desse trabalho é, portanto, analisar a relação entre a depressão e o suicídio entre adolescentes por meio de uma revisão de literatura apurada, que tem como intuito subsidiar o diagnóstico de adolescentes que apresentam os fatores de risco. Os textos identificados por meio de revisão de literatura foram submetidos à análise de conteúdo e após análise e apreciação foram catalogados e empregados na construção textual do desenvolvimento deste.

PALAVRAS-CHAVE: Depressão; suicídio; adolescência.

ABSTRACT

Depression has a major impact on the life of the person affected by it, with significant impairment of social and occupational life. Throughout life, the human being is exposed to numerous stressors, everyday problems, excessive work, excessive responsibilities within the family collection from family, friends, society, facts that together can lead to a state of psychological distress, the call depression. The aim of this paper is therefore to analyze the relationship between depression and suicide among adolescents through a literature review determined that has the intention to subsidize the diagnosis of adolescents who have risk factors. The texts identified through literature review were subjected to content analysis and after analysis and assessment, were cataloged and used in the development of this textual construction.

KEYWORDS: Depression; suicide; adolescence.

LISTA DE ABREVIATURAS

TPs	Transtornos Específicos de Personalidade
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizada
TP	Transtorno de Pânico
OMS	Organização Mundial da Saúde
CIDI	Composite International Diagnostic Interview
DIS	Diagnostic Interview Schedule
GMS	Geriatric Mental Status
MINI	International Neuropsychiatric Interview
SCI	Structured Clinical Interview
PDA	Psychiatric Diagnostic Assessment
CID	Classificação Internacional de Doenças
EDM	Escala de Desenvolvimento Motor
BDI	Beck Depression Inventory

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
1. DESENVOLVIMENTO NA ADOLESCÊNCIA.....	14
1.1 CRISES NORMAIS.....	14
1.2 DESENVOLVIMENTO PATOLÓGICO	15
1.3 O PAPEL DA FAMÍLIA.....	17
2. DEPRESSÃO E SUICÍDIO	20
2.1 O QUE É DEPRESSÃO.....	20
3. SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA.....	44
3.1 RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO E SUICÍDIO	44
3.2 ESTUDOS EMPÍRICOS.....	47
3.3 FATORES DESENCADEANTES.....	48
4. METODOLOGIA.....	49
4.1 COLETA DE DADOS.....	51
5. ANÁLISE DOS DADOS.....	58
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	60
REFERÊNCIAS	61

INTRODUÇÃO

O tema abordado nesse trabalho se trata da depressão e do suicídio entre os adolescentes, assunto esse que como oportunidade acadêmica é sem dúvida, de suma importância para estimular reflexões acerca do tema estudado, suscitando debates.

A depressão tem um impacto grande na vida do indivíduo acometido por ela, com significativo comprometimento da vida social e ocupacional. Durante toda a vida, o ser humano fica exposto a inúmeros estressores, problemas cotidianos, volume excessivo de trabalho, excesso de responsabilidades no âmbito familiar, cobrança da família, dos amigos, da sociedade, fatos que em conjunto podem levar ao estado de sofrimento psíquico, a chamada depressão e também podendo levar ao suicídio.

O objetivo desse trabalho é, portanto, analisar a relação entre a depressão e o suicídio entre adolescentes por meio de uma revisão integrativa de literatura, que tem como intuito apresentar os fatores de risco, identificar quais são as principais causas e sintomas comportamentais da depressão na adolescência e quais as repercussões orgânicas, emocionais e psíquicas prevalentes em pacientes com depressão, buscando auxiliar no tratamento de forma adequada.

Esclarecido esses detalhes, esse trabalho tem como proposta um olhar aberto e dinâmico, que possibilitará a compreensão sobre descrença do paciente depressivo nas transformações, mas, muda na medida em que a história e os padrões da sociedade se modificam. Sendo assim, essa pesquisa visa contribuir aos profissionais de Psicologia que atendem pacientes com depressão, aos Pedagogos e demais profissionais da educação que podem perceber e auxiliar estes jovens neste momento de sofrimento e no processo de ensino aprendizagem de maneira mais adequada, os pais e sociedade que convivem ou venham a conviver com indivíduos que possuem essa doença.

Os textos identificados através de revisão literária foram sujeitos à análise de conteúdo e após análise e apreciação foram catalogados e empregados na construção textual do desenvolvimento deste.

A pesquisa bibliográfica representa grandes contribuições culturais ou científicas sobre determinado assunto, tema ou problema e permite ao pesquisador desenvolver através de outros estudos, um novo trabalho.

No tocante a estrutura metodológica, esse trabalho se utilizará de revisão integrativa de literatura ancorada em trabalhos acadêmicos, livros e artigos, retirados de sites com relevância acadêmica como BVS, SCIELO e bibliotecas on-line de instituições como PUC, USP, entre outras.

Portanto, este trabalho foi estruturado em cinco capítulos, sendo que o primeiro capítulo trata do desenvolvimento na adolescência (crises normais, desenvolvimento patológico e o papel da família), o segundo capítulo trata da depressão e suicídio (o que é depressão e o que é suicídio, causas, sintomas comportamentais e incidência), o terceiro capítulo trata do suicídio na adolescência (relação entre depressão e suicídio, estudos empíricos e os fatores desencadeantes), o quarto capítulo trata da metodologia e coleta de dados e o último capítulo trata da análise dos dados.

Encerrando este com as considerações finais, juntamente com as colocações dos autores que embasam teoricamente a construção deste estudo e com os resultados obtidos com a pesquisa e análise realizada.

1. DESENVOLVIMENTO NA ADOLESCÊNCIA

1.1 CRISES NORMAIS

Desde o século passado estudamos este fenômeno e o atual conhecimento nos permite olhar este momento da vida com mais objetividade e menos medo. Até pouco tempo atrás, quando falávamos da adolescência ligávamos este período à obrigatoriedade de crises quase intransponíveis e nos sentíamos desarmados para lidar com nossos jovens. No entanto, apenas uma pequena parcela desta população encontra-se efetivamente em crise (BOTEGA & COLS., 2006).

Aberastury e Knobel (1995) descrevem uma série de modificações, apontadas como síndrome normal da adolescência, sendo estas:

Busca da própria identidade; necessidade de agrupar-se; primordialidade de intelectualizar e fantasiar; Crises religiosas; Falta de localização no tempo, o pensamento adquirindo as características de pensamento primário; Desenvolvimento sexual desde o autoerotismo até a heterossexualidade; Atitude social reivindicatória; Contradições em todas as manifestações da conduta; Separação progressiva dos pais; Constantes mudanças de humor e ânimo.

A adolescência, caracteristicamente, é um período de mudanças marcantes e profundas, físicas ou psíquicas do organismo como um todo, sendo uma idade privilegiada para o desencadeamento de muitos dos transtornos psíquicos, emocionais e relacionais. Dentre os transtornos emocionais, uma das maiores e definitivas repercussões é a psicose, particularmente por sua gravidade e impacto e pelo prognóstico e necessidade de intervenções imediatas (BOTEGA & COLS., 2006).

Os adolescentes estão simplesmente à procura de se posicionar na vida, o que fazemos em várias fases de nossas vidas e não somente na famosa adolescência. Mas então, como diferenciar uma adolescência patológica (com crise) de uma adolescência não patológica (sem crise)? A adolescência é, por definição, um período da vida onde buscamos afirmar nossa identidade. Ela se traduz por momentos de ruptura com os valores familiares (mesmo que provisória e inconscientemente) e de identificação a novos grupos portadores de outros valores mais compatíveis (momentaneamente) com o instante presente (SAMPAIO, 1991).

A adolescência é considerada um ciclo do desenvolvimento que ocorre desde a puberdade até à idade adulta, isto é, desde o momento em que o conjunto

das alterações psicobiológicas inicia até a sua maturação, idade em que existe um sistema de valores e crenças estabelecidos de uma identidade (SAMPAIO, 1991).

Muitas vezes esta procura por algo novo traduz-se por uma busca de algo que o próprio jovem não sabe muito bem o que é levando-o a uma inconstância em seu comportamento gregário. Desta forma, (participa de diversos grupos em pouco espaço de tempo) o que gera uma instabilidade emocional. Este é o perfil do adolescente padrão, que apesar dos momentos de recolhimento, do afastamento corporal e emocional com a sua família, das mudanças comportamentais, de linguagem e vestimentares não chega a apresentar nenhuma patologia. Dentre os comportamentos ditos normais ao período da adolescência, encontramos a ansiedade, a melancolia temporária; a euforia e as mudanças de humor (BOTEGA & COLS., 2006).

1.2 DESENVOLVIMENTO PATOLÓGICO

Segundo Sampaio (1991), os conceitos de normal e patológico, no olhar de fisiologistas, foi revisado pelos psiquiatras contemporâneos através da interação com psicólogos e filósofos. Para estes, nos casos de doenças mentais a fisiopatologia é sombria e o início de uma psicose quase sempre não é levada em consideração, pelo médico, pelo paciente e pelos seus familiares. O sintoma psicopatológico só tem sentido se observarmos o contexto em que ele se exprime. Sendo assim, o normal e o patológico só têm diferença quando existe a infração de normas, e estas, se apresentam, antes de tudo, individualmente. Para fazermos um diagnóstico do indivíduo que apresenta alguma disfunção mental, é fundamental que se conheça sua história.

Aberastury e Knobel (1995) apresentam a dificuldade de diagnose durante a consulta psiquiátrica. “A distinção entre “crise da adolescência” e distúrbios psicóticos são difíceis, se levarmos em conta apenas um elemento biográfico em especial, uma atitude, um permitido comportamento ou conduta psicológica isoladamente. A avaliação da história do sujeito, de seus antecessores, do conjunto de sua ação e seu significado no funcionamento mental permite, por seu turno, determinar o risco de uma transformação psicótica”.

Pelos modelos de identificação válidos, “o transtorno de ansiedade de separação” é o único transtorno que permaneceu na seção única da infância e adolescência (CID-10, DSM-IV). O transtorno de ansiedade excessiva da infância e o transtorno de evitação da infância (DSM-III-R) passaram a ser especificados nas categorizações vigentes, na devida ordem, como transtorno de ansiedade generalizada (TAG) e fobia social. Os transtornos ansiosos são os aspectos psiquiátricos mais característicos nas crianças e em adultos, com dominância durante a fase de vida de 9% e 15% nesta ordem. Os transtornos ansiosos mais frequentes nas crianças e adolescentes é o transtorno de ansiedade de separação, em torno de 4%, o transtorno de ansiedade excessiva ou o atual TAG (2,7% a 4,6%) e as fobias específicas (2,4% a 3,3%). A predominância de fobia social fica com cerca de 1%¹⁰ e a do transtorno de pânico (TP) cerca de 0,6%. (BOTEGA & COLS., 2006).

O DSM-IV define os Transtornos Específicos de Personalidade (TPs) como "um modelo de vida interior ou comportamento que se muda acentuadamente das possibilidades gerações do ser humano, emitido em duas (ou mais) das subsequentes áreas: cognição (modo de observar e interpretar a si mesmo, outros seres humanos e acontecimentos), afetividade (tamanho, intensidade, labilidade e adequação do resultado emocional), desempenho interpessoal e domínio dos impulsos" (APA, 1994).

O CID-10 os caracteriza como "perturbação grave da formação caracterológica e das predisposições comportamentais do ser humano, sucessivamente englobando muitas áreas da personalidade e quase sempre relacionado à considerável rompimento pessoal e social" (OMS, 1993). Os TPs de definem no final da adolescência e continuam a se manifestar pela vida adulta, sendo esta demarcação relevante para o diagnóstico.

O CID-10 classifica o TPs em oito categorias específicas, os "Transtornos Específicos de Personalidade": "Paranóide (F60.0); Esquizóide (F60.1); Antissocial (F60.2); Emocionalmente instável (F60.3), subdividida em tipo impulsivo, F60.30, e tipo borderline (F60.31); Histriônica (F60.4); Anancástica ou obsessivo-compulsiva (F60.5); Ansiosa ou evitativa (F60.6); Dependente (F60.7)".

Alguns estudos têm relacionado o suicídio a diversos transtornos psiquiátricos, sejam transtornos de eixo I (transtornos clínicos) ou de eixo II (transtornos de personalidade), porém, os transtornos de eixo I estão fortemente relacionados com o aumento da probabilidade de tentativas de suicídio.

1.3 O PAPEL DA FAMÍLIA

A adolescência é o que designamos a fase situada entre onze e vinte anos. A adolescência também é marcada pelas mudanças físicas, hormonais e emocionais. Um rápido crescimento (altura, peso, mudança nas proporções e na forma do corpo, e a maturação sexual). Nesta fase da vida o adolescente está deixando a parte infantil de sua existência, é a separação dos pais que irá acontecer aos poucos. Podemos dizer que é uma iniciação à fase adulta a qual ele se depara com uma diversidade de conflitos e a família tem uma função estruturante das relações entre os indivíduos e de elaboração das experiências vividas.

Vitiello (1994) define adolescência como: um ciclo de transição, durante o qual a criança se transforma em adulto. É neste período que a maturidade biológica e sexual é atingida, definindo a identidade sexual e o espaço social de homem ou mulher.

De acordo com Aberastury (1981):

De modo literal, adolescência (latim, adolescência, ad: a, para a + olescere: forma incoativa de oler, crescer) significa o nível ou o método de crescimento. O termo se especifica ao momento da vida entendido entre a puberdade e a maturação orgânica do corpo, que ocorre entre 13 aos 21 anos. Este momento é determinado por mudanças importantes de crescimento e de oscilações ocorridas em seu corpo, as quais determina ao adolescente um novo ofício frente ao mundo exterior. Estas transformações são importantes na vida da criança, ou seja, quando ela se vê entrando no mundo dos adultos.

O adolescente muitas vezes espelha-se no convívio dos pais, isto é, na relação destes para buscar o seu parceiro ideal. A idade se torna um poderoso agente de união entre adolescentes, estes passam mais tempo com amigos do que com a família (ABERASTURY, 1981).

A busca pela identidade está associada ao início da adolescência, onde são comuns que grupos se identifiquem com seus comportamentos, modelos que possam compartilhar as mesmas ideias, podendo assim ter uma “base segura” a partir da qual podem vivenciar sua liberdade. É fundamental mencionar também o

papel dos meios de comunicação, as redes sociais, a televisão e a publicidade no sentido de criar referências de identidade para os adolescentes.

A nova identidade ocorre quando o adolescente é capaz de aceitar as transformações de suas características de criança e o confronto do obscuro, ou seja, a fase adulta. Essas transformações de identidade são experimentadas pelos mesmos de maneira brusca, nas diversas variações ocorridas em pouco tempo pelo uso de diferentes vestimentas, na forma angustiante de afastamento do seio familiar, além das transformações rápidas de seu corpo que o submete ao desprendimento de seu corpo infantil (ABERASTURY, 1981).

Pode ser considerada uma fase difícil e conflituosa por ser ainda uma fase de escolhas, a sua busca de autonomia diferenciando as ideias sociais, familiares, de seu grupo (amigos, colegas, “tribos”) sejam em torno da música, outras atividades culturais, esportivas ou outras formas de expressão nos espaços públicos e na sociedade como um todo. Esses conflitos também se estabelecem quando estes jovens querem se “libertar” de seus pais e os pais por sua vez não querem perder o controle de seus filhos, fase da rebeldia e insatisfações (ABERASTURY, 1981).

Segundo Aberastury (1981), o adolescente tem necessidade de ser reconhecido na sua procura de identidade, de pensamento, de carinho, de serviço, mas, para isso é preciso que ele adquira liberdade. Ele vê essa autonomia dada pela família sobre o aspecto de dois atalhos: dar uma liberdade sem medidas, ou seja, compreendida pelo mesmo como uma renúncia ou dar uma liberdade com limitações, que exige algumas posturas como cuidados, cautela, observação, afetividade, diálogo, para ir acompanhando o desenvolvimento das primordialidades e das mudanças no filho.

De acordo com Knobel (1981), a busca por uma identidade na adolescência faz parte de uma evolução e não é possível para o adolescente adquirir uma identidade determinada nesta fase, pois a identidade é uma propriedade de cada fase do desenvolvimento.

Os critérios de escolhas entre eles (pais e filhos) serão diferentes: gostos, ideias e comportamentos, isto é, as diferentes características entre eles podem gerar um conflito. Época de oportunidades e de correr riscos, contato com o amor, trabalho e sociedade, através de seus relacionamentos afetivos (amigos, família e relacionamentos íntimos) (KNOBEL, 1981).

Segundo Vygotsky citado por Palangana (2001), o indivíduo evolui de acordo com o meio social do qual faz parte, pois ele participa constantemente tanto na estruturação e na mudança do ambiente social, como também na de si próprio. As colocações complexas do comportamento do indivíduo são produzidas assim como são utilizadas, a proceder do teor adjetivo sobre o qual refletem e das relações que se constroem durante a vida. A natureza humana é basicamente social, na medida em que nasce e evolui pelos trabalhos praticados pelo ser humano.

Nesta fase, ocorre à construção da personalidade a partir da identificação com grupos de pessoas que possuem os mesmo gostos, atitudes, classe social, cultura, entre outros fatores. As amizades irão se estabelecer e se consolidar através da identificação e da confiança, item importante para se tornar um jovem seguro que busca suas necessidades e escolhas (PALANGANA, 2001).

O grupo de amigos é uma fonte de afeto, simpatia, entendimento e orientação moral; um lugar de experimentação e um ambiente para conquistar autonomia e independência dos pais. É um lugar para formar relacionamentos íntimos que servem de “ensaio” para a intimidade adulta (OUTEIRAL, 2003).

2. DEPRESSÃO E SUICÍDIO

2.1 O QUE É DEPRESSÃO

Depressão é uma palavra empregada para dizer varias coisas diferentes ao mesmo tempo. Fala-se em depressão quando nos referimos a um estado de tristeza, ou então um estado de inibição, ou ainda uma anestesia, e mais, às vezes fala-se em depressão associada a uma situação estressante, angustiante. Depressão é caracterizada por uma baixa de terreno e de autoestima. A baixa autoestima, de amor próprio aparece através de uma falta de energia de investir na vida (...). A depressão denuncia um sofrimento, quando existe dor, ela sempre é imperativa. A atenção necessária para a percepção é rígida pela vontade somente quando não há sofrimento. Caso a dor esteja presente, é ela que dirige a atenção (ENGBRECHT, 2001).

Ainda de acordo com a OMS (1993), o que consta na CID-10 é que a depressão ou episódio depressivo se caracteriza principalmente pelo sofrimento causado pelo humor deprimido, desinteresse e energia reduzida, levando a uma fatigabilidade aumentada e atividade diminuída. Também são encontrados sintomas comuns em pessoas que apresentam esse quadro: concentração e atenção reduzidas, autoestima e autoconfiança reduzidas, ideias de culpa e inutilidade, visões desoladas e pessimistas de futuro, ideias ou atos autolesivos ou suicídio, sono confuso e apetite diminuído.

A depressão é classificada como um transtorno de humor e, entre estes, é a que ocorre com maior frequência. Podemos dizer que um indivíduo apresenta um transtorno de humor quando ele não consegue controlar ou mudar seu humor de acordo com as demandas apresentadas no ambiente. O humor é algo variável, que está ligado ao estado afetivo, ou seja, apresentamos diferentes humores em diferentes situações (MONTEIRO; LAGE, 2007).

Quanto a sua etiologia, Dalgalarrodo (2008) aponta que os fatores causais e desencadeadores da depressão são múltiplos, contudo, os biológicos (genéticos e neuroquímicos), certamente são os mais frequentes. A ocorrência do transtorno depressivo também está fortemente ligada a perdas significativas, como o emprego, a morte de alguém muito próximo, o status econômico, ou rompimento de uma relação afetiva.

Peres (2003) lembra que do ponto psicológico e social, as Síndromes Depressivas têm uma relação fundamental com as experiências de perda. Neste sentido, há vários exemplos de perdas que são consideradas significativas para o indivíduo, tais como: perda de uma pessoa querida, de um emprego, de um local de moradia, do status socioeconômico, ou de algo puramente simbólico.

Os episódios depressivos decorrentes das perdas são considerados uma reação esperada, assim como, espera-se que seja superado com o passar do tempo. Contudo, de acordo com Ladd, Owens e Nemeroff (1996 *apud* LAMBERT; KINSLEY, 2006), as perdas que ocorrem no início da vida e os eventos estressantes podem alterar a resposta ao estresse e indicar uma maior propensão do sujeito a desenvolver depressão na vida adulta, bem como outras perturbações mentais.

Um estudo realizado na cidade de Pelotas (Rio Grande do Sul) demonstrou que pessoas que sofreram mais de dois eventos vitais apresentam uma chance duas vezes e meia maior para apresentar transtornos psiquiátricos dos que as que não tiveram nenhum evento no mesmo ano. Além do mais, o mais relevante não é o evento em si, mas a percepção individual do evento (LAMBERT; KINSLEY, 2006).

A depressão também pode se apresentar como distímia ou como depressão maior crônica. O transtorno distímico se define por humor deprimido ou perda de vontade nas ações de rotina, mesmo que a intensidade dos sintomas não seja suficiente para preencher os critérios de Escala de Desenvolvimento Motor (EDM). Uma diferenciação entre distímia e depressão maior crônica está na forma de início. Se o início da depressão crônica for com um evento depressivo maior inteiro, o diagnóstico é depressão maior crônica e se o início foi leve e mais insidioso, com duração de pelo menos dois anos, o diagnóstico é distímia. As duas possuem aspectos diagnósticos parecidos, segundo a Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde, CID-10 (KAPLAN, 2003).

Assim, os eventos internos vão apresentar respostas variantes de acordo com as condições ambientais. Contudo, um evento muito trágico pode levar qualquer pessoa saudável a vivenciar uma depressão profunda (LAMBERT; KINSLEY, 2006).

O conceito de depressão foi emprestado da medicina cardiovascular e significa *ipsis literis* redução da função. Foi legitimado por Kraepelin, psiquiatra

alemão que exerceu enorme influência sobre a formação médica, ao classificar os vários tipos de melancolia dentro do estado depressivo. Ele produziu uma nosografia psiquiátrica, observando grupos de pacientes internados. Classificou os distúrbios orgânicos (lesão anatômica) e funcionais e separou a psicose maníaca depressiva (comprometimento afetivo) da *dementia praecox* (comprometimento na esfera do pensamento). O suicídio é classificado como um elemento de risco entre pessoas deprimidas, e já era mencionado nessa ocasião (BECK, 1997).

Sendo parte de um transtorno ou apenas um estado de humor, a depressão tem como principal sintoma a tristeza, a infelicidade, e na maioria das vezes o humor depressivo que vem após uma frustração ou perda de algo importante (MONTEIRO; LAGE, 2007). “As pessoas deprimidas às vezes descrevem a si mesmas como estando sozinhas em um buraco escuro, profundo, onde elas não podem ser alcançadas e do qual não podem sair” (HOLMES, 2001, p.172).

A depressão maior pode-se apresentar como um único episódio ou de forma recorrente, sua identificação nem sempre é feita, sendo um problema comum e de grande importância por ser sério e incapacitante, mas tratável (WANNMACHER, 2004). A depressão acomete mais mulheres do que homens, estimando-se que as mulheres experimentam duas vezes mais episódios depressivos do que os homens (APA, 2002). De acordo com a Organização Pan-americana de Saúde (2001 *apud* LAMBERT; KINSLEY, 2006), em um período de 12 meses, estima-se que 5,8% dos homens, e 9,5% das mulheres apresentam um episódio depressivo.

A depressão se constitui como um importante problema de saúde pública em seus vários graus e sintomas. A estimativa da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o ano de 1999 foi de que trezentos e quarenta milhões de pessoas sofriam de depressão, o que equivale a dizer que uma a cada seis pessoas adultas sofrem desta doença. É reconhecida como doença crônica e recorrente e, mesmo que não esteja francamente associada à mortalidade, apresenta-se como agravante produção de um pensamento suicida ou a perda progressiva da autonomia do indivíduo. Estatísticas mundiais apontam a depressão como a principal das doenças mentais e com gravidade comparável a moléstias como diabetes, câncer e a síndrome da imunodeficiência adquirida. (RANGÉ, 1995).

De acordo com o CID-10, podemos classificar o evento depressivo em três graus: leve, moderado ou grave. O diagnóstico do evento depressivo envolve dois dos três sintomas principais (humor deprimido, desinteresse ou contrariedade e energia reduzida), podendo ser associado de outros sintomas. O humor depressivo varia pouco e pode vir acompanhado dos sintomas ditos “somáticos”, como, por exemplo, perda de interesse, lentidão psicomotora, agitação, etc. Estes acontecimentos depressivos podem acontecer no âmbito do transtorno bipolar do humor, o qual ocorre um ou mais acontecimentos maníacos ou hipomaníacos, frequentemente revezados com um ou mais acontecimentos depressivos. A depressão bipolar e unipolar são tratadas de maneira diferente pela farmacologia, ainda que sejam utilizados os mesmos critérios para o diagnóstico (MEDEIROS, 1998).

Segundo Sanders, Detera-Wadleigh e Gershon (1999 *apud* LAMBERT; KINSLEY, 2006) estudos com gêmeos idênticos apresentaram uma concordância para transtorno de humor de 60% a 70% quando comparados a gêmeos fraternos (20%), indicando assim, uma forte contribuição dos genes para os transtornos de humor. As teorias evolucionistas indicam o ambiente como fator para as variações de humor, aumentando ou diminuindo a motivação para situações de ganho ou perda. (LAMBERT; KINSLEY, 2006).

Embora se reconheça de modo geral que a depressão é um fenômeno multicausal, a tendência tem sido a sua apreensão fragmentada a partir de óticas disciplinares parciais. Essa abordagem é uma característica da racionalidade moderna ocidental da Medicina, que aponta também para uma inadequação epistemológica na institucionalização das áreas científicas que compreendem tal fenômeno.

Segundo Peres (2006) para que seja feito o diagnóstico de depressão, é necessário que a pessoa apresente pelo menos duas semanas de humor deprimido ou perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades. A esses fatores devem ser somados ao menos quatro sintomas acompanhados de depressão através de uma lista que inclui mudanças em apetite, peso, do sono (insônia ou hipersônia) ou da atividade psicomotora (retardo ou agitação); energia diminuída; sentimentos de inutilidade ou culpa inadequada; impedimento para pensar; concentrar-se ou tomar atitudes, ou raciocínios recorrentes de morte ou planos de

tentativas suicidas. Tais sintomas devem ter surgido recentemente ou ter piorado claramente em comparação ao estado prévio da pessoa.

Os sintomas devem persistir durante a maior parte do dia, em quase todos os dias, por pelo menos duas semanas consecutivas, e causar sofrimento ou prejuízo significativo na esfera social, ocupacional ou outras esferas importantes de funcionamento. Além disso, os sintomas não devem ser causados pelo luto, abuso de substâncias ou por uma condição clínica. A depressão é considerada como uma alteração do humor ou do afeto. É normalmente acompanhada por uma alteração no nível global de atividade. Uma grande parte desses transtornos tende a voltar, e o início dos episódios individuais é frequentemente relacionado com eventos ou situações de estresse.

Para algumas pessoas, o transtorno é crônico e habitual. Alguns estudos mostram que até 30% deles ainda se encontram deprimidos após um ano, 18% após dois anos e 12% após cinco anos de tratamento. “Alguns pacientes tratados apresentam sintomas residuais e subsindrômicos que conduzem a desenlaces desfavoráveis, apresentando risco de recaídas e suicídio, declínio das funções psicossociais e mortalidade elevada decorrente de outras doenças clínicas. Dentre os pacientes que se recuperam de um episódio depressivo, mais de 50% recaem. O regresso dos sintomas depressivos durante o tratamento ocorre em taxas que variam de 9 a 57%. A maior preocupação no acompanhamento desses pacientes é o suicídio e a depressão maior. O risco foi estimado entre 2,2% nos pacientes ambulatoriais menos graves e 8,6% naqueles com depressão mais grave e histórico de hospitalizações” (FACÓ, 2008).

As descrições dos distúrbios nos tratados clássicos da psiquiatria se baseiam quase que exclusivamente nas observações de pacientes europeus internados. Del Porto (2000) refere que, nessas descrições, podem-se reconhecer três dimensões fundamentais da depressão. A primeira, caracterizada pela alteração do humor, é descrita como tristeza patológica, dor moral, hipertimia dolorosa ou humor disfórico. A segunda referindo-se a diminuição dos processos intelectuais e das pulsões instintivas é chamada de inibição psíquica. Finalmente, a terceira descrição é representada pela redução da atividade motora, frequentemente agrupada com sintomas precedentes e se refere à camada de inibição psicomotora.

Essa é a tríade sintomática habitualmente conhecida como basal, em torno da qual se agregam diversos outros sintomas, cuja frequência e importância variam.

A depressão é uma condição relativamente comum, de curso crônico e recorrente, frequentemente associada à incapacidade funcional comprometendo a saúde física. Outro ponto importante é a depressão subdiagnosticada e subtratada. Considera-se que entre 30 e 60% dos casos de depressão não são detectados, portanto, não recebem tratamentos específicos ou adequados. A morbimortalidade associada à depressão pode ser prevenida em torno de 70% com um tratamento correto (FLECK, 2009).

Para certas pessoas ocorrem de fato, disfunções psicobiológicas, como alteração na produção de serotonina, por exemplo. Para essa população a intervenção medicamentosa representa um valioso recurso terapêutico. Contudo pelo emprego excessivo da medicação antidepressiva, os sintomas depressivos mais graves, paradoxalmente, vêm sendo subtratados. Em torno de 50% a 60% dos casos de depressão não são detectados pelo médico clínico. Observa-se frequentemente na prática clínica, a existência de pacientes que estão medicados para depressão sem que de fato exista um diagnóstico clínico para tanto e pacientes que deveriam estar medicados e não estão. A morbidade associada à depressão pode ser em boa parte prevenida, em torno de 70%, com o tratamento correto. Os critérios diagnósticos para depressão provêm dos dois principais sistemas atuais de classificação dos transtornos mentais: a Classificação Internacional de Doenças, da Organização Mundial da Saúde, atualmente na décima edição (CID-10), e o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, da Associação Psiquiátrica Americana, atualmente na quinta edição (DSM-V) (BOTEGA, 2006).

De acordo com os autores citados acima, a depressão primária seria o transtorno básico do humor causado por estar deprimido ou irritado por algo, ou simplesmente pela perda do prazer por atividades que eram prazerosas, bem como por alterações cotidianas, como do sono, do apetite e da psicomotricidade. A secundária (transtorno baseado na etiologia) ocorre após outras doenças como, demências, esclerose múltipla, doença de Parkinson (transtorno de humor devido a uma posição médica geral), ou também através de usos de medicamentos ou abuso de drogas (transtorno de humor induzido por substância) e até mesmo associada a

outras doenças psiquiátricas como o transtorno do pânico, transtorno obsessivo-compulsivo. (KAPLAN, 2003).

A integração entre diferentes profissionais de saúde, compondo uma equipe tende a minimizar essa situação. Outro lado importante a ser considerado, é o contexto sócio cultural onde se produzem esses sintomas depressivos. Quando se reconhece a necessidade de intervenção terapêutica, seja medicamentosa e/ou psicoterápica para tratamento dos sintomas depressivos considera-se apenas o diagnóstico individual desvinculando-se o sujeito desse contexto social ao qual pertence e que também pode ter contribuído para o surgimento dos sintomas depressivos. Quando isso ocorre há o risco de excluirmos essas condições sociais tais como a pobreza e/ou a desigualdade entre os gêneros-da compreensão sobre o surgimento de sintomas depressivos e ansiosos. Leva-se em consideração somente o aspecto individual e não a influencia destes determinantes sociais. Compreende-se então, que certas melhorias sociais, a partir de políticas públicas específicas poderiam colaborar para a diminuição da ocorrência de sintomas depressivos (BAHLS & BAHLS, 2002).

Assim, a partir da percepção que o indivíduo tem dessa perda, seja ela real ou imaginária, restam duas opções: assimilar e conviver com esse sentimento ou, entrar em depressão. Todos nós temos um limite, ou seja, até onde somos capazes de suportar o sofrimento ou a frustração, sem que algo mais grave nos aconteça. Isso depende muito do ego de cada um, algumas pessoas têm um ego muito fragilizado, rompendo-se com maior facilidade. Também está inteiramente ligado ao psiquismo, com a capacidade de “elaborar” o sofrimento (BAHLS & BAHLS, 2002).

Essencialmente, os critérios de depressão desses sistemas de classificação são bastante semelhantes. Para ambos, os sintomas depressivos devem estar presentes na maioria dos dias por pelo menos duas semanas consecutivas e devem causar prejuízo funcional significativo. De acordo com os critérios do DSM-IV, fica ainda explícito que os sintomas não devem decorrer do efeito fisiológico de alguma substância, de alguma posição médica geral como, por exemplo, hipotireoidismo, e não devem ser mais bem explicados por outros transtornos mentais (BECK, STEER e BRON, 1996).

Segundo Silva (2003, p. 144), “A dor tem de ser sentida e esgotada, além de assumida, pois só assim será vencida e amadurecerá a pessoa”. Dessa forma, de acordo com o até aqui exposto, coloca-se, que não é aconselhável seguir à tendência de não se falar sobre sentimentos que envolvam sofrimento. Dentre os fatores ambientais, podem-se destacar os aspectos psicológicos e sociais envolvidos na depressão: frustração (amorosa, ideológica), derrotas (políticas, esportivas), recessão econômica (desemprego, subemprego, achatamento salarial), conflitos familiares e sociais (divórcio, brigas familiares, desentendimentos sociais), mudanças adaptativas (emprego, escola, residência, etc.).

Quanto ao tratamento, percebe-se que programas comunitários tendem a representar uma importante colaboração para a intervenção da depressão, demonstrando a importância do suporte social para o tratamento da mesma. Além disto, torna-se fundamental a diminuição do estigma social que portadores de alterações de ordem mental sofrem. Os sintomas depressivos compartilhados por ambas as classificações incluem: humor deprimido; anedonia; fadiga; alterações de sono; alterações de apetite; agitação ou retardo psicomotor; sentimento de ineficácia: capacidade menor de pensar ou concentrar-se ou indecisão; e pensamentos de morte ou autolesivos recorrentes. O CID-10 inclui um décimo sintoma: autoestima e autoconfiança reduzida (URBINA, 2007).

As diferenças nos dois critérios residem no número e no tipo de sintomas obrigatórios e no número total de sintomas. Assim, de acordo com o CID-10, para preencher os critérios de episódio depressivo, o indivíduo deve apresentar um total de quatro sintomas, sendo que pelo menos dois deles deve ser humor deprimido, anedonia ou fadiga. Para preencher os critérios de episódio depressivo maior pelo DMS-IV, o indivíduo deve apresentar pelo menos cinco sintomas, sendo que um deles deve ser humor deprimido ou anedonia.

O desenvolvimento de escalas para avaliação de depressão procurou identificar e quantificar os sintomas depressivos de modo mais objetivo e reprodutível. Uma destas escalas utilizadas na prática e na pesquisa clínica é o Inventário de Depressão de Beck, ou em inglês *Beck Depression Inventory*, descrito no ano de 1961. Contudo, o BDI não investiga os sintomas depressivos que cada paciente apresenta. Sabe-se, entretanto que não é possível quantificar a subjetividade, para cada paciente existe uma explicação para seus sintomas e ele, e

só ele, buscará um sentido e uma compreensão sobre o surgimento destes neste momento de sua vida (HORNSTEIN, 2006).

Atualmente, uma categoria classificada pelo DSM-V no grupo das depressões sem outra especificação, tem sido chamada de depressão menor. Esse quadro caracteriza-se pela presença de dois a quatro sintomas depressivos do DSM e não dos cinco ou mais necessários para o diagnóstico de depressão maior (HORNSTEIN, 2006).

PS critérios diagnósticos adotados pelo DSM-IV-R (*apud* CALIL & PIRES, 1998) relativos ao Transtorno de Depressão Maior são caracterizados como "cinco (ou mais) dos seguintes sintomas presentes durante o mesmo momento de 2 semanas, representando uma alteração a partir do funcionamento precedente sendo que pelo menos um dos sintomas é humor deprimido ou perda do interesse ou prazer".

(1) humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, indicado por relato subjetivo ou observação feita por outros; (2) interesse ou prazer menor em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias; (3) perda ou ganho importante de peso sem estar em dieta ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias; (4) insônia ou hipersonia quase todos os dias; (5) agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias; (6) fadiga ou perda de energia quase todos os dias; (7) sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada constantemente; (8) capacidade menor de pensar ou concentrar-se, ou indecisão constantemente e (9) pensamentos de morte recorrentes, ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

O Inventário de Depressão de Beck (1996), por exemplo, não identifica os aspectos subjetivos dos sintomas depressivos de cada pessoa. Mas não deixa de ser um recurso diagnóstico que permite identificar uma população de risco psicológico, favorecendo o direcionamento efetivo quanto aos gastos governamentais relacionados às estratégias terapêuticas a serem adotadas. Então, postula-se a necessidade de capacitação de profissionais a realizar de fato um diagnóstico clínico de depressão e ansiedade, bem como políticas públicas que invistam no aumento das equipes de saúde mental para que essas venham a realizar intervenções específicas, sobretudo para a população mais vulnerável.

Para a avaliação dos sintomas que compõem os critérios diagnósticos anteriores, os estudos utilizaram principalmente entrevistas psiquiátricas estruturadas, como a *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI), a *Diagnostic*

Intervie Schedule (DIS), o *Geriatric Mental Status (GMS)*, a *Mini International Neuropsychiatric Intervie (MINI)*, a *Structured Clinical Intervie (SCI)*, a *Psychiatric Diagnostic Assessment (PDA)* e a *Schedule for (DIS)*. No entanto, em alguns casos, os critérios foram avaliados diretamente por meio de entrevista clínica não estruturada. Dentre os estudos revisados, apenas um utilizou uma escala de sintomas depressivos, aos quais foram aplicados os critérios do DSM-III-R (APS, 2002).

Na fase inicial da patologia é comum a depressão ser acompanhada da ansiedade (KAPLAN, 2003). Há a presença da sensação de que tudo está dando errado, elevando os pensamentos de inquietação e aborrecimento, o que eleva o nível da ansiedade, mas no decorrer do aumento da intensidade da depressão, os níveis de ansiedade diminuem, pois há a desistência da luta para sair daquela situação angustiante.

A depressão, como diagnóstico clínico pode ser considerada um problema global de saúde pública pela sua alta prevalência e pelo consequente comprometimento da produtividade, pela susceptibilidade ao desenvolvimento de outras desordens, perda de postos de trabalho e procura mais intensa pelos serviços de saúde, acarretando elevados custos para a sociedade como um todo (ENGBRECHT, 2001).

Ao abordarmos as questões relacionadas à depressão, situaremos aspectos do contexto histórico, no sentido de compreendermos como vem sendo tratada no âmbito da saúde mental. Segundo Monteiro e Lage (2007), a história da depressão está intimamente ligada à temática da melancolia, passando a ser utilizada durante o século XIX.

São muitos os autores que afirmam que a depressão tem se transformado em um quadro de saúde pública no último século (MONTEIRO; LAGE, 2007; PERES, 2003). Peres (2003), que tece uma trajetória mais detalhada quando afirma que, na antiguidade, a melancolia não era relacionada exatamente a uma ideia de enfermidade. Sua descrição relacionava-se a um traço de soberania intelectual e sofisticação social, sendo essa concepção mantida até o início do século XIX. Emil Kraepelin (1883), autor do primeiro Compêndio de Psiquiatria, deteve-se a uma explicação baseada, essencialmente, no quadro clínico da psicose maníaco-depressiva, cujas propriedades foram descritas como uma mudança de episódios

maníacos e episódios depressivos, evidenciando, assim, uma paulatina ausência do termo melancolia.

Considerando os dados estatísticos atuais, cerca de 10 a 15% da população adulta teve ou terá episódios de depressão de severidade clínica considerável para justificar seu tratamento. Segundo Monteiro e Lage (2007, p.33) “A depressão é um dos distúrbios mentais mais frequentes nos dias de hoje, de 4 a 24% da população vive em depressão”.

Diferentemente dos outros autores contemporâneos, nas obras de Freud ainda não temos uma definição teórica sobre depressão, embora o mesmo tenha identificado e descrito manifestações depressivas nas diferentes categorias nosográficas sem, entretanto, igualá-las à melancolia nem agrupá-las para diagnóstico, tal como se vê nos atuais manuais de psiquiatria (MONTEIRO; LAGE, 2007).

Nestes casos, o desenvolvimento infantil se deu de forma precária, com falhas, e o luto ocorre de forma mais confusa do que o normal. O adolescente psicótico, muitas vezes, ainda não sofre de forma tão intensa o luto pela identidade e papéis infantis, pois os pais também não conseguem facilitar esta etapa do desenvolvimento, de modo a incentivar e mostrar que se deve cumprir uma nova forma de comportamento e relação, permitindo e valorizando a independência aos poucos (BOTEGA & COLS., 2006).

No texto "Luto e Melancolia" de Freud, escrito em 1915, o autor se debruça especificamente sobre o tema, fazendo uso do termo para caracterizar um quadro psicótico, descrito antes pela psiquiatria. Neste artigo, Freud trabalha o conjunto de problemas, assinalando que se, em alguns a perda leva à elaboração de um luto, em outros, conduz aos precipícios da melancolia, pois as propriedades distintivas são as mesmas encontradas no estado normal de luto, à exceção de uma: no luto, é possível ter certeza de qual objeto foi terminado; na melancolia, a ausência objetal é retirada da consciência e recai sobre o próprio ego.

A depressão pode ser caracterizada, segundo o DSM-IV (2000), como um Episódio Depressivo em um período mínimo de duas semanas, ao qual o indivíduo demonstra humor depressivo, desinteresse ou prazer por quase todas as atividades na maior parte do dia, causando prejuízo no contexto social, profissional ou em outros aspectos relevantes na vida.

Guimarães e Cunha (2004) definem a depressão como sendo uma síndrome psiquiátrica, compreendendo o humor deprimido, a perda do interesse ou prazer, bem como as alterações do funcionamento biológico, dentre outros.

De acordo com Kaplan (2003, p.493), “a depressão tem sido registrada desde a antiguidade, e descrições do que agora chamamos de transtornos de humor, podem ser encontradas em muitos textos antigos”. Os sintomas descritos desde tempos remotos até os dias atuais são os mesmos sentimentos de tristeza, melancolia, evoluindo o padrão do diagnóstico e tratamento do mesmo.

Para compreendermos mais claramente a questão da depressão, atualmente podemos defini-la como um transtorno de humor ou afetivo, cuja perturbação relevante é uma alteração do humor ou afeto. De acordo com a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da Classificação Internacional das Doenças – CID-10, determinada pela Organização Mundial de Saúde – OMS (1993), as alterações de humor encontradas nos transtornos acima citados são normalmente acompanhadas de uma modificação no nível global de exercício e a prevalência dos sintomas é secundária ou naturalmente entendida no contexto dessas alterações. Estas podem ou não estar vinculadas a eventos estressantes, podendo aparecer em qualquer faixa etária. Ainda de acordo com o CID-10, os transtornos de humor podem ser definidos nas seguintes categorias: episódio maníaco, transtorno afetivo bipolar, episódio depressivo, transtornos constantes do humor, outros transtornos do humor e transtornos do humor não-especificado. Em todas essas categorias, ocorrem subdivisões com a finalidade de auxiliar no diagnóstico do paciente. Na verdade, a distinção entre os graus de gravidade ainda permanece um problema, pois os três graus de classificação estipulados pela CID-10 denominados leve, moderado e grave foram especificados, porque muitos clínicos desejam tê-los disponíveis (OMS, 1993).

Segundo Kaplan (2003), são vários os fatores que influenciam na depressão, dentre os quais fatores biológicos, genéticos, ambientais e os genéticos e ambientais associados. Para estes autores, os aspectos biológicos da depressão resultam de um baixo rendimento de exercício neurológico nas áreas do cérebro, responsáveis pelo prazer. O baixo nível de atividade neurológica origina quantidades menores de neurotransmissores nas sinapses. São dois, os neurotransmissores

implicados na depressão: a norepinefrina, também conhecida como catecolaminas e a serotonina.

É interessante observar que baixos níveis de norepinefrina e de serotonina explicam as reduções no sono, apetite, sexo e atividade motora, reduções estas, que estão frequentemente associadas à depressão, devido ao fato de que, ambos neurotransmissores desempenham um papel crucial no funcionamento do hipotálamo, responsável pelo controle do sono, do apetite, do sexo e do comportamento motor. Ainda de acordo com Kaplan (2003) os fatores genéticos desempenham um fator significativo no desenvolvimento do transtorno de humor. Os estudos familiares comprovam que parentes em primeiro grau de pessoas com transtorno bipolar I estão de oito a dezoito vezes mais propensos do que os parentes em segundo grau, a terem transtorno bipolar I e de dois a dez vezes mais propensos a terem transtorno depressivo maior. Outro dado diz respeito ao fato de que 50 % de todos os pacientes com transtorno bipolar I terem, pelo menos, um dos pais com transtorno de humor, na maioria das vezes com transtorno depressivo maior.

As manifestações do quadro clínico de depressão são variáveis de indivíduo para indivíduo, podendo ser intermitente ou contínua, tendo duração de horas ou de um dia inteiro, ou persistindo por semanas, meses ou anos. A intensidade do sofrimento também pode sofrer variações, sendo comum variar ao longo do tempo. Nesse sentido, convém alertar para que a depressão não seja confundida como sendo apenas um momento de “baixo astral”. Apesar de a tristeza fazer parte da vida psicológica normal, assim como a alegria e outros sentimentos, deve-se suspeitar de algo mais, quando esse sentimento associa-se com uma impossibilidade de manter as atividades laborais e relacionamentos afetivos. A tristeza sem um motivo aparente pode ser um dos primeiros sinais de transtorno de humor. Dessa forma, os sentimentos são diferentes e podem ser percebidos pelo indivíduo. A pessoa deprimida comumente percebe quando seus sentimentos são diferentes de tristezas sentidas anteriormente ou quando difere do estado de negativismo causado pelo luto.

Kaplan (2003) comenta que os estudos de adoções produzem dados que corroboram a base genética para a herança dos transtornos de humor. Chegaram-se à conclusão que filhos biológicos de pais depressivos possuem grandes riscos de serem afetados por um transtorno de humor, mesmo se forem criados em famílias

adotivas não afetadas por episódios depressivos. Os estudos realizados com gêmeos demonstraram que a taxa de concordância para transtorno bipolar I em gêmeos monozigóticos, varia de 33 a 90%. Em contraste, as taxas de concordância entre gêmeos dizigóticos variam de 5 a 25% para transtorno bipolar I e de 10 a 25% para transtorno depressivo maior. A partir destes achados, os defensores da genética argumentam a possível influência nos quadros de depressão, embora estes indicadores não possam ser analisados isoladamente.

Segundo o DSM IV (2000), a classificação dos tipos de depressão é: depressão reativa ou secundária, depressão menor ou distímia, depressão maior ou unipolar e depressão maior ou psicose maníaco-depressivo.

A depressão reativa ou secundária surge em resposta a um estresse identificável como perdas, reações de luto, doença física, tumores cerebrais, AVC, hipo ou hipertireodismo e a utilização de drogas (promazina, barbitúricos, atropina, etc.).

A depressão menor ou distímia é uma desordem depressiva crônica, durando pelo menos 02 anos em adultos e manifesta-se pela presença do transtorno depressivo, em que o paciente consegue funcionar socialmente, mas sem experimentar prazer.

A depressão maior ou unipolar é uma desordem depressiva primária, endógena, e que não tem relação causal com situações estressantes, patologias orgânicas ou psiquiátricas, caracterizando-se por acontecimentos apenas depressivos em momentos variáveis da vida do paciente geneticamente predisposto à doença. Resulta de uma inclinação inata, determinada por fatores hereditários e bioquímicos que produzem um distúrbio da neurotransmissão central, secundária a um déficit funcional de neurotransmissores (dopamina, noradrenalina e/ou serotonina) e/ou a uma alteração transitória de seus receptores ao nível do SNC. Durante o momento, os sintomas depressivos são severos e intensos, impedindo o indivíduo de agir naturalmente, havendo alto risco de suicídio se não tratado.

A depressão costuma ser mais duradoura que as oscilações normais de humor. Nesse caso, para o indivíduo, qualquer situação estressante causa um sofrimento desproporcionalmente maior e mais longo e tudo se transforma em situações e problemas mais pesados do que se sinta capaz de resolver. Como consequência desse sentimento inespecífico, o deprimido tende a se isolar. Vale lembrar que isso é bem diferente da "pessoa triste" que, na maioria das vezes, procura se distrair e se ajudar. A falta de energia, disposição, interesse e força de vontade tornam-se algo insuportável para a pessoa com depressão, principalmente nos casos mais graves (KAPLAN, 2003).

Segundo Silva (2003), a sensação de perda pode advir de um sentimento de decepção em relação aos outros ou até em relação a si mesmo. Na grande maioria dos casos, talvez na totalidade, os estados depressivos associam-se a um rebaixamento da autoestima, com maior ou menor grau de perda ou abalo da imagem idealizada que tenha de si mesmo.

Para Silva (2003), o principal sintoma da depressão nem sempre está ligado à prevalência de sentimentos de tristeza, mas também, a perda de interesse e prazer pelas tarefas do dia a dia. A pessoa acredita que este desinteresse é irreversível. Nas formas mais graves, a depressão apresenta “sintomas psicóticos (delírios e/ou alucinações), marcante alteração psicomotora (geralmente lentificação ou estupor) e fenômenos biológicos (neurais ou neuroendócrinas) associados” (MONTEIRO; LAGE, 2007).

No diagnóstico da depressão devem-se levar em conta três aspectos: sintomas psíquicos, fisiológicos e de comportamento. O indivíduo deve apresentar pelo menos cinco sintomas dos abaixo descritos por pelo menos duas semanas (KAPLAN, 2003). Em relação ao tempo de duração, a depressão é uma doença que poderá persistir por duas semanas, quando o indivíduo está "para baixo", isto é, se apresenta com tristeza, melancolia, relata sensações de "aperto no coração", relata angústia, aparenta inquietação, mostra-se ansioso, sente-se desanimado e com falta de energia para realizar tarefas. Nessa situação, o indivíduo permanece apático, sem motivação e achando que “tudo é sem graça”, bem como, não encontra sentido em nada, mostrando-se pessimista e preocupado. Quando se apresenta nesse estado, todo o organismo está comprometido, afetando inclusive o sono, o apetite e a disposição física (KAPLAN, 2003).

A Classificação Internacional das Doenças, da Organização Mundial da Saúde, em sua décima revisão, o CID-10, assim apresenta os transtornos do humor, em suas linhas gerais:

- F30 - Episódio maníaco (usado para acontecimento único de mania);
- F31 - Transtorno afetivo bipolar;
- F32 - Episódio depressivo (usado para episódio depressivo único);
- F33 - Transtorno depressivo recorrente (tem as mesmas subdivisões descritas para o episódio depressivo);
- F34 - Transtornos persistentes do humor:
 - F34.0 - Ciclotimia e
 - F34.1 - Distímia.

O CID-10 inclui ainda códigos para "outros" transtornos do humor e para "transtornos não identificados".

DSM-IV: A Associação Psiquiátrica Americana, no DSM-IV, assim identifica os transtornos do humor:

Transtornos depressivos:

296 - Transtorno depressivo maior, que é subdividido em episódio único, ou recorrente.

300.4 - Transtorno distímico, que pode ser especificado de acordo com o tipo de início (precoce ou tardio), e de acordo com a presença ou ausência de aspectos atípicos.

311 - Transtorno depressivo sem outra especificação (SOE).

Transtornos bipolares:

296 - Transtorno bipolar I; 296.89 - Transtorno bipolar II (hipomania associada a pelo menos um episódio depressivo maior). Especificar se o episódio atual (ou mais recente) é hipomaniaco ou depressivo;

301.13 - Transtorno ciclotímico;

296.80 - Transtorno bipolar sem outra especificação (SOE);

293.83 - Transtorno do humor devido a condição médica geral e

296.90 - Transtorno do humor sem outra especificação (SOE).

2.2 O QUE É SUICÍDIO, CAUSAS, SINTOMAS COMPORTAMENTAIS, INCIDÊNCIA

O estudo da problemática suicida, através da abordagem psicopatológica e da autópsia psicológica, constitui uma tentativa de compreensão do suicídio adolescente (Marttunen, 1991). Geralmente, os fatores de risco não funcionam como causas, mas sim como correlatos de patologias (BOTEGA & COLS., 2006).

É fundamental reconhecer que o adolescente não é um mero ouvinte ou espectador deste mundo, mas deve ser reconhecido e valorizado como autor realizador e criador de ações no mundo (LUZ & CASTRO SILVA, 1999, p. 95). Portanto, ele deve gostar de conhecer, ter satisfação em aprender, mencionar-se como uma pessoa participante de um mundo cientificamente organizado, com história e cultura própria, tendo seus direitos reconhecidos e preservados.

“Suicídio é uma palavra emanada do latim, derivada da junção das expressões *sui* (si mesmo) e *caederes* (ação de matar). Num sentido geral, significa a ação espontânea por meio do qual o indivíduo possui a finalidade e causa a própria morte“ (VIEIRA, 2008). Sabemos que é absolutamente um desejo consciente de morrer e a noção clara do que o ato executado pode resultar, mesmo que não exista uma definição única.

Pensar na construção da sociedade futura implica num compromisso ético para cuidar das crianças e adolescentes, e isso inclui não apenas oportunidades sócio educativas, mas também um cuidado especial com a saúde mental. Conforme relatam Saggese & Leite (1999), os transtornos mentais têm uma predominância elevada neste grupo, entre 10 e 15%, sendo que mais de 50% destes podem chegar a produzir incapacidade permanente. Os estudos também mostram que esses problemas podem começar precocemente, o que fica demonstrado pelo aumento das taxas de suicídio e homicídio na população jovem em várias partes do mundo.

Segundo dados da OMS (2000), a taxa mundial de suicídio é estimada em torno de 16 por 100 mil habitantes, com variações conforme sexo, idade e país. Calcula-se que as tentativas sejam 20 vezes mais frequentes que o ato consumado. Botega (2007) ressalta que, em termos globais, a mortalidade por suicídio aumentou 60% nos últimos 45 anos; neste período, os maiores índices mudaram de faixa etária - da mais idosa para a mais jovem, sendo esta considerada o grupo de maior risco em 30 países. A morte por suicídio passou a ocupar a terceira posição entre as causas mais frequentes de falecimento, na população de 15 a 44 anos de idade.

Como tem sido relatado, adolescência é um momento especial de definição na área da sexualidade, da profissionalização, da família, podendo impor alguns desafios aos quais nem todos os jovens podem responder positivamente, trazendo sofrimento psíquico e determinando o surgimento de psicopatologias.

No Brasil, até há pouco tempo, o suicídio não era considerado como um problema de saúde coletiva, pois entre as causas externas de mortalidade, encontrava-se na sombra dos elevados índices de homicídio e de acidentes de trânsito, 7 e 5 vezes maiores, respectivamente, em média (BOTEGA, ERLANG, CAIS & MACEDO, 2006). A taxa oficial de necrologia por suicídio neste país é estimada em 4,1 por 100 mil habitantes para a população em geral, apresentando para o sexo masculino em torno de 6,6 e 1,8 para o sexo feminino. No entanto, por tratar-se de um país populoso, encontra-se entre os dez com números completos nesses casos, configurando um total de 7.987 casos em 2004 (BRASIL, 2006).

Várias situações a serem enfrentadas, nesse período, podem contribuir para agravar os riscos à saúde mental desses jovens: doenças crônicas que, inclusive, podem levar à hospitalização prolongada; a gravidez imatura e não concebida; os pais com problemas de depressão e/ou alcoolismo, ou mesmo psicoses; esclarecimento a circunstâncias de violência de qualquer espécie; enfraquecimento

ou quebra dos laços familiares, podendo levá-los à situação de rua; envolvimento precoce com substâncias psicoativas seja lícitas como o álcool ou tabaco, ou ilícitas como maconha ou cocaína; trabalho infantil; envolvimento em situações violentas ou ilícitas relacionadas ao mundo do crime. É importante adotar medidas de proteção que previnam ou diminuam as situações de risco à saúde mental dos jovens, buscando reverter ou impedir o crescimento dos "desafiliados sociais" (VIEIRA, 2008).

Entretanto, sabe-se que as estatísticas sobre o número de suicidas são vagas e subestimadas, uma vez que o número que consta nas estatísticas oficiais é extraído das motivações de morte apontadas nos atestados de óbito, mas nem sempre são confiáveis, pois tanto a família quanto a própria sociedade, comumente, pressionam para que a causa seja falsificada. De acordo com Cassorla (1998), sem dúvida a subestimação estatística será mais intensa quando se trata de crianças e adolescentes, em que os atos autodestrutivos serão negados ou até escondidos pela família, diante de maiores sentimentos de culpa e/ou vergonha pelo ato.

Algumas situações de risco precisam ser detectadas antecipadamente pelos profissionais de saúde e, especificamente, da enfermagem, para garantir ações que busquem diminuir o seu impacto na vida dos adolescentes como: os quadros psicóticos, que podem associar-se ao risco de suicídio e outros agravos como uso de drogas, comportamento violento, acidentes e internação psiquiátrica; os meninos de rua, que representam um grupo exposto, e na sua grande maioria são categorizados como delinquentes e com comportamento antissocial, insistindo em sobreviver numa sociedade que é hostil à sua presença, mas que necessitam de suporte à sua dignidade; os jovens que apresentam dificuldade de aprendizagem escolar e mau comportamento, pois carregam o estigma de "não dar certo na escola e, conseqüentemente, não vão dar certo na vida" (VIEIRA, 2008).

A subestimação das estatísticas sobre atos suicidas deve-se a vários fatores, principalmente, às dificuldades de conceituação. No momento em que um acidente automobilístico foi um acidente ou vontade de tirar a própria vida; ou quando um usuário de drogas falece por overdose; assim como, quando um paciente nega-se a realizar o tratamento de suas patologias; ou quando se recusa a comer, podendo ser compreendido como abandono da vida.

Saggese & Leite (1999) também ressaltam a importância de reconhecer as diferentes linguagens desses jovens "desafiliados", como manifestação de seu

universo cultural diferenciado, que expressam respostas "criativas" e "reativas" aos valores dominantes das formas de autoridades representadas por educadores, médicos, professores, juízes, policiais. As histórias de vida desses adolescentes, seu universo psíquico e cultural com seus costumes, defesas psíquicas e representações, conformam a forma peculiar sobre como se relacionam, diferentemente daquelas dos adolescentes da cultura hegemônica. Muitas vezes, os profissionais de saúde não entendem estas diferentes linguagens, expressas das mais diversas formas. Assim, as estratégias para promoção da saúde mental dos adolescentes devem envolver a organização dos serviços, com a capacitação de seus profissionais.

Segundo Stevenson (1992), há uma tendência de conservar os laços da família de um abalo emotivo desnecessário. Além disso, a morte por suicídio pode ter impacto sobre certos temas legais, tendo vantagens pelos seguros. Mais ainda, Prieto e Tavares (2005) evidenciam que, desde o ano de 1975, a OMS já ressaltava que as diferenças entre as taxas de ocorrência de suicídio nos diversos lugares devessem-se, em grande parte, à falta de uniformidade nos procedimentos de notificação. Segundo a OMS (2000), se os mesmos métodos e regras para verificar se uma morte ocorreu ou não por suicídio fossem aplicados em todos os países, poder-se-ia assegurar com confiança que as diferenças dos índices refletem variações da incidência do fenômeno.

A adolescência é marcada pela vivência de lutos simbólicos pelas perdas da infância, não apenas para os adolescentes, mas também para seus pais, podendo refletir-se nas formas autoritárias de cobrança que ocorrem nas relações entre pais e adolescentes. (VIEIRA, 2008).

Segundo Holmes (2001), o sexo feminino tem três vezes mais chances de pretenderem se matar do que os homens, embora estes consigam três vezes mais em suas tentativas. A explicação para esta diferença ainda não está bem definida, mas acredita-se que, no primeiro caso, isso se deva a elas serem mais tendenciosas a possuírem depressão do que o sexo masculino, analisando, deste modo, o papel desempenhado pela depressão diante dos atos suicidas. Porém, no segundo caso, a teoria para esclarecer a desigualdade entre o sexo feminino e o sexo masculino que estes usam técnicas mais agressivas (armas de fogo, queda de edifício) do que aquelas (overdose, lesão em partes do corpo, uso de fármacos), tendo aumento de, as chances das tentativas por eles utilizadas serem bem-sucedidas.

Teles (1993) expressa que a entrada na adolescência é muito dolorosa, principalmente numa sociedade tão complexa, confusa e competitiva. O jovem sente e percebe a sociedade como altamente hostil, vê o mundo adulto com dúvida, vive a falta de expectativas, esperanças ou sonhos, daí o índice cada vez mais elevado de adolescentes, enfrentando as mais variadas formas de depressão, carregados de sofrimento, ansiedade e medo.

Conforme Barros, Coutinho, Araújo & Castanha (2006), tem-se observado, nas últimas décadas, que os casos suicidas têm crescido entre os jovens, sendo a adolescência uma etapa bastante aliada à morte por razões violentas. É um período do desenvolvimento marcado por diversas modificações biológicas, psicológicas e sociais; e essas mudanças, geralmente, são acompanhadas de conflitos e angústias. Às vezes, quando expostos às intensas e prolongadas situações de sofrimento, de desorganização, os adolescentes podem desenvolver patologias e tornar-se mais suscetíveis ao suicídio (TEIXEIRA & LUÍS, 1997). É, também, nesse período que tanto as ideações quanto às tentativas ganham uma maior extensão, quando associadas ao quadro depressivo, embora essa situação não se restrinja somente à adolescência.

Se a adolescência representa um processo de construção e afirmação da identidade, pergunta a autora: como encontrar a si mesmo e afirmar-se em um mundo tão inconsistente, que não oferece modelos atraentes e significativos e com pontos de apoio seguros? (VIEIRA, 2008).

Algumas vezes o adolescente vê-se envolvido por conflitos, sentindo-se sozinho, frágil, ou com dificuldades para lidar com altos níveis de tensão. Nessas condições queixam-se do controle dos pais, da falsidade e do egoísmo dos adultos, das mensagens confusas dos meios de comunicação, dos professores mal preparados. Todos estes problemas se desenrolando num ambiente hostil, sem estímulo, assistência e solidariedade, acabam por levar o adolescente à depressão e, algumas vezes, ao suicídio (VIEIRA, 2008).

A prevenção do suicídio ocorre de acordo com o trabalho desenvolvido com os fatores protetores e com a diminuição dos de risco. Risco, segundo Benincasa e Rezende (2006), “é um conceito da Epidemiologia Moderna e refere-se à probabilidade da ocorrência de algum evento indesejável. Os fatores de risco são elementos com grande probabilidade de desencadear ou associar-se ao desenvolvimento de um evento indesejado, não sendo, necessariamente, o fator

causal. Já os fatores de proteção são recursos pessoais ou sociais que atenuam ou neutralizam o impacto do risco”.

Do que o adolescente carece para não entrar neste estado de angústia que pode levá-lo à morte? De presença, solidariedade, amor, compreensão, diálogo, estímulo, honestidade, de forma que perceba que suas dificuldades têm saídas e que conta com a ajuda de muitas pessoas. Alguns especialistas afirmam que apesar de alguns dados de morbidade terem diminuído para a população em geral, aumentaram para o grupo de adolescentes. Assim, insistem que "os jovens de hoje são mais suicidas, têm mais depressão, mais gravidez não planejada, usam de mais violência e têm mais mortes violentas que seus predecessores de qualquer outro grupo, na história da humanidade". O jovem atual identifica realisticamente que não existem oportunidades iguais para todos. Situado entre a infância e a idade adulta, carrega o pesado fardo dos dois períodos: o peso do próprio passado e o peso das falhas das gerações que o precederam. (GUNTER, 1999, p. 87-90)

Perante a literatura científica os fatores de acolhimento são pouco falados, e os de riscos são bem mais trabalhados. Dentre estes, os principais, segundo Botega e cols. (2006), são: “transtornos mentais, perdas recentes, ou de figuras parentais na infância; dinâmica familiar conturbada; personalidade com fortes traços de impulsividade e agressividade; certas situações clínicas (como doenças crônicas incapacitantes, dolorosas, desfigurantes); ter acesso fácil a meios letais”.

Segundo Stevenson apud Klein (1997), o suicídio é a segunda causa de morte mais prevenível e, dentre o grupo dos mais sujeitados, estão os adolescentes. Como eventos precipitantes e mais frequentes que podem preceder o comportamento suicida, podemos citar: confrontos entre os pais, confrontos com os pais, perda de um dos pais, divórcio dos pais, rompimento de um relacionamento íntimo, fracasso escolar, perda de interesse em atividades habituais, queixas de tédio.

“Fatores sociodemográficos indicam que os indivíduos com maior risco de suicídio são: do sexo masculino, na faixa etária entre 15 e 35 anos ou acima de 75 anos, em condições econômicas extremas (muito ricos ou muito pobres), residentes em áreas urbanas, desempregados (principalmente perda recente do emprego), aposentados, ateus, solteiros ou separados e migrantes” (OMS, 1993). Estudos têm identificado que a aceitação desses seres humanos ao tratamento é baixa (BOTEGA & COLS., 2006). Há três correntes principais que tentam explicar a questão do

suicídio: a doutrina psiquiátrica que o associa à doença mental; a doutrina psicológica que o associa a fatores pessoais e motivações particulares conscientes ou inconscientes; a doutrina sociológica que reflete os padrões de relacionamento social, sendo contextualmente configurados (VIEIRA, 2008).

Com relação aos fatores de proteção do suicídio, destacam-se os seguintes: pessoas com bons relacionamentos afetivos; que possui uma integração em grupo ou comunidade; religiosidade; ter um relacionamento fixo; ter filhos menores. A religiosidade tem um papel fundamental na prevenção do suicídio, pois auxilia no enfrentamento de doenças graves. (BOTEGA & COLS, 2006).

Podemos refletir que, muitas vezes, há uma junção desses fatores que podem potencializar os riscos e as possibilidades de o adolescente efetivar a tentativa de suicídio. Ou seja, a solução de impasses e problemas temporários na vida dos adolescentes acaba sendo definitiva - a morte. O papel dos profissionais de saúde é o de resgatar, para estes jovens, a perspectiva de soluções dos seus problemas (VIEIRA, 2008).

Relativamente à tentativa de suicídio nesta idade, por ser um acontecimento raro, torna-se mais difícil estudar acontecimentos que nos forneçam pistas sobre as causas do aumento do suicídio na população adolescente no decorrer dos últimos anos ou “descobrir” estratégias preventivas que possam diminuir o risco da sua ocorrência (BOTEGA & COLS, 2006).

Conforme relata Infante (2001), a subjetividade da adolescência identifica-se como um momento de conclusão, de escolhas definitivas, de intimação do próprio corpo e o do outro, que podem parecer sem saída, sendo que a solução do impasse confunde-se com o suicídio.

A conduta suicidária, tanto letal (suicídio) como não letal (tentativa de suicídio e para-suicídio), representa um verdadeiro desafio para os serviços de saúde mental, nomeadamente no que respeita à compreensão dos fatores psicológicos que a ela predispõem e a precipitam (VIEIRA, 2008). Em cada conduta suicidária existem variantes sociais, psicológicos e biológicos, o que leva a entender a tentativa de suicídio adolescente como uma situação multideterminada obrigando a que seja alvo de uma abordagem multidisciplinar (BOTEGA & COLS, 2006).

Alguns indicadores associados às situações potencialmente destrutivas podem ser listados para conhecimento e difusão entre os profissionais das mais

diversas áreas, bem como a família, os amigos, os vizinhos que estão presentes no espaço social. Dentre eles, citamos:

Comportamento em classe - declínio na produção, absenteísmo, pouca concentração, comportamentos rebeldes repentinos, temas sobre a morte dominando a produção, perda de interesse em atividades previamente prazerosas.

Comportamento interpessoal - abandono das relações, mudanças repentinas nas relações, evitação de envolvimento e de ser tocado.

Situações físicas - o abuso de substâncias psicoativas, gravidez indesejável, entre outras.

Expressões verbais de tentativa de suicídio ou depressão - afirmações diretas de intenções ou formulações indiretas do tipo "ninguém se importa se estou vivo ou morto".

"Comportamento em casa - depressão ou doença mental na família, incesto ou abuso, relacionamento parental conflitante, falta de comunicação, exagerada pressão no sentido do desempenho" (INFANTE, 2001, p. 403).

Diversos estudos mostram uma maior vulnerabilidade dos adolescentes face às mudanças sociais e familiares que acompanham a instabilidade cultural e econômica dos nossos dias (BOTEGA & COLS, 2006).

A ideia de suicídio representa, portanto, algo imaginário, e o desejo de verdadeiramente efetivar o suicídio é mórbido. Essa fronteira é muito delicada e é desejável falar sobre a morte com franqueza, com os adolescentes que apresentam problemas (VIEIRA, 2008).

Define-se tentativa de suicídio como um gesto autodestrutivo não fatal, isto é, o indivíduo não conseguiu concretizar o objetivo de pôr termo à vida. O termo para-suicídio foi adaptado, mais recentemente, para caracterizar atos de autodestruição que não conduziram à morte ou, nos quais não se encontrava presente a intenção de morrer (BOTEGA & COLS, 2006).

A ideia do suicídio é uma fuga para além do comportamento habitual. Conforme relato de Dolto (1990, p.122), alguns jovens que chegam a este ato autodestrutivo estão convencidos de que é um peso para suas famílias, sentem-se culpados por terem nascido e não se sentem incluídos. Há um sentimento que reflete ausência de toda possibilidade de esperança, alegria, amor por si e, quando se cria o fantasma do suicídio, o jovem experimenta uma condição de poder sobre si mesmo, envaidece-se com a ideia da morte e com a emoção que vai causar aos que o consideraram. Para ele, trata-se de uma conduta de risco vinculada a uma aventura, fantasia ou agressão.

Desta forma, considera-se tentativa de suicídio adolescente todo o ato não fatal de automutilação ou de autoenvenenamento, executado de vontade própria, por um indivíduo com idade compreendida entre os 10 e os 21 anos. No caso de se tratar de intoxicação medicamentosa – a maioria das situações – significa que a substância foi ingerida em excesso em relação à dosagem habitualmente utilizada sob o ponto de vista terapêutico (BOTEGA & COLS., 2006).

3. SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA

3.1 RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO E SUICÍDIO

Silva (2006) descreve adolescentes com comportamentos autodestrutivos avaliados entre 1993 e 1995 e, apesar do perigo subjacente a este tipo de generalizações, chegam a um perfil do adolescente que tenta o suicídio: são na sua grande maioria prostitutas; apresentam uma idade média de 17 anos; a maioria mora com sua família e são estudantes. O método preferencial recai sobre a ingestão medicamentosa; na maioria dos casos aconteceu algo que potenciou a conduta autodestrutiva tais como conflitos familiares, ruptura afetiva ou insucesso escolar; apresentando critérios diagnósticos de síndrome depressiva.

De acordo com Peres e Rosenberg (1998), a adolescência é vista como uma etapa do desenvolvimento humano de mudança entre a infância e a vida adulta, lembrada principalmente pelas alterações biológicas da juventude e relacionadas à maturidade psicossocial. Essas alterações podem gerar ansiedade e angústia, facilitando o surgimento de brigas e dificuldades emocionais.

Os fatores de risco apontados são numerosos, no entanto as perturbações psiquiátricas, principalmente a depressão, e tentativas de suicídio anteriores figuram entre as mais citadas, bem como as perturbações do comportamento e suas associações (VIEIRA, 2008).

Segundo Monteiro e Lage (2007) a depressão pode ser considerada um dos transtornos principais da época, até 1960, quando a sua ocorrência na infância e na adolescência começou a ser estudada, os transtornos de humor eram entendidos como uma condição rara nesta faixa etária.

Para Silva & Cols (2006), mesmo que as perturbações psiquiátricas sejam raras, os autores consideram que o desenvolvimento psicoafetivo de jovens que tenham feito tentativas de suicídio será fortemente perturbado. Nos dias atuais Bahls (2002), considera a depressão em adolescente algo rotineiro, debilitante e recorrente, envolvendo um alto grau de morbidade e mortalidade, representando um sério problema de saúde pública.

Num estudo realizado por Infante (2001) mais de 90% dos adolescentes vítimas de suicídio receberam o diagnóstico de pelo menos uma perturbação psiquiátrica, com maior prevalência para as perturbações depressivas, tais como

perturbação depressiva major, perturbação distímica e perturbação depressiva sem outra especificação.

Muitas das perturbações psiquiátricas com início na adolescência têm uma forte continuidade para a vida adulta e, deste modo, poderão contribuir para a morbidade psiquiátrica adulta. A depressão com início na adolescência tem uma forte e específica relação com a depressão no adulto e associa-se ao aumento da mortalidade por suicídio e ao aumento da deterioração psicossocial pelo uso tanto de psicotrópicos, como dos serviços médicos na vida adulta (CASSORLA, 2001).

O atraso no diagnóstico, especialmente de depressão, constitui um fator de risco acrescido na adolescência. A banalização das perturbações afetivas dos adolescentes e as dificuldades diagnósticas contribuem para que as perturbações se prolonguem e, neste contexto, importa ter presente que os gestos suicidas podem ser a primeira manifestação reconhecida de uma perturbação que vai crescendo ao longo dos meses (INFANTE, 2001).

Por outro lado, fatores como a identificação e o reconhecimento de inquietações psicológicas na adolescência são complicados por fatores intrínsecos e por acontecimentos do progresso neste período (VIEIRA, 2008).

É possível que uma variável importante na explicação das diferenças entre sujeitos com ideação suicida, uma tentativa de suicídio ou com múltiplas tentativas de suicídio seja o período de tempo durante o qual a patologia permaneceu sem tratamento. Um indivíduo com uma tentativa de se matar com impedimento na solução de problemas nos mecanismos de “coping” pode, sem intervenção adequada no tempo, tornar-se num sujeito com múltiplas tentativas de suicídio, e permitindo patologias dos Eixos I e II do DSM-IV, não só para emergirem, mas também para cristalizarem (SILVA & COLS, 2006).

Assim, as perturbações afetivas assumem uma posição relevante na compreensão do ato suicida. Contudo, não é condição suficiente para explicar a razão da situação da tentativa de suicídio adolescente, pelo que algo muito peculiar deve ter ocorrido que ruma no sentido completamente oposto normal ao desejo de autopreservação (VIEIRA, 2008).

Também a “desesperança” deve ser encarada como um preditor do suicídio tal como a presença de perturbação afetiva, ideação suicida severa, história de

tentativa de suicídio, prévia trajetória de suicídio na família, trajetória de abuso de álcool e drogas e fatores demográficos relevantes como idade, sexo e raça. Vários autores defendem que a “desesperança” é um fator relevante na relação entre a depressão e intenção suicida nos para-suicidas. A “desesperança”, mais do que a depressão, parece ser um forte indicador de intenção suicida (INFANTE, 2001).

Outros autores apontam para a influência de certas variáveis da personalidade no comportamento suicida. A literatura disponível expõe algumas dessas variáveis que têm sido descritas como sendo muito relevantes na predição do suicídio apesar de existirem poucas tentativas empíricas no sentido de examiná-las e avaliar objetivamente. Os estilos de personalidade perfeccionista podem aumentar significativamente a probabilidade de comportamento suicida, principalmente em adolescentes (SILVA & COLS, 2006).

Entre os fatores psiquiátricos associados ao suicídio, em primeiro lugar está a depressão, alteração afetiva predominante no ato suicida, desde sua ideação, intenção, até o suicídio de fato. Apesar de vários motivos ou explicações rodearem o suicídio dos adolescentes, como por exemplo, os fatores de ordem sexual, as drogas, timidez, insucesso escolar, problemas sentimentais, de relação familiar, e muitos outros, se a pessoa passar por tudo isso sem depressão ela, certamente, não se suicidará. Alguns autores consideram que, além da depressão, tem sido comum em adolescentes suicidas também um transtorno de conduta (BEYAERT, 1999)

A determinada altura surgiu à hipótese de o comportamento suicidário ser geneticamente transmitido, estando em causa um mecanismo diferente de transmissão familiar relativamente a outras condições psiquiátricas. Foi avaliada a história familiar de comportamento suicidário e colocada à hipótese que o fenótipo para a labilidade incluiria a tentativa de suicídio e o suicídio, mas não englobaria a ideação suicida, podendo também incluir o comportamento agressivo. Outras investigações apontam para as mudanças deficitárias do sistema serotoninérgico como um dos fatores biológicos associados à conduta suicidária (VIEIRA, 2008).

3.2 ESTUDOS EMPÍRICOS

Assumpção e Kuczynski (2000) afirmam que, nas crianças em fase pré-puberal, pode ser vista preponderância de sintomas identificados por aspecto deprimido, agitação e queixas somáticas. Nos adolescentes, observa-se a impressão de melancolia, mudanças de peso, hipersonia e maior constância de ideação suicida. Podemos observar ainda o retraimento do EU na depressão. Com essa retração, ocorre a redução do contato com o ambiente, manifesta por meio de desinteresse, falta de reatividade, e anedonia e fadiga constantes, que levam ao estreitamento e à limitação dos horizontes, pois o indivíduo depressivo acaba se isolando.

Arnautovska e Grad (2010) investigaram as atitudes de 423 adolescentes Eslovênios de 18 anos de idade com relação ao suicídio. Foi verificado que os adolescentes que relataram a experiência de qualquer tipo de comportamento suicida tiveram significativamente mais demonstrações tolerantes com relação ao suicídio do que aqueles sem tais experiências. A permissividade com relação ao suicídio se relacionou positivamente com a ideação suicida, tentativas de suicídio e com a maioria dos fatores de risco ao suicídio. As atitudes permissivas dos adolescentes com relação ao suicídio diferiram por tipo de família e por gênero, sendo que adolescentes com pais divorciados tiveram as atitudes mais permissivas com relação ao suicídio e aqueles com uma experiência de morte na família tiveram as atitudes mais negativas. Por fim, foi verificado que as meninas tiveram atitudes mais permissivas com relação ao suicídio do que os meninos.

Baggio, Palazzo e Aerts (2009) investigaram a prevalência de planejamento suicida e fatores associados em adolescentes escolares da região metropolitana de Porto Alegre. Foi encontrada uma prevalência de 6,3% de planejamento suicida entre esses adolescentes, com taxas maiores de planejamento entre as meninas. Com relação aos fatores associados ao planejamento, os adolescentes que relataram sentimentos de solidão e tristeza apresentaram prevalência mais alta de planejamento suicida do que adolescentes sem esses sentimentos. Os pesquisadores reforçam, assim, a ideia já sustentada por outros autores de que a presença de sintomas depressivos - como sentimentos de melancolia, desilusão, humor deprimido, falta de motivação, desinteresse ou contrariedade, perda ou ganho significativo de peso, problemas de sono, impedimento de entender ou

centralizar-se dentre outros - é uma característica de ameaça para o suicídio e de que a adolescência é considerada um período propício tanto para a ideação quanto para as tentativas de suicídio, principalmente quando associada à depressão.

3.3 FATORES DESENCADEANTES

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (1993), a vulnerabilidade associada à doença mental, à depressão, a desordens relacionadas ao álcool (alcoolicismo), ao abuso, à violência, a perdas, à história de tentativa de suicídio, bem como à “bagagem” cultural e social representam os maiores fatores de risco ao suicídio. Baggio, Palazzo e Aerts (2009) é importante considerar que esses aspectos, isoladamente, não são preditores do suicídio, mas as consequências deles derivadas podem aumentar a vulnerabilidade dos indivíduos ao comportamento suicida.

Especificamente com relação ao suicídio adolescente, alguns estudos destacam os seguintes fatores que podem constituir-se como risco: isolamento social, abandono, exposição à violência intrafamiliar, história de abuso físico ou sexual, transtornos de humor e personalidade, doença mental, impulsividade, estresse, uso de álcool e outras drogas, presença de eventos estressores ao longo da vida, suporte social deficitário, sentimentos de solidão, desespero e incapacidade, suicídio de um membro da família, pobreza, decepção amorosa, homossexualidade *bullying*, *locus* de controle externo, oposição familiar a relacionamentos sexuais, condições menores de ter uma vida saudável, falta de amor próprio, baixo nível de aprendizagem, entre outros aspectos.

4. METODOLOGIA

A pesquisa bibliográfica representa grandes contribuições culturais ou científicas sobre determinado assunto, tema ou problema e permite ao pesquisador desenvolver através de outros estudos, um novo trabalho (LAKATOS; MARCONI, 1991).

A pesquisa pode ser considerada como forma de aprendizagem cultural e como forma de produção cultural. A pesquisa é "um procedimento reflexivo, sistemático, controlado e crítico, que permite descobrir novos fatos ou dados, relações ou leis, em qualquer campo de conhecimento" (LAKATOS; MARCONI, 2010, p. 44).

A revisão integrativa é um método de revisão literária mais abundante, que pode incluir literatura teórica e empírica e outros estudos com diferentes abordagens metodológicas de forma quantitativa e qualitativa. As pesquisas incluídas na revisão são analisadas em relação aos seus objetivos, instrumentos e métodos, permitindo que o leitor analise o conhecimento já existente sobre o tema investigado. Diferentemente da revisão tradicional segue um registro estabelecido que deve orientar todo o processo de revisão, do reconhecimento do problema, passando pela busca de informação ao resultado final. Ela também aponta lacunas do conhecimento que podem ser enriquecidas com a realização de outros estudos (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009).

Os textos identificados foram submetidos à análise de conteúdo e após análise e apreciação foram catalogados e empregados na construção textual.

O presente estudo apresenta contribuições teóricas de vários autores, os quais realizaram pesquisas relacionadas aos temas abordados no mesmo, a partir de uma criteriosa coleta de artigos, livros e materiais disponibilizados em bases de dados, como: BVS-Psi Brasil (SciELO e PePSIC) e livros acadêmicos. Os materiais utilizados apresentam as datas compreendidas entre os anos de 1981 e 2015 e os seguintes descritores: depressão, adolescência e suicídio.

As publicações encontradas foram categorizadas e apresentadas de modo que foi possível realizar a análise de conteúdo e, catalogá-lo na construção textual.

Isto posto, o estudo realizado tem a finalidade de conhecer as contribuições científicas sobre o tema, ao mesmo tempo em que contribui para uma discussão e

debate sobre o assunto. Na elaboração do trabalho foram utilizadas referências bibliográficas específicas de acordo com o tema encontrado no BVS-Psi Brasil e em livros acadêmicos. Foram encontradas 50 bases de dados e foram utilizadas somente 18 do SciELO e 2 do PePSIC. Os demais foram excluídos por se tratarem de artigos repetidos ou foram descartados na confecção deste trabalho por não se tratarem do tema principal que é: Depressão e suicídio na adolescência como, por exemplo, depressão pós-parto, abuso sexual, gravidez na adolescência e agressão entre os pares no espaço virtual.

4.1 COLETA DE DADOS

Estudo	Característica	Objetivo	Método	Principais resultados
Aragão, Thais Araújo et al. Uma perspectiva psicossocial da sintomatologia depressiva na adolescência. <i>Ciênc. saúde coletiva</i> , Abr 2009.	Estudo empírico	Este trabalho objetivou apreender as representações sociais (RS) da depressão entre adolescentes inseridos no contexto do ensino médio.	Participaram 222 adolescentes, de ambos os sexos (53% masculino e 47% feminino), com idades entre 14 e 19 anos, que cursavam da primeira a terceira série do ensino médio. Os instrumentos utilizados foram: inventário de Beck para medir depressão (BDI), No segundo momento do estudo foram aplicados os testes de associação livre de palavras com os estímulos indutores: depressão, pessoa deprimida e eu mesmo, posteriormente as entrevistas semi-estruturadas.	Verificou-se que os adolescentes ancoraram suas RS da depressão como sinônimo de dor, mágoa, infelicidade, ódio, morte, desânimo, angústia, solidão e choro.
Avanci, Joviana Q., Assis, Simone G. and Oliveira, Raquel V. C. Sintomas depressivos na adolescência: estudo sobre fatores psicossociais em amostra de escolares de um município do Rio de Janeiro, Brasil. <i>Cad. Saúde Pública</i> , Out 2008	Estudo empírico	Este estudo objetiva identificar fatores sócio-demográficos, familiares e individuais potencialmente de risco à sintomatologia depressiva de adolescentes escolares.	Baseia-se num estudo transversal com 1.923 alunos das 7ª e 8ª séries do Ensino Fundamental e 1º e 2º anos do Ensino Médio de escolas públicas e privadas de um município do Rio de Janeiro, Brasil. A sintomatologia depressiva foi aferida através de itens da SRQ-20 (Harding, 1980) e da escala de resiliência (Wagnild & Young, 1993). Para análise, utilizou-se a regressão logística hierárquica.	Os resultados revelam que 10% dos adolescentes apresentam sintomatologia depressiva. Meninas têm mais que o dobro de chance de apresentar esses sintomas do que os meninos. Discute-se a necessidade de políticas públicas eficazes ao atendimento do adolescente, em nível preventivo, contemplando aspectos psicossociais estratégicos, formando uma rede de tratamento.
Avanci, Rita de Cássia, Pedrão, Luiz Jorge and Costa Júnior, Moacyr Lobo da Tentativa de suicídio na adolescência: considerações sobre a dificuldade de realização diagnóstica	Revisão Bibliográfica	Este trabalho tece considerações sobre tentativas de suicídio entre adolescentes relacionado-as com os preconceitos existentes e a atual abordagem dos profissionais de enfermagem frente à questão.	Foi embasado na literatura pertinente, principalmente em um estudo epidemiológico da tentativa de suicídio na adolescência, realizado numa Unidade de Emergência, e na experiência prática profissional nesta mesma Unidade, onde se	Foram abordados temas que tratam da dificuldade da realização do diagnóstico de tentativa de suicídio relacionados ao preconceito da sociedade e do papel do profissional de enfermagem frente a esse paciente.

<p>e a abordagem do profissional de enfermagem. <i>SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.),</i> Fev 2005</p>			<p>convive com esses adolescentes e seus familiares.</p>	
<p>AZEVEDO, Ana Karina Silva e DUTRA, Elza Maria do Socorro. Relação amorosa e tentativa de suicídio na adolescência: uma questão de (des)amor. <i>Rev. abordagem gestalt.</i> [online]. 2012.</p>	<p>Revisão Bibliográfica</p>	<p>O objetivo desta pesquisa consistiu em compreender como adolescentes que tentaram suicídio por questões amorosas vivenciaram essa experiência.</p>	<p>A estratégia metodológica utilizada teve inspiração humanista-existencial, utilizando como instrumento de pesquisa a narrativa, baseada nas ideias de Walter Benjamim (1994). Participaram do presente estudo quatro jovens (três do sexo feminino e um do sexo masculino).</p>	<p>O estudo evidenciou a presença de impulsividade com relação ao ato suicida; a maioria dos jovens era proveniente de famílias que vivenciaram a perda de uma das figuras parentais, ou separação dos pais. A tentativa de suicídio foi cometida através da ingestão de medicamentos; observamos também a expressão de culpa ou arrependimento após a tentativa de autoextermínio.</p>
<p>Bahls, Saint-Clair. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes: clinical features. <i>J. Pediatr. (Rio J.),</i> Out 2002.</p>	<p>Revisão Bibliográfica</p>	<p>Apresentar uma revisão sobre o quadro clínico, a evolução, a comorbidade e o comportamento suicida na depressão em crianças e adolescentes, com o objetivo de contribuir com o esclarecimento desta patologia grave, comum e ainda pouco reconhecida.</p>	<p>Foram realizados levantamento no sistema Medline no período de 1991 a 2000, e levantamento manual da literatura.</p>	<p>O interesse científico pela depressão em crianças e adolescentes é bastante recente, pois até a década de 70 acreditava-se que fosse rara ou inexistente. Os sistemas diagnósticos atuais definem que os sintomas básicos de um episódio depressivo maior são os mesmos em crianças, adolescentes e adultos; entretanto, os pesquisadores destacam a importância do processo de maturação na apresentação sintomatológica da depressão, com características predominantes em cada fase do desenvolvimento.</p>
<p>Baptista, Makilim Nunes, Baptista, Adriana Said Daher and Dias, Rosana Righetto Estrutura e suporte familiar como</p>	<p>Revisão Bibliográfica</p>	<p>Neste estudo, buscou-se identificar os fatores de risco e de proteção relacionados a este fenômeno para seu tratamento clínico.</p>	<p>Sabe-se que a depressão pode ser influenciada, na sua etiologia e manutenção, por fatores biológicos/genéticos, psicológicos e sociais, dentro dos quais este artigo abordará,</p>	<p>Desta forma, o clínico deve estar atento para todas, senão grande parte destas variáveis, com o objetivo de desenvolver um diagnóstico mais objetivo e</p>

<p>fatores de risco na depressão de adolescentes. <i>Psicol. cienc. prof.</i>, Jun 2001.</p>			<p>mais especificamente, os aspectos sociais, principalmente as influências na relação entre o suporte familiar e a depressão na adolescência. Foi embasado na literatura pertinente, principalmente em um estudo epidemiológico da tentativa de suicídio na adolescência.</p>	<p>preciso, além de realizar uma intervenção de ampla magnitude.</p>
<p>Benincasa, Miria and Rezende, Manuel Morgado Tristeza e suicídio entre adolescentes: fatores de risco e proteção. <i>Bol. psicol</i>, Jun 2006.</p>	<p>Estudo empírico</p>	<p>Neste estudo, buscou-se identificar os fatores de risco e de proteção relacionados a este fenômeno.</p>	<p>Para isso, selecionaram-se 32 adolescentes, distribuídos em dois grupos pertencentes à classe A e dois à Classe D, conforme especificações do IBGE. Utilizou-se o método do Grupo Focal para coleta e análise dos dados.</p>	<p>Os resultados apontaram que o risco a ser abordado é a tristeza, enquanto o suicídio foi considerado pelos sujeitos uma consequência deste sentimento. “Briga dos pais”, “solidão” e traição de amigos, namorado(a)” foram apontados como fatores de risco para tristeza entre adolescentes.</p>
<p>Biazus, Camilla Baldicera and Ramires, Vera Regina Röhne Depressão na adolescência: uma problemática dos vínculos. <i>Psicol. estud.</i>, Mar 2012.</p>	<p>Revisão Bibliográfica</p>	<p>Este artigo discute a problemática da depressão na adolescência com base na vertente psicanalítica da Teoria do Apego. Primeiramente são estacadas as especificidades da adolescência e sua relação com o surgimento da depressão.</p>	<p>A partir daí, são apresentados os conceitos de função reflexiva e de capacidade de mentalização, objetivando pensar o fenômeno depressivo na adolescência como uma problemática dos vínculos afetivos.</p>	<p>Conclui-se que há uma associação importante entre o estabelecimento de um padrão de apego inseguro na infância e o desenvolvimento da depressão na adolescência.</p>
<p>Braga, Luiza de Lima and Dell'Aglio, Débora Dalbosco Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. <i>Contextos Clínic</i>, Jun 2013.</p>	<p>Revisão Bibliográfica</p>	<p>Este artigo discute fatores de risco ao suicídio na adolescência, bem como características epidemiológicas de jovens que tentam ou cometem suicídio, a partir de uma perspectiva desenvolvimental.</p>	<p>Por meio de uma revisão não sistemática de literatura, a partir de estudos nacionais e internacionais sobre o tema.</p>	<p>Foi possível identificar alguns fatores de risco que têm sido associados ao comportamento suicida, tais como transtornos psicológicos, uso de álcool e/ou drogas, exposição à violência, conflitos familiares, história de suicídio na família e experiências estressoras. Dentre os principais fatores de risco, destaca-se a depressão como tendo um papel fundamental no desenvolvimento de pensamentos e comportamentos de morte.</p>

Crivelatti, Marcia Manique Barreto, Durman, Solânia and Hofstatter, Lili Marlene Sofrimento psíquico na adolescência. Texto contexto - enferm. , 2006.	Estudo empírico	Teve como objetivo investigar os sentimentos dos adolescentes diante da patologia e o conhecimento que possuem sobre a doença.	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. 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.
Cruzeiro, Ana Laura Sica et al. Prevalência e fatores associados ao transtorno da conduta entre adolescentes: um estudo de base populacional. Cad. Saúde Pública , Set 2008.	Estudo empírico	Este trabalho procurou estimar a prevalência e os fatores associados ao transtorno da conduta em adolescentes	Realizou-se um estudo transversal com 1.145 adolescentes, com idade entre 11 e 15 anos, na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Os adolescentes responderam a um questionário auto aplicado.	Os resultados mostraram que os fatores associados ao transtorno da conduta apontam para a forte interrelação entre comportamentos de saúde na adolescência.
Damião, Natália Ferreira et al. Representações sociais da depressão no ensino médio: um estudo sobre duas capitais. Psicol. Soc. , Abr 2011.	Estudo empírico	Esta pesquisa objetivou identificar os fatores psicossociais que interferem na etiologia da depressão e apreender as representações sociais (RS) da depressão no coletivo de adolescentes	Participaram da pesquisa 505 sujeitos do ensino médio da rede pública e privada, dentre os quais 269 são das cidades de Teresina e 236 de Natal. Utilizou-se o Inventário de Depressão Infantil e a Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP).	A amostra da cidade de Teresina/PI apresentou um maior índice de sintomatologia comparada à cidade de Natal/RN. Relativo ao sexo houve diferenças estatísticas significativas: os sujeitos do sexo masculino apresentam traços depressivos mais relacionados a problemas de conduta e obediência, enquanto as garotas desenvolveriam traços mais subjetivos.
Hutz, Claudio Simon and Bardagir, Marúcia Patta Indecisão profissional, ansiedade e depressão na adolescência: a influência dos estilos parentais. Psico-USF (Impr.) , Jun 2006.	Estudo empírico	Este estudo investigou a influência dos estilos parentais percebidos sobre os níveis de indecisão profissional, ansiedade e depressão de adolescentes.	Participaram do estudo 467 adolescentes, de 15 a 20 anos, estudantes do último ano do ensino médio em Porto Alegre. Os instrumentos utilizados foram um Questionário Sóciodemográfico, uma Escala de Indecisão Profissional, uma Escala de Estilos Parentais e os Inventários Beck de Ansiedade	Houve correlação positiva entre indecisão, ansiedade e depressão. Filhos de pais autoritários e negligentes apresentaram maior depressão e ansiedade do que os outros. Os estilos parentais não influenciaram diretamente a indecisão profissional, mas sim o bem-estar psicológico dos adolescentes, indicando que o

			e Depressão.	padrão de interação familiar é fundamental para o entendimento de como a indecisão está sendo vivenciada.
Monteiro, Kátia Cristine Cavalcante and Lage, Ana Maria Vieira A depressão na adolescência. <i>Psicol. estud.</i> , Ago 2007.	Revisão Bibliográfica	O presente trabalho relata o fenômeno da depressão na adolescência resgatando uma visão de psicopatologia que discute a teoria psicanalítica e a psiquiatria biológica.	Nesta faz-se uso do termo depressão e da promessa de cura através dos ajustes dos déficits neuro-hormonais que as medicações se propõem a compensar.	A psicanálise promove uma diferenciação entre os termos depressão e melancolia, e correlaciona o conceito de depressão com os lutos pela perda da estrutura infantil.
MONTEIRO, Fabiana Ribeiro; COUTINHO, Maria da Penha de Lima e ARAUJO, Ludgleydson Fernandes de. Sintomatologia depressiva em adolescentes do ensino médio: um estudo das representações sociais. <i>Psicol. cienc. prof.</i> [online]. 2007.	Estudo empírico	O presente trabalho teve como objetivo apreender as representações sociais (RS) da depressão de adolescentes com e sem sintomatologia depressiva no contexto do ensino médio em escolas públicas e privadas da cidade de João Pessoa - PB.	Utilizou-se o <i>Inventory Children Depression (CDI)</i> como <i>screening</i> da amostra e o teste de associação livre de palavras (TALP) entre os duzentos e dez participantes de ambos os sexos, com idades entre catorze e dezoito anos. Os dados do TALP foram analisados através do <i>software Tri-Deux-Mots</i> , por meio da análise fatorial de correspondência (AFC).	Os resultados indicaram que as RS elaboradas pelos estudantes sem sintomatologia ancoraram a depressão na <i>morte</i> e na <i>dor</i> , ao passo que os adolescentes com sintomatologia depressiva basearam-se na <i>solidão</i> e na <i>droga</i> . Esses resultados sugerem que a depressão pode interferir negativamente no cotidiano, nas atividades escolares, na autoestima e na sociabilidade na adolescência.
Pheula, Gabriel Ferreira and Isolan, Luciano Rassier Psicoterapia baseada em evidências em crianças e adolescentes. <i>Rev. psiquiatr. clín.</i> , 2007.	Revisão Bibliográfica	Revisar a efetividade de intervenções psicossociais para as principais formas clínicas dos transtornos mentais na infância e adolescência, e os desafios para a pesquisa em tratamentos baseados em evidência.	Revisão bibliográfica do banco de dados Medline, de 1985 a 2005, e revisão de artigos encontrados em capítulos de livros e artigos de revisão.	Psicoterapias com suporte empírico em depressão, ansiedade, transtornos do comportamento disruptivo e transtorno de déficit de atenção/hiperatividade.
Ribeiro, Karla Carolina Silveira, Coutinho, Maria da Penha de Lima and Nascimento, Emily da Silva Representação social da depressão em uma Instituição de Ensino da Rede Pública. <i>Psicol. cienc. prof.</i> , Set 2010.	Estudo empírico	Esta pesquisa objetivou apreender as representações sociais da depressão de adolescentes do ensino médio, em uma escola de João Pessoa-PB.	Participaram do estudo 276 adolescentes, de ambos os sexos e faixa etária entre 14 e 17 anos. Os instrumentos usados na pesquisa foram: o Inventário da Depressão Infantil (CDI) e a técnica projetiva do desenho-história com tema.	Os resultados indicaram que a depressão está associada a quatro aspectos: <i>psicoafetivos</i> , com as subcategorias <i>depressão como sinônimo de tristeza e desilusão amorosa</i> ; <i>psicossocial</i> , com a subcategoria <i>dificuldade de relacionamento social</i> , e <i>ideias mórbidas</i> , com a subcategoria <i>ideia de morte e/ou ideação suicida</i> .

Rocha, Tiago Humberto Rodrigues et al. Sintomas depressivos em adolescentes de um colégio particular. <i>Psico-USF (Impr.)</i> , Jun 2006.	Estudo empírico	Este trabalho objetivou avaliar o índice de sintomas depressivos, bem como sua distribuição por gênero e série, dos alunos de um colégio particular, da cidade de Uberaba-MG, no final do segundo e do terceiro ano do Ensino Médio e no 'cursinho pré-vestibular', próximo ao concurso vestibular.	Foram avaliados 791 estudantes, utilizando o questionário SRQ-20 - Self Reporting Questionnaire, um instrumento desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde com 20 questões, que serve para rastrear e avaliar a ocorrência de transtornos mentais comuns, dentre eles a depressão, na população geral.	Foram encontradas duas vezes mais sintomatologia depressiva no sexo feminino e um aumento do indicativo de depressão de acordo com o progresso acadêmico dos sujeitos.
Souza, Luciano Dias de Mattos et al. Sintomatologia depressiva em adolescentes iniciais: estudo de base populacional. <i>J. bras. psiquiatr.</i> , 2008.	Estudo empírico	Verificar a prevalência de sintomatologia depressiva em adolescentes entre 11 e 15 anos em Pelotas, RS, e identificar seus fatores associados.	Estudo transversal de base populacional com amostra representativa de adolescentes da zona urbana da cidade de Pelotas, RS. Dos 448 setores censitários existentes no município, 79 foram aleatoriamente sorteados. Os jovens entre 11 e 15 anos localizados nestes setores foram convidados a responder o questionário auto-aplicado que continha perguntas sobre: idade, sexo, vida escolar, religião, atividades físicas, entretenimento, tabaco, consumo de álcool, uso de outras drogas, relacionamentos sexuais e conduta.	A prevalência de depressão foi de 2,1%. Após a regressão logística ajustada ao modelo hierárquico, estiveram significativamente associados à depressão: baixa condição socioeconômica, histórico de fracasso acadêmico, ausência de prática religiosa, abuso de álcool nos últimos 30 dias e indicativo de transtorno de conduta.
Scivoletto, Sandra, Boarati, Miguel Angelo and Turkiewicz, Gizela Emergências psiquiátricas na infância e	Revisão Bibliográfica	O objetivo deste estudo é apresentar os principais aspectos clínicos e orientar a conduta inicial das emergências psiquiátricas na infância/adolescência.	Artigo de revisão não sistemática.	São apresentados aspectos clínicos relevantes para a avaliação psiquiátrica emergencial de crianças/adolescentes. As apresentações clínicas são

<p>adolescência. <i>Rev. Bras. Psiquiatr.</i>, Out 2010.</p>				<p>divididas em grupos de sintomas relevantes, tanto por sua frequência, quanto pelo impacto para o paciente e sua família. Assim, são apresentadas as seguintes síndromes clínicas: comportamento agressivo, intoxicações, comportamento suicida, psicoses, transtornos ansiosos, transtornos alimentares e maus-tratos contra a crianças/adolescente. É descrita a conduta inicial recomendada para cada uma destas condições</p>
---	--	--	--	---

5. ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados deu-se através do material estudado no BVS-Psi Brasil e em livros acadêmicos. De acordo com a revisão sistemática destes materiais, identificamos que o suicídio constitui-se em um problema de saúde pública mundial, pois é a segunda principal causa de morte entre indivíduos de 10 a 25 anos. Popularmente, a depressão é descrita como um estado afetivo normal, geralmente, diz-se que a pessoa está deprimida para referir-se a uma tristeza passageira que acomete a população em geral em algum momento da vida (KAPLAN, 2003). No entanto, tecnicamente, a depressão ou doença depressiva, é um distúrbio grave e incapacitante. Pode se manifestar como uma condição primária ou secundária.

Monteiro, Coutinho e Araujo (2007) consideram que um dos principais fatores que contribuem para a depressão e a tentativa de suicídio na adolescência é a falta de estrutura familiar. A baixa escolaridade da família, a baixa escolaridade do adolescente, o sedentarismo, o uso de álcool e de outras substâncias e o comportamento agressivo mantêm associação significativa com ideação suicida.

De acordo com Baptista, Baptista e Dias (2001), as rápidas mudanças sociais que estão ocorrendo atualmente parecem ter alguma relação com a prevalência de depressão na população adolescente.

A depressão vem sendo empregada para designar tanto um estado afetivo habitual (a tristeza), quanto um sintoma. A tristeza manifesta-se na condição humana nas situações de ausência, fracasso, decepção e outras dificuldades. A depressão possui uma relação bem estabelecida com a ideação suicida tanto na infância e na adolescência como na vida adulta. Também podemos ressaltar os seguintes aspectos: a incidência maior no sexo feminino; as mulheres casadas; homens vivendo sozinhos; idade; perdas parentais antes da adolescência; depressão na história familiar; puerpério; ausência de um confidente, acontecimentos vitais negativos e residência em área urbana. Dados controversos apontam para fatores legados ao estado civil, o estatuto social e a área de residência (MONTEIRO E LAGE, 2007).

O sistema educacional é muito importante para a solidificação de ações que promovam a saúde e a quebra de paradigmas, principalmente os relacionados a preconceitos. Essas atitudes devem ser direcionadas ao fortalecimento das

capacidades dos indivíduos e à tomada de decisões favoráveis à saúde física e mental, ou seja, cabe ao sistema educacional um papel mais representativo na percepção das mudanças de comportamento dos discentes, atentando para as manifestações da sintomatologia depressiva nos adolescentes e buscando seus significados psicoafetivos, culturais e sociohistóricos, o que contribuirá para a eficácia do diagnóstico e da intervenção para melhor qualidade de vida nessa fase (RIBEIRO, COUTINHO E NASCIMENTO, 2010).

É frequente o atendimento para tentativa de suicídio em instituições de saúde e estudar este fenômeno na adolescência é importante por ser um período de conflitos. Alguns estudos mostraram que na maioria das vezes os casos pertencem ao sexo feminino, predominância da faixa etária entre 12 e 19 anos, estado civil solteiro, cor branca, estudantes, com residência em bairros de baixo poder aquisitivo, utilizando a ingestão de medicamentos. Os adolescentes que apresentaram ideação se autorrepresentaram como pessoas sozinhas, associando a ideação a sentimentos de desesperança e solidão, ao mesmo tempo em que expressaram um pedido de ajuda diante de seu sofrimento. Comportamento este que se correlaciona com a depressão (RIBEIRO, COUTINHO E NASCIMENTO, 2010).

Desta forma fica evidente a necessidade de novas pesquisas, que possam complementar ou até mesmo modificar as representações sociais aqui apreendidas. Reconhecendo as limitações concernentes ao presente estudo, espera-se que o mesmo sirva para subsidiar políticas públicas educacionais voltadas para a saúde mental dos adolescentes. Programas preventivos devem preferencialmente atingir adolescentes de baixa escolaridade que apresentem comportamento agressivo e relatem uso de substâncias, analisando também as relações interpessoais e os fatores externos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Hoje se tornou de vital importância demonstrar cientificamente a eficácia de qualquer tratamento relacionado a transtornos mentais, em especial o tema aqui abordado que é a depressão, pois as intervenções comportamentais ainda são carentes de estudos acadêmicos. No desenvolvimento desta revisão integrativa, pretendeu-se verificar as representações sociais acerca do suicídio elaborado e da depressão compartilhadas por adolescentes. Os dados coletados e analisados possibilitaram a realização de uma análise científica, baseando-se no pressuposto de que o conhecimento do senso comum propicia a compreensão do comportamento suicida e da depressão a partir de um conhecimento socialmente propagado. Dessa forma, tornou-se possível conhecer os pensamentos, sentimentos e percepções acerca dos fenômenos pesquisados.

O alto índice de adolescentes que apresentaram a depressão e a ideação suicida atualmente caracteriza um dado bastante preocupante, pois esse tipo de comportamento representa um fator de risco para o suicídio consumado. A prevenção do suicídio faz-se por meio da tentativa de diminuição dos fatores de risco, tanto em nível individual quanto coletivo, sendo o tratamento da depressão um dos principais abordados. Sendo assim, enfatiza-se a relevância desta pesquisa com o objetivo de detectar precocemente a depressão e em consequência a ideação suicida para que possam ser traçadas estratégias de intervenção direcionadas aos adolescentes. O significativo índice encontrado demonstra a necessidade de maior atenção a esses jovens estudantes, por meio de serviços de apoio psicológico em sua formação escolar.

Por fim, esta pesquisa veio a contribuir para a compreensão das representações sociais da depressão e ideação suicida, tema este bastante carente de investigações. É válido assinalar a necessidade de novas pesquisas, que possam complementar ou até mesmo modificar as representações sociais aqui apreendidas. Reconhecendo as limitações concernentes ao presente estudo, espera-se, contudo, que o mesmo sirva para subsidiar políticas públicas educacionais voltadas para a saúde mental dos adolescentes.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 4 ed. Texto Revisado. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

ANNMACHER, L. **Depressão maior: da descoberta à solução?** Organização Pan - Americana de Saúde. v.1, n.5, 2004.

ABERASTURY. A.; KNOBEL, M. **La adolescência normal: um enfoque psicoanalítico**. (1970) 21a. reimp. Buenos Aires: Paidós, 1995.

ARNAUTOVSKA, U.; GRAD, O. 2010. **Attitudes to ard suicide in the adolescent population**. Crisis, 31(1):22-29.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnosis and Statistical Manual of Mental disorders** (4rd edition). Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.

ASSUMPÇÃO J. R. F. B, KUCZYNSKI E. **Infância e adolescência** In: Fráguas Jr R, Figueiró JAB, editores. **Depressões em medicina interna e em outras condições médicas**. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 387-400

BAGGIO, A.; PALAZZO, L.; AERTS, D.R.G.C. 2009. **Planejamento suicida entre adolescentes escolares: Prevalência e fatores associados**. Caderno de Saúde Pública, 25 (1):142-150.

BAHLS, S. C.; BAHLS, F. R. C. **Depressão na adolescência: características clínicas**. Interação em Psicologia, v. 6, n. 1, p. 49-57, 2002.

BALIEIRO J. Ari P. **Psicodiagnóstico e psicoterapia dimensões e paradoxos**. Psicol. cienc. prof., Brasília, v. 25, n. 2, jun. 2005 .

BAPTISTA, M. N. 2004. **Suicídio: Aspectos teóricos e pesquisas internacionais**. In: M.N. BAPTISTA (Ed.), **Suicídio e depressão – atualizações**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, p. 3-22.

BARROS, A. P. R., COUTINHO, M. P. L., ARAÚJO, L. F. & CASTANHA, A. R. **As representações sociais da depressão em adolescentes no contexto do ensino médio**. Estudos de Psicologia, 23(1), 19-28, 2006.

BECK, A. T.; STEER, R. A.; BRO N, G. K. **Manual for Beck Depression Inventory – II**. San Antonio. TX: Psychological corporation, 1996.

BECK, J. S. **Terapia Cognitiva: Teoria e Prática**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BECK, A., RUSH, A. J., SHAW, B. F., E EMERY, G. **Terapia Cognitiva da Depressão 5ª edição**. Bilbao: Desclee De Brou er, 1983.

BENINCASA, M. & REZENDE, M. M. **Tristeza e suicídio entre adolescentes: fatores de risco e proteção**. Boletim de Psicologia, 124, 93-110, 2006.

BORGES, V. R., & ERLANG, B. S. G. **Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos**. Estudos de Psicologia, 11(3), 345-351, 2006.

BOTEGA, N. J., ERLANG, B. S. G., Cais, C. F. S. & Macedo, M. M. K. **Prevenção do comportamento suicida**. Psico, 37, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. p. 75-79.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes brasileiras para um plano nacional de prevenção do suicídio**. Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006.

CALIL, H. M.; PIRES, M. L. N. **Aspectos gerais das escalas de avaliação de depressão**. Revista de Psiquiatria Clínica, v. 25, n. 5, set./out. 1998.

CASSORLA, R. M. S. **Do suicídio: estudos brasileiros**. 2ª ed. São Paulo: Papyrus, 1998.

CASSORLA, R. M. S. & Smeke, E. L. M. **Autodestruição humana**. Caderno de. Saúde Pública, 10 (supl. 1), 61-73, 1994.

CASULLO, M. M. **Perspectivas actuaes en la evaluacion psicológica**. In: Congresso Ibero-Americano de Avaliação Psicológica e Encontro Nacional sobre Testes Psicológicos, I e VII., 1997, Porto Alegre. Anais do I Congresso Ibero-Americano de Avaliação Psicológica e VII Encontro Nacional sobre Testes Psicológicos. Porto Alegre, 1997.

COSTA, A. C. G... **O adolescente como protagonista**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento. Brasília, v.1, p.75-79, 1999.
CHIATTONE, H. B. C. **A Significação da Psicologia no contexto hospitalar**. In: ANGERAMI-CAMON, A. Psicologia da saúde – um novo significado para a prática clínica. São Paulo: Pioneira, 2000.

DEL PORTO, J. A. **Conceito de depressão e seus limites**. In: LAFER, B. et al. (Org.). Depressão no ciclo da vida. Porto Alegre: Artmed, 2000.

DOLTO, F. **Los suicídios de adolescentes: una epidemia oculta**. In: DOLTO, F. La causa de los adolescentes: el verdadero lenguaje para dialogar con los jóvenes. Barcelona: Seix Barral, 1990. p. 107-126.

ENGBRECHT, S. **Aprendendo a lidar com a depressão**. São Leopoldo: Sinodal, 2001.

FACÓ, M. L. **Um Mosaico da Depressão: dos Sujeitos Singulares aos Transtornos Universais**. São Paulo: Escuta, 2008.

FADIMAN, J; FRAGER, R. **Teorias da Personalidade**. Trad. Camila Pedral Sampaio. São Paulo: HARBRA, 1986.

FLECK M. P., BERLIM M. T., LAFER B, SOUGEY E. B., DEL PORTO J. A., BRASIL M. A. quatro estágios do ... **Diretrizes para a depressão**. Revista Brasileira Psiquiatria. 2009.

FRÁGUAS, R. J. ; FIGUEIRÓ, J. A. B. **Depressões em medicina interna e em outras condições médicas**. São Paulo/Rio de Janeiro/Belo Horizonte: Atheneu, 2001.

FREUD, S. (1915) **Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud**. Trad. Jayme Salomão, Rio de Janeiro: Imago, 1914-1916.

FREUD, S. **Obras psicológicas completas** da ed. Standard Brasileira. Atos Obsessivos e práticas religiosas. Vol. IX. RJ: Imago Editora, 1980.

FREUD, S. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Edição standard brasileira. Volume XIX (1923-1925). Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GABBARD, G.O. **Psiquiatria psicodinâmica**. 2ed. Porto Alegre: Artmed,1998.

GABBARD, G. O. **Psiquiatria Psicodinâmica**. Trad. Luciana N. de A. Jorge e Maria Rita Secco Hofmeister. Porto Alegre: artmed, 1994.

GRANA, L.; BASTOS, A. G. **Vulnerabilidade social: o psicodiagnóstico como método de mapeamento de doenças mentais**. Psicologia científica prof., Brasília, v. 30, n. 3, set. 2010 .

GAZALLE, F. K. et al. **Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil**. Revista de Saúde Pública, V. 38, n.3, p. 365-371, Porto Alegre, 2002. Disponível em: <<http://scielo.br/pdf/rsp/v38n3/20652.pdf>> Acessado em: 03/09/2013.

GUIMARÃES, R. M.; CUNHA, U. G. V. **Sinais e sintomas em geriatria**. São Paulo: Atheneu, 2004.

GÜNTHER, I A. **Adolescência e projeto de vida**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, v. 1, p.86-92, 1999.

HOLMES, D. S. (1994) **Psicologia dos transtornos mentais**. Trad. Sandra Costa, 2ª edição- Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

HOLMES, D. S. **Psicologia dos transtornos mentais** (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed, 2001.

HORNSTEIN, L. **Las depresiones: afectos y humores del vivir**. Buenos Aires: Paidós, 2006.

INFANTE, D. P. **O suicídio na adolescência**. In: SAITO, M. I.; SILVA, L. E. V. (Org). Adolescência: prevenção e risco. São Paulo: Atheneu, 2001. p.399-403.

ITTIG, A. **Psicologia: definição e história**. In: Psicologia Geral. São Paulo: McGraw do Brasil, 1981.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. **Compêndio de psiquiatria – Ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 7 ed. São Paulo: Artmed, 2003.

KLEIN, M. **Amor, culpa e reparação: e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

KRAEPELIN, E. **Dementia Praecox, Manic Depressive Insanity and Paranoia (1921). Translated by Barclay RM**. In: Robertson GM, editor. Birminham: The Classics of Medicine Library. Reedição. Edinburgh: E & S Livingstone, 1989.

KLEIN, T. C. R.. **Cuidados de enfermagem ao paciente com risco de suicídio**. Florianópolis, 1997. Monografia (apresentada no Curso de Especialização em Projetos Assistenciais) - Hospital Universitário, Universidade Federal de Santa Catarina.

LACAN, J. **O seminário, livro 5: as formações do inconsciente**. RJ: Jorge Zahar Editor, 1999.

LAMBERT, K.; KINSLEY, C. **Neurociência clínica: as bases neurobiológicas da saúde mental**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

LOPES, L. M. E. **O dito e o não dito: depressão e suicídio**. 2007. Monografia. (Especialização em Geriatria) - Escola de Saúde Pública do Ceará. Fortaleza. Monografia. 2007.

LUZ, M. T. M.; CASTRO E SILVA, R.. **Vulnerabilidade e adolescências**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, v. 1, p.93-96, 1999.

MEDEIROS, M. L. **Caderno de Textos de Psicologia**. Universidade da Amazônia. Belém. PA. 1998

MONTEIRO, K. C. C.; LAGE, A. M. V. **Depressão: uma 'psicopatologia' classificada nos manuais de psiquiatria**. *Psicol. cienc. prof.* [online]. mar. 2007, vol.27, no.1, p.106-119. Disponível no endereço eletrônico <http://pepsic.bvspsi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em: 03/09/2013.

OMS. The World Health Report 2000. **Suicide**. Genebra: OMS, 2000. Disponível em <http://www.who.int/topics/suicide/en>. Acesso em 16/07/2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Classificação de Transtornos Mentais e do Comportamento da CID - 10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Coord. Organiz. Mund. da Saúde. Tradução de Dorgival Caetano, Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

OLIVEIRA, D. A. A. P.; GOMES, L.; OLIVEIRA, R. F. **Prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência.** Revista de Saúde Pública, V. 40, n. 4, 2006. p. 734-736. Disponível em: <<http://scielo.br/pdf/rsp/v40n4/26.734-36.pdf>> Acessado em: 03/07/2015.

PAULO, M. S. L. L. **Psicodiagnóstico interventivo em pacientes adultos com depressão.** Bol. psicol, São Paulo, v. 56, n. 125, dez. 2006.

PERES F.; ROSENBERG C. P. **Desvelando a concepção de adolescência/adolescente presente no discurso da saúde pública.** Saúde e Sociedade, 1998.

PERES, U. T. **Depressão e Melancolia.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2006.

PIETRO, D. & TAVARES, M. **Fatores de risco para o suicídio e tentativa de suicídio. Incidência, eventos estressores e transtornos mentais.** Jornal Brasileiro Psiquiatria, 54(2), 146-154, 2005.

POMPEO, D. A.; ROSSI, L. A.; GALVAO, C. M. **Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem.** Acta paul. enferm., São Paulo, v. 22, n. 4, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/a14v22n4.pdf> . Acesso em: 07 de dezembro 2015.

RANGÉ, B. **Psicoterapia Cognitiva e Comportamental: de Transtornos Psiquiátricos.** Campinas: Editorial Psi 1995.

RODRIGUES, H. E. **Introdução a Gestalt-terapia – Conversando sobre os fundamentos da abordagem Gestáltica.** Petrópolis, RJ: Vozes. 2000.

SAGGESE, E.; LEITE, L. C.. **Saúde mental na adolescência: um olhar sobre a reabilitação psicossocial.** In: BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, v. 1, p.197-205, 1999.

SAMPAIO, D. **Ninguém morre sozinho – O adolescente e o suicídio.** Lisboa: Editorial Caminho, 1991.

SOLOMON, A. **O demônio do meio dia.** Rio de Janeiro: Objetiva, 2002.

STELLA, F; GOBBI, S; CORAZZA, D.I; COSTA, J.L.R. **Depressão no idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física.** São Paulo: UNESP, 2002.

STEVENSON, J. M. **Suicídio.** Em J. Talbott, R. Halles & S. Yudofsky (Orgs.). Tratado de Psiquiatria. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

SCHULTZ, D; SCHULTZ, S. **O estudo da Historia da Psicologia.** In: Historia da psicologia moderna. 6ª edição. São Paulo: Cultrix, 1994

TEIXEIRA, A. M. F. & LUIS, M. A. V. **Suicídio, lesões e envenenamento em adolescentes: um estudo epidemiológico.** Revista Latino-americana de Enfermagem, 5(nº esp.), 31-36, 1997.

TELES, M. L. S. **O que é depressão.** São Paulo: Brasiliense, 1992.

URBINA, S. **Fundamentos da testagem psicológica.** Porto Alegre: Artmed, 2007.

VAZQUEZ VILLAZON, M. **Tareas actuales del psicodiagnóstico en el marco de la psicología del trabajo en nuestro país.** Revista cubana psicología. La Habana, v. 6, n. 2, 1989 .

VIEIRA, K. F. L. **Depressão e suicídio: uma abordagem psicossociológica no contexto acadêmico.** Dissertação de Mestrado, Universidade Federal da Paraíba, Paraíba. 2008.

WINNICOTT, D. . (1988) **Natureza Humana .** Trad. Davi Litman Bogomoletz – Rio de Janeiro: Imago, 1990.