

FACULDADE LABORO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

ANA CLAUDIA BRANDÃO DE SOUSA
DAYANE JAMILE AMARAL GOMES
JESSICA DA SILVA FARIAS
JULIANA MARTINS FEITOSA
MONIQUE SALES DOS SANTOS

**COMPORTAMENTO SUICIDA ENTRE JOVENS COM TRANSTORNO
DEPRESSIVO MAIOR: uma revisão com enfoque na prevenção ao suicídio**

São Luís
2017

**ANA CLAUDIA BRANDÃO DE SOUSA
DAYANE JAMILE AMARAL GOMES
JESSICA DA SILVA FARIAS
JULIANA MARTINS FEITOSA
MONIQUE SALES DOS SANTOS**

**COMPORTAMENTO SUICIDA ENTRE JOVENS COM TRANSTORNO
DEPRESSIVO MAIOR: uma revisão com enfoque na prevenção ao suicídio**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Mental e Assistência Psicossocial, da Faculdade Laboro, para obtenção do título de Especialista em Saúde Mental e Assistência Psicossocial.

Orientadora: Profa. Mestre Luciana Cruz Rodrigues Vieira

São Luís
2017

**ANA CLAUDIA BRANDÃO DE SOUSA
DAYANE JAMILE AMARAL GOMES
JESSICA DA SILVA FARIAS
JULIANA MARTINS FEITOSA
MONIQUE SALES DOS SANTOS**

**COMPORTAMENTO SUICIDA ENTRE JOVENS COM TRANSTORNO
DEPRESSIVO MAIOR: uma revisão com enfoque na prevenção ao suicídio**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Saúde Mental e
Assistência Psicossocial, da Faculdade Laboro,
para obtenção do título de Especialista em Saúde
Mental e Assistência Psicossocial.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Mestre Luciana Cruz Rodrigues Vieira (Orientadora)

Graduada em Farmácia
Especialista em residência Multiprofissional em Saúde
Mestre em Saúde Materno-Infantil
Universidade Federal do Maranhão

Examinador 2

Examinador 3

RESUMO

Transtorno Depressivo Maior (TDM) e suicídio de jovens no Brasil. O TDM tem sido notificado como um dos transtornos psicológicos mais recorrentes e sendo considerado como um problema de saúde pública mental mundial e que necessita de estratégias e intervenções planejadas para seu enfrentamento, especialmente por sua influência no aumento das taxas de suicídio. Como objetivos foram definidos: relatar as características da TDM na população jovem, apontar os fatores etiológicos mais relevantes da TDM e relacionar a TDM o comportamento suicida em jovens. Foi realizada uma pesquisa em forma de revisão de literatura nas bases de dados *Google acadêmico*, o *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, a Biblioteca Virtual em Saúde - Psicologia Brasil (BVS-Psi Brasil), Base de dados bibliográfica de Psicologia (PSICODOC) e Index Psi Periódicos, resultando em uma amostra de 28 trabalhos científicos. A Epidemiologia do TDM é mundial, sendo envolvidos em sua etiologia fatores genéticos, biológicos e psicossociais. Entre os sintomas e características clínicas mais letais estão a ideação, o planejamento suicida, além das tentativas. São indispensáveis a aplicação de estratégias de intervenção na TDM como prevenção ao suicídio, em especial a assistência aos pacientes sobreviventes e o trabalho das redes de apoio. Há diversos tratamentos para a TDM, que podem ser associados para buscar respostas mais rápidas e mais consistentes do paciente. As psicoterapias são tratamentos eficazes, de baixo custo, melhoraram a saúde mental e aumentam a qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias e conviveres.

Palavras-chave: Transtorno Depressivo Maior. Depressão. Suicídio. Prevenção.

ABSTRACT

Major Depressive Disorder (MDD) and suicide of young people in Brazil. MDD has been reported as one of the most recurrent psychological disorders and is considered a global public mental health problem and requires strategies and interventions planned to cope with it, especially because of its influence in increasing suicide rates. As objectives were defined: to report the characteristics of TDM in the young population, to point out the most relevant etiological factors of MDD and to relate MDD to suicidal behavior in young people. A literature review was conducted in the Google academic databases, the Scientific Electronic Library Online (SciELO), the Virtual Health Library - Psicologia Brasil (BVS-Psi Brasil), the Psychological Reference Database (PSICODOC) Psi Periodicals, resulting in a sample of 28 scientific papers. The epidemiology of MDD is worldwide, with genetic, biological and psychosocial factors involved in its etiology. Among the most lethal clinical symptoms and symptoms are ideation, suicidal planning, and attempts. It is indispensable to apply intervention strategies in TDM as suicide prevention, especially the care of surviving patients and the work of support networks. There are several treatments for TDM that can be associated to seek faster and more consistent patient responses. Psychotherapies are effective, low-cost treatments that improve mental health and increase the quality of life of patients and their families and communities.

Key words: Major Depressive Disorder. Depression. Suicide. Prevention.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Transtornos de humor e suas respectivas divisões.	23
Figura 2: Fatores relacionados ao desenvolvimento de Transtornos de Humor/Transtornos Afetivos.	23
Figura 3: Prevalência de comportamento suicida na população brasileira ao longo da vida.	39
Figura 4: SUPRE-MISS: Fluxograma de intervenção breve em pacientes sobreviventes de TS.....	53

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Hipóteses biológicas que são apontadas como justificativas para a etiologia do TDM.	28
Quadro 2: Sintomas da TDM nas cinco áreas distintas da vida do paciente.	33
Quadro 3: Fases e metas do tratamento farmacológico da TDM.....	48
Quadro 4: Intervenções relevantes na prevenção aos eventos de suicídio.....	52

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição de números de suicídios por regiões no mundo e renda dos países, em 2012.....	41
Gráfico 2: Estatística da prevalência da taxa de suicídios por idade no mundo em 2012.....	422
Gráfico 3: Taxa de suicídios entre jovens e não jovens do sexo masculino entre 1980 e 2012 no Brasil, por 100 mil habitantes.....	444
Gráfico 4: Taxa de suicídios entre jovens e não jovens do sexo feminino entre 1980 e 2012 no Brasil, por 100 mil habitantes.....	455

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

5-HT1	– Antagonista do receptor de serotonina do tipo 1
5-HT2	– Antagonista do receptor de serotonina do tipo 2
AB	– Atenção Básica
ABP	– Associação Brasileira de Psiquiatria
BDNF	– Fator Neurotrófico Derivado do Cérebro
BVS-Psi Brasil	– Biblioteca Virtual em Saúde - Psicologia Brasil
CAPS	– Centro de Atenção Psicossocial
CID	– Classificação Internacional de Doenças
CRAS	– Centros de Referência de Assistência Social
DeCS	– Descritores em Ciências da Saúde
DSM-V	– Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
GR	– Glicocorticoide
IBGE	– Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
IMAO	– Inibidor da monoaminoxidase
LCR	– Líquido cefalorraquidiano
LOAS	– Lei Orgânica de Assistência Social
MAO	– Monoaminoxidase
NK-1	– Neurocinina tipo 1
OMS	– Organização Mundial da Saúde
PNAS	– Política Nacional de Assistência Social
PSICODOC	– <i>Base de dados bibliográfica de Psicologia</i>
SFRT	– Transportador 5HT
SNC	– Sistema Nervoso Central
SNPs	– Polimorfismos de nucleotídeo simples
SRI	– Inibidores seletivos de recaptção de serotonina
SUAS	– Sistema Único de Assistência Social
SUPRE-MISS	– Estudo Multicêntrico de Intervenção no Comportamento Suicida
SUS	– Sistema Único de Saúde
TA	– Transtornos Afetivos
TDM	– Transtorno Depressivo Maior
TH	– Transtornos do Humor

Tph	- Triptofano hidroxilase
Tph1	- Triptofano hidroxilase tipo 1
Tph2	- Triptofano hidroxilase tipo 2
TRH	- Tirosina
TS	- Tentativa de suicídio
TxS	- Taxa de suicídio
UFMA	- Universidade Federal do Maranhão
UFSCar	- Universidade Federal de São Carlos
UNASUS	- Universidade Aberta do SUS
UNICAMP	- Universidade Estadual de Campinas

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	JUSTIFICATIVA	15
3	OBJETIVOS	16
3.1	Geral.....	16
3.2	Específico.....	16
4	METODOLOGIA	17
5	DEPRESSÃO NA JUVENTUDE	19
5.1	Epidemiologia	25
5.2	Etiologia	27
5.2.1	Fatores genéticos.....	27
5.2.2	Fatores biológicos	28
5.2.3	Fatores psicossociais.....	31
5.3	Sintomas e características clínicas	32
5.3.1	Crterios de diagnóstico conforme DSM-V.....	35
6	DEPRESSÃO E COMPORTAMENTO SUICIDA EM JOVENS	38
6.1	Epidemiologia de suicídio	40
7	O PAPEL DA PSICOLOGIA NA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO	46
7.1	Estratgias de intervenço na depressão como prevenço ao suicídio ...	47
7.1.1	Assistncia aos pacientes sobreviventes	51
7.2	Redes de apoio	54
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	62

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS.....64

1 INTRODUÇÃO

As intensas evoluções tecnológica e social das quais o homem é sujeito atualmente têm feito com que a sociedade exija de seus membros competências sociais, individuais, perceptivas, interpretativas, inovadoras e saberes diversos. As mudanças trazidas por este cenário são aceleradas e levantam questões recorrentes sobre o papel dos jovens na sociedade. A juventude necessita então de um olhar mais profundo, para que suas questões específicas sejam observadas, analisadas e atendidas para que possam fazer com que sua trajetória de vida corresponda às perspectivas e expectativas da vida adulta (HENRIQUES; NOVAES, 2007).

Apesar de todas estas mudanças, a juventude ainda é observada principalmente por dois ângulos conservadores. No primeiro, é entendida como um momento de transição e preparação para a idade adulta, no qual deve buscar conhecimentos, desenvolver habilidades e formação pessoal e acadêmica para que se torne capaz de enfrentar as situações e compromissos da vida adulta. No segundo, a juventude é entendida como fase problemática da vida, a qual está sujeita à diversos riscos sociais – desemprego, falta de formação adequada, limitações financeiras, dentre outras –, de saúde – uso e abuso de substâncias psicoativas, doenças físicas e psicológicas – e de segurança pública, notadamente a violência (CARA; GAUTO, 2007).

A depressão tem sido notificada como um dos transtornos psicológicos mais recorrentes, que atinge mais de 350 milhões de indivíduos no planeta. Não é uma doença nova, sendo referida a mais de dois milênios com a denominação de melancolia. O termo depressão só começou a ser utilizado no século XVII, contudo, nas décadas iniciais do século XXI vem se tornando altamente prevalente entre as mais diversas populações (GONÇALVES; MACHADO, 2007), sendo considerada como um problema de saúde pública mundial e que necessita de estratégias e intervenções planejadas para seu enfrentamento (OMS, 2014).

Atualmente é designada pela Classificação Internacional de Doenças (CID) e pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) como uma patologia mental, recebendo a denominação de Transtorno Depressivo Maior (TDM), ou depressão unipolar, ou ainda depressão maior ou simplesmente depressão e sendo alvo de diversas investigações científicas das mais diversas

áreas, dentre as quais a médica, a psicanalítica e a cognitivista.

Pela criticidade de seus sintomas, que têm características extremamente incapacitantes e altamente prevalentes, a Organização Mundial da Saúde (OMS) promove diversos estudos sobre os múltiplos aspectos do TDM e fez um prognóstico que até 2020, esta será considerada a patologia incapacitante mais recorrente em ambos os sexos e todas as faixas etárias em todo o globo, superando as doenças cardiovasculares e o câncer. Na atualidade, a depressão é o segundo agente incapacitante na faixa etária dos 15 aos 44 anos para ambos os sexos, atingindo profundamente os jovens e adultos, embora já existam estudos que comprovem seu alcance na infância, sendo prevalente em idosos (OMS, 2012).

Além disso, indivíduos acometidos pela doença podem chegar a atos extremos, como o suicídio, o qual vitimiza anualmente cerca de 1 milhão de pessoas no mundo, dado confirmado por estudo da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em associação com a OMS que refere que o suicídio é responsável por uma morte a cada 40 segundos no mundo (OPAS/OMS, 2016). Assim, tem sido demonstrada, por meio de diversas investigações científicas, a estreita relação entre a depressão e o suicídio, sendo muitas vezes a primeira considerada um sintoma que pode ter como consequência o segundo (CORRÊA; BARRERO, 2006).

Diante do exposto surgiu a seguinte problemática: qual o papel dos psicólogos nas estratégias de intervenção na depressão, como prevenção ao suicídio, nas redes de apoio à população jovem brasileira com TDM?

O objeto desta pesquisa é o TDM na população jovem, como elemento gerador de comportamentos suicidas, diante do aumento das taxas de suicídio demonstradas por estudos epidemiológicos mundiais e nacionais.

A relevância acadêmica desta pesquisa está em averiguar quais as estratégias têm sido adotadas na prevenção ao suicido em jovens brasileiros, a partir do entendimento das ações dos psicólogos nas redes de apoio propostas pelo Governo, os quais são campos de atuação desses profissionais na Atenção Básica e especializada às pessoas com maior vulnerabilidade ou diagnosticadas.

Quanto à taxonomia, é uma pesquisa em forma de revisão de literatura, caracterizada como estudo bibliográfico exploratório.

O trabalho foi construído em oito capítulos. O primeiro é a introdução, a qual contextualizou o tema, referindo à relevância acadêmica e social. O segundo capítulo relata a problemática que direcionou a pesquisa nas bases de dados

científicas investigadas. O terceiro capítulo trás os objetivos definidos como essenciais para destacar os saberes já consagrados sobre a temática.

O quarto capítulo explicitou a metodologia aplicada no levantamento bibliográfico. No quinto capítulo foi apresentado o resultado do levantamento bibliográfico sobre a depressão na juventude, envolvendo a epidemiologia da TDM e seus fatores etiológicos de ordem genética, biológica e psicossociais, incluindo a apresentação dos sintomas e características clínicas mais recorrentes e os critérios de diagnóstico conforme DSM-V, enquanto o sexto capítulo expôs a relação entre a depressão e comportamento suicida em jovens, compreendendo a epidemiologia e fatores de risco para o suicídio. O sétimo capítulo apontou o papel da psicologia na prevenção do suicídio, apresentando as redes de apoio e estratégias de intervenção na depressão como prevenção ao suicídio. E o oitavo capítulo apresentou as considerações finais sobre a temática abordada.

2 JUSTIFICATIVA

A justificativa da escolha desse tema considerou a importância das ações da Psicologia na terapêutica do TDM, especialmente como estratégia preventiva de suicídios, considerando que a OMS refere que embora hoje existam tratamentos que obtenham bons resultados no controle da doença, que é considerada crônica, a porcentagem de afetados que obtêm tratamento adequado é inferior à 50%, tendo como principais motivos contribuintes para esse baixo resultado percentual a deficiência de recursos empregados pelos governos na área de saúde mental, a falta de capacitação e treinamento de profissionais de saúde, em especial os de Atenção Básica (AB) que atendem a maior parte da população, a anamnese imprecisa e o estigma social que recai sobre as pessoas com transtornos mentais.

3 OBJETIVO

3.1 Geral

Através de uma revisão de literatura, averiguar as estratégias de intervenção da psicologia no TDM com vistas à prevenção do suicídio.

3.2 Específicos

- Relatar as características epidemiológicas do TDM na população jovem;
- Apontar os fatores etiológicos mais relevantes do TDM;
- Relacionar o TDM com o comportamento suicida em jovens.

4 METODOLOGIA

Na perspectiva de Gil (2008), a pesquisa tem uma natureza pragmática, se configurando em um método formal e sistemático de incremento do conhecimento científico, cujo objetivo fundamental é elucidar problemas pela utilização de processos científicos. Destarte, para produzir o referencial teórico deste trabalho foi realizada uma pesquisa centrada em livros, documentos publicados por instituições e organizações da área da saúde e trabalhos acadêmicos disponível em bases de dados eletrônicas da área de saúde, cuja temática abordasse o TDM e sua relação com ideação suicida e suicídio em jovens.

Quanto à metodologia, caracteriza-se uma revisão de literatura de caráter exploratório. De acordo com Lakatos e Marconi (2007), a pesquisa exploratória se caracteriza por se encontrar na fase preliminar, tendo como objetivo coletar e catalogar mais subsídios sobre o tema ou assunto que está sendo investigado, permitindo que haja a delimitação do tema e seu delineamento, ou mesmo uma abordagem diversificada do assunto. Normalmente é estruturada como pesquisa bibliográfica, assim como este trabalho.

Prodanov e Freitas (2013) acrescentam que a pesquisa exploratória apresenta uma estrutura flexível, permitindo que o tema seja abordado sob diversos ângulos e aspectos que normalmente compreende um levantamento bibliográfico, embora possam ser utilizados outros meios de pesquisa.

Quanto ser uma revisão de literatura, Gil (2008) comenta que é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos.

Conforme os objetivos determinados para esta pesquisa, intentou-se reunir as informações sobre a depressão e ideação suicida em jovens sob a ótica da Psicologia, com vistas a apontar as ações dos profissionais desta área na intervenção clínica na AB de saúde, que normalmente é o lugar do primeiro contato do paciente de TDM com o sistema público de saúde, assim como na assistência prestada nas redes de apoio como Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), que visam dar assistência às pessoas em situação de risco social, que como já apresentado, o fator social é determinante na etiologia da doença, assim como nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que são destinados as terapias dos pacientes, sendo estas redes, campos de atuação do psicólogo na AB do

Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e Sistema Único de Saúde (SUS), respectivamente.

As bases de dados eletrônicas científicas utilizadas no levantamento de trabalhos para a construção desta revisão de literatura foram o *Google* acadêmico, o *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), a Biblioteca Virtual em Saúde - Psicologia Brasil (BVS-Psi Brasil), Base de dados bibliográfica de Psicologia (PSICODOC) e Index Psi Periódicos. Foram inclusas pesquisas acadêmicas distintas, tais como artigos acadêmicos e de revistas especializadas, teses, dissertações e documentos oficiais publicados em português, com ano limite de publicação a partir de 2005.

A busca nas referidas bases de dados foi realizada entre outubro de 2016 e março de 2017, utilizando os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), empregando os operadores booleanos “and” e “or” e as seguintes expressões, vinculadas ou independentes: a) “depressão”; b) “Transtorno Depressivo Maior”; c) “suicídio”; e, d) “ideação suicida”. Foram selecionados apenas os documentos que estivessem com o texto disponibilizado integralmente, escritos em português e excluídos aqueles que não atendessem a estes requisitos.

Após a busca *on-line*, primeiramente, foram encontrados 179 trabalhos, dos quais foram excluídos aqueles que não apresentavam real relação com a abordagem proposta para o tema, num total de 102, e por meio da leitura cuidadosa do título e do resumo destes, restou como amostra 45 trabalhos. Em seguida, foram excluídos os títulos que estavam disponíveis em mais de uma das bases de dados pesquisadas, restando uma amostra final constituída de 28 trabalhos em forma de artigo, os quais foram lidos integralmente para realização desta pesquisa, além de livros e publicações oficiais de órgãos públicos e instituições afins.

5 DEPRESSÃO NA JUVENTUDE

A juventude é uma fase transitória entre os anos finais da adolescência e anos iniciais da idade adulta, abrangendo a faixa etária entre os 15 e 29 anos, a qual é permeada por diversas e constantes mudanças em todos os âmbitos da vida do sujeito, exigindo que este desenvolva habilidades pessoais e sociais que permitam manter um relacionamento adequado e salutar com os demais membros da sociedade, com o mundo e com as questões socioeconômicas, políticas, culturais e afetivo-emocionais que se fazem presente no cotidiano do homem (CARA; GAUTO, 2007; WAISELFISZ, 2014).

Na contemporaneidade, a sociedade é palco de diversas tensões, sendo o trabalho e as exigências de sucesso social, as quais envolvem especialmente as questões de conquistas financeiras, elementos de grande preocupação, aspiração e cobrança que consomem grande parte do tempo e dos projetos de vida dos jovens, os quais muitas vezes se sentem compelidos a declinarem de suas preferências pessoais e vocações, pela expectativa de alcançar melhor posição social e ganhos financeiros se atuarem profissionalmente em áreas diversas daquelas que poderiam obter maior satisfação pessoal (GONÇALVES; MACHADO, 2007; MENDLOWICZ, 2009).

Cassorla (2005) menciona a vulnerabilidade dos jovens diante da forte realidade do mundo, em que as situações, e muitas vezes condições, de dificuldades financeiras, violência, incertezas, impotência, limitações, frustrações e ausência de oportunidades levam à quadros depressivos. Caracterizado como um ser impulsivo pelo autor, o jovem tende a se deixar levar por seu ímpeto, associado ao antagonismo de sentimentos volúveis que levam cerca de 25% das pessoas nessa faixa etária a pensar com seriedade sobre agir de forma autodestrutiva, ou mesmo atentar contra a própria vida.

Bauman (1997), em sua obra “O Mal-Estar da Pós-Modernidade”, aponta a liberdade individual como um dos atributos de maior valor social na contemporaneidade, contudo também a considera como aquela que mais contribui para o atual mal-estar social, pois a busca incessante por sensações intensas e fortes emoções tem levado os jovens a procurarem experiências carregadas de prazer, em detrimento da segurança, tão valorizada culturalmente nas sociedades

antigas, embora a satisfação e felicidade tão almejadas não sejam alcançadas.

Refutando essa perspectiva, Elias (1997) observa que, embora a sociedade atual seja muito mais liberal quanto à vivência de seus membros, é utopia a percepção de que não existam regras sociais a ser obedecidas, ou seja, as convenções sociais continuam a delinear a forma de viver de seus elementos, definindo o que seria concebido como liberdade individual e mantendo determinadas restrições. Assim, o homem, como parte integrante de uma sociedade, deve se portar consoante a estrutura social vigente. Afirma o autor que:

Na vida social de hoje, somos incessantemente confrontados pela questão de se e como é possível criar uma ordem social que permita uma melhor harmonização entre as necessidades e inclinações pessoais dos indivíduos, de um lado, e, de outro, as exigências feitas a cada indivíduo pelo trabalho cooperativo de muitos, pela manutenção e eficiência do todo social. Não há dúvida de que isso — o desenvolvimento da sociedade de maneira a que não apenas alguns, mas a totalidade de seus membros tivesse a oportunidade de alcançar essa harmonia — é o que criaríamos se nossos desejos tivessem poder suficiente sobre a realidade (ELIAS, 1997, p. 18).

Então, analisando a fala do autor, há sempre limitações à liberdade individual determinada pela sociedade da qual se faz parte, ou seja, local e ambiente em que o sujeito nasce e vive, as oportunidades que lhes são apresentadas, a condição social e familiar e o acesso à educação, além das normas sociais que vigoram, sempre terão influência na amplitude da liberdade individual.

Contraopondo-se a essa posição, Mendlowicz (2009) afirma que os jovens têm disponível uma ampla gama de opções de escolhas na vida, inclusive acadêmica, porém, com a aproximação da idade adulta estas são drasticamente reduzidas, pois entende a sociedade que os jovens devem ser capazes de assumir todas as responsabilidades inerentes a essa fase da vida e ter desenvolvido as habilidades exigidas para isso.

Estudo realizado por Figueiredo e Oliveira (1995) com alunos na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) apontou que o início da vida acadêmica universitária pode ser um gatilho para um episódio depressivo, pois além das pressões inerentes a vida discente, há em muitos casos a separação do estudante do núcleo familiar, nos casos em que é necessário que se mude para uma outra cidade para cursar o Nível Superior de Ensino.

Neste contexto, não só as responsabilidades com os estudos, mas também a insegurança com o enfretamento de uma nova realidade de vida, a

necessidade de construção de novos laços afetivos, a ambientação na nova morada, além de conflitos internos e externos diversos, podem ocasionar desequilíbrio emocional e estresse, que levam a desordens orgânicas, problemas de relacionamento, redução dos resultados acadêmicos e ansiedade, sintomas característicos de quadros depressivos que podem se agravar ao ponto do estudante chegar à idealização, e mesmo concretização, do suicídio.

Consoante Almeida (2005), ao término do Ensino Superior, normalmente o jovem começa uma nova fase de sua vida ao buscar lugar no mercado laboral, assim como a consequente autonomia financeira. É um estágio essencial no processo de transição entre as fases da vida adolescente e adulta, que se caracteriza pelo desenvolvimento psicossocial do indivíduo, que objetiva consolidar-se como adulto de fato, atendendo, portanto, os projetos pessoais, mas também às expectativas que lhes foram imputadas, seja pela família, amigos, cônjuges e/ou sociedade como um todo.

A juventude, consoante Mendlowicz (2009), é um período que possibilita ao ser humano ser mais sonhador, ter a perspectiva de que todos os seus objetos de desejo estão ao seu alcance, porém, quando estes sonhos não se concretizam, resta ao jovem se adaptar e fazer tudo que for necessário para que ocupe um lugar no mercado de trabalho, o qual nem sempre é aquele que foi idealizado, uma vez que este tem se tornado cada vez mais competitivo e exigente, demandando profissionais especializados, altamente capacitados e experientes, dificultando que muitos jovens entrem no mercado produtivo ocupando de imediato o lugar de suas aspirações.

Braconnier e Marcelli (2000) explicam que existem, para alguns jovens, dificuldades em assumir as responsabilidades inerentes a convivência social e à vida particular embora, para maioria, a postura responsável floresce por meio do desenvolvimento intelectual, das reflexões sobre suas vivências, das funções e ocupações que escolhe livremente ou que se apresentam compulsoriamente.

Para Fleming (2005) existe uma pressão interna para que os adultos jovens atinjam os objetivos definidos por eles mesmos, embora tenha se tornado comum que permaneçam mais tempo habitando com a família de origem, prolongando o processo de transição para a vida adulta, estendendo a dependência dos pais e retardando a autonomia. As pressões externas, podem se apresentar no seio da própria família, que espera ver este membro bem sucedido em todos os

âmbitos de sua vida, refletindo o sucesso e alcançando todas as expectativas sociais, econômicas e afetivas. Neste sentido, acrescenta que:

Entre as necessidades e inclinações pessoais e as exigências da vida social, parece sempre haver, nas sociedades que nos são familiares, um conflito considerável, um abismo quase intransponível para a maioria das pessoas implicadas [...] (ELIAS, 1997, p.17).

A concretização das idealizações sociais dos indivíduos, nesta linha de pensamento, não é acessível a grande maioria dos jovens, que não conseguem atingir rapidamente seus objetivos no que se refere às condições econômicas, reconhecimento e prestígio social, o que se torna um grande peso psicológico diante da valorização destes elementos pela sociedade contemporânea.

Mendlowicz (2009) destaca que quando os adultos jovens conseguem atingir esses objetivos, tendem a desenvolver sentimentos de realização, de gozo e de vitória. Contudo, quando não conseguem tais conquistas desenvolvem sentimento de descontentamento, de frustração e de derrota, que podem se intensificar à proporção que os anos passam e a idade adulta se estabelece. Acrescenta Bauman (1997, p.33) que “[...] Meio de vida, posição social, reconhecimento à utilidade e merecimento da autoestima, podem todos desvanecerem-se simultaneamente da noite para o dia e sem se perceber [...]”.

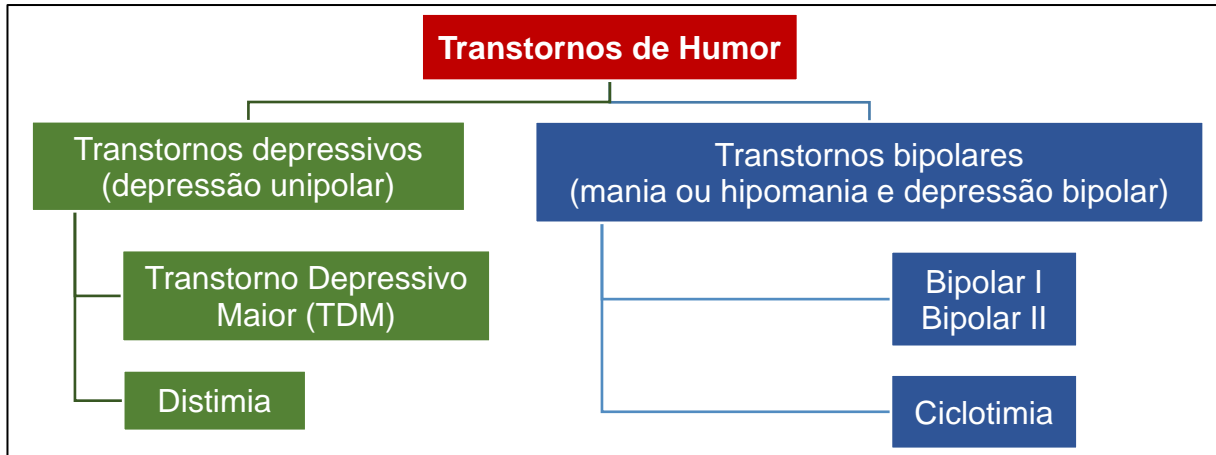
Assim, consoante Assumpção Jr e Kuczynsky (2004), o acúmulo desses sentimentos, assim como muitos outros fatores que são discutidos ainda neste capítulo, podem levar ao desenvolvimento do Transtorno Depressivo Maior (TDM). Na área de saúde mental, o termo TDM é empregado para assinalar um tipo específico de Transtorno de Humor (TH).

O humor é definido por Sene-Costa (2006, p. 40) como “[...] tônus emocional, global e persistente, que colore a vida psíquica do indivíduo e envolve uma tendência afetiva, impossibilitando a neutralidade [...]”. Porém é mutável, segundo cada situação ou percepção do indivíduo, tendo quatro dimensões “[...] profundidade, intensidade, duração e flutuações [...]”.

Os THs, também denominados de Transtornos Afetivos (TA), apresentam como principais sintomas a modificação do humor ou do afeto, do ânimo, do comportamento e da forma de pensar e sentir. Os episódios podem ser isolados ou reiterados, se alternado ao longo da vivência do indivíduo, e podem se apresentar

com eventos depressivos ou de mania. Importante esclarecer que, se a alteração de humor decorre de uma doença diversa ou por efeitos de medicamentos, não pode ser classificada como TH, mas sim como um sintoma conexo à doença de base ou implicação da utilização da terapia medicamentosa (UNASUS/UFMA, 2013). A Figura 1 apresenta os THs e suas respectivas divisões.

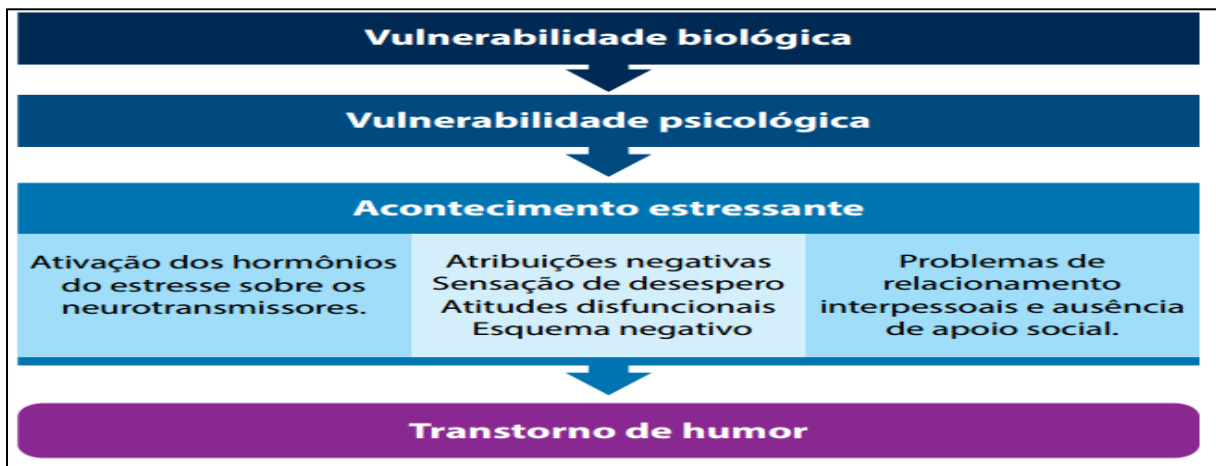
Figura 1: Transtornos de humor e suas respectivas divisões.



Fonte: Adaptado de Sene-Costa (2006, p. 42).

A etiologia e o desencadeamento dos THs podem ser decorrentes das interações entre quatro fatores básicos: biológico, físico, psicológico e sociocultural, sendo estes três últimos responsáveis pela maior parte dos eventos estressantes na vida do indivíduo, por isso é sempre importante investigar quais aspectos ou eventos que possivelmente desencadearam ou antecederam os episódios em cada paciente (UNASUS/UFMA, 2013). A Figura 2 mostra a relação das vulnerabilidades a que o indivíduo está exposto em seu cotidiano e que podem contribuir eventos de TH/TA.

Figura 2: Fatores relacionados ao desenvolvimento de Transtornos de Humor/Transtornos Afetivos.



Fonte: UNASUS/UFMA (2013, p. 9).

Assim como a ansiedade, a depressão é um transtorno psíquico de elevada frequência em pacientes na atualidade (CANALE; FURLAN, 2006). Mas, a palavra depressão pode cognominar diversos eventos, desde de uma situação afetiva considerada normal, assim como as flutuações de humor e comportamento, uma síndrome, múltiplas patologias e inclusive sintomas destas (COUTINHO, 2005; FUREGATO, 2005; APÓSTOLO et al, 2011).

Stahl (2014) expressa que a depressão, enquanto emoção ou humor deprimido, se faz presente na vida de todo ser humano em algum momento de sua vida, sendo esta considerada normal, porém, quando se configura em TDM necessita que o paciente obtenha suporte profissional e acompanhamento adequado, sendo a capacidade de detecção das diferenças entre a depressão dita normal e a doença muitas vezes inicialmente difícil, especialmente quando o primeiro contato do paciente ocorre com assistência não especializada em saúde mental. É preciso considerar, segundo Furegato (2005, p. 404) que “[...] A depressão não é uma forma de ser da pessoa, é uma circunstância pela qual ela está passando, tornando-a frágil por uma falha no funcionamento biológico, psicológico e/ou social.”

O sinal diferencial entre a depressão tida como normal, ou tristeza, e o TDM é que esta é mais intensa, manifestando angústia, autoimagem negativa e desinteresse pela vida, em episódios de duração curta, se estendendo por meses, ou longa, se projetando por anos, e que geram um quadro que influencia negativamente todos os aspectos da vida do indivíduo, incluindo as esferas pessoal, familiar, profissional e social, comprometendo as inter-relações, resultando em situações conflitantes com os conviventes e incompreensão destes quanto as ações, reações e comportamentos do paciente (QUEVEDO; SILVA, 2013; STAHL, 2014).

Cheniaux (2013) esclarece que o TDM pode apresentar apenas um episódio durante a vida do acometido, mas também é um TH que pode ser recorrente, sendo avaliado como doença crônica, com prognóstico mais severo que de outras patologias como insuficiência cardíaca ou Diabetes Mellitus (DM). Assumpção Jr e Kuczynsky (2004) afirmam que, na perspectiva clínica, o termo depressão é utilizado para designar o TDM, que é uma síndrome complexa, cujos sintomas elencam, além das alterações de humor, comprometimento de psicomotricidade associado à diversos distúrbios neurológicos e psicossomáticos.

No TDM o paciente tende a apresentar uma supressão do discernimento,

que ocasiona perda do autocontrole associada a um forte sentimento de sofrimento. Pelo comprometimento dos diversos aspectos da vida do doente, resultantes do humor deprimido, é considerado incapacitante e pode se agravar com a falta de vontade de viver (CHENIAUX, 2013; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

5.1 Epidemiologia

É grande a frequência do TDM, sendo apontado como uma das principais patologias psiquiátricas que levam à busca por atendimento especializado e, muitas vezes, à internação (ASSUMPÇÃO JR; KUCZYNSKY, 2004). Estudos epidemiológicos da OMS mencionam que, a partir da década de 1990, é crescente a incidência do TDM na população mundial, levando a elevação da posição da doença no ranking dos problemas de saúde mental coletiva, destacando-se especialmente pelo potencial incapacitante e gastos com seu tratamento, que por ser uma doença crônica e sempre passível de recidivas, deve ser acompanhada constantemente por profissionais de saúde mental (COUTINHO, 2005; FUREGATO, 2005).

A OMS (2012) apresentou uma estimativa na qual cerca de 350 milhões de pessoas em todo o planeta seriam diagnosticadas com TDM até o início da próxima década, número que se refere ao equivalente à 5% da população mundial atual, e que, ao longo da vida, entre 15% a 20% desta população manifestará pelo menos um episódio desse transtorno mental.

De acordo com o mesmo documento, o TDM é um transtorno mental comum que apresenta humor deprimido, perda de interesse ou prazer, diminuição de energia, sentimento de culpa ou baixa autoestima, distúrbios do sono, alterações do apetite e redução da capacidade de concentração. Além disso, apresenta concomitantemente à estes, sintomas de ansiedade. A doença é crônica e os episódios podem ser recorrentes, o que leva à uma substancial deficiência na capacidade de cumprir com responsabilidades diárias, inclusive de higiene pessoal (OMS, 2012).

Geralmente, o primeiro episódio do TDM ocorre entre os 25 e 44 anos de idade, embora possa ocorrer ainda no início da adolescência, porém com o aumento da idade se torna mais recorrente. Estimativas indicam que no decorrer da vida, em especial na fase adulta, cerca de 9% das mulheres e 5% dos homens sejam

acometidos por esse tipo de transtorno (ASSUMPÇÃO JR; KUCZYNSKY, 2004).

Embora o TDM seja uma das principais causas de incapacidade, tanto para homens como para mulheres, o peso da patologia é 50% maior em indivíduos do sexo feminino se comparado como indivíduos do sexo masculino. De fato, em mulheres de alta renda, a doença é a principal causa de ônus à saúde, contudo também acomete mulheres de média e baixa renda, tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento ou pobres. Resultados de pesquisas sugerem que nos países em desenvolvimento as depressões materna e puerperal podem ser fator de risco para crianças e jovens em fase de desenvolvimento, o que pode significar que a saúde mental materna pode ser determinante nas influências à que o indivíduo está sujeito durante seu crescimento, de modo que os efeitos depressivos também afetam a geração seguinte (OMS, 2012).

Acrescentam Assumpção Jr e Kuczynsky (2004) que é significativamente aumentado o risco do TDM em parentes de primeiro grau das mulheres acometidas por este transtorno, variando entre 5,9% a 18,4% em ascendentes, descendentes e colaterais do sexo masculino e entre 7,1% a 31,9 % do sexo feminino.

Além disso, a prevalência em mulheres pode ter associação com fatores hormonais, aos quais são mais susceptíveis por sofrerem maior variação e amplitude dos hormônios devido a adolescência e conseqüente maturação sexual, ciclo menstrual, gravidez, puerpério, aborto e menopausa (TEODORO, 2009; QUEVEDO; SILVA, 2013; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017), associados ao estresse pelos diversos papéis sociais desempenhados, como trabalho, responsabilidades domésticas, cuidados com os filhos ou pais idosos, maternidade solteira, violência doméstica, dentre outros (CANALE; FURLAN, 2006).

Alguns fatores dificultam a obtenção de resultados fidedignos nos estudos de prevalência nos indivíduos do sexo masculino, por serem mais resistentes a expor suas emoções, buscar fuga no uso, ou mesmo abuso, de álcool e outras drogas e pelo hábito ou necessidade de carga laboral mais excessiva, situações que acabam camuflando os sintomas da doença, além de naturalmente mostrarem menor propensão ou disposição em buscar ajuda (TEODORO, 2009; QUEVEDO; SILVA, 2013; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Outra questão importante é que o TDM em pacientes do sexo masculino, normalmente se apresenta como estresse, exasperação, agressividade e desmotivação, enquanto no sexo feminino normalmente há sentimentos de

abandono, falta de apoio ou desesperança (CANALE; FURLAN, 2006). Deste modo, os sintomas da doença no homem tendem a ser interpretados pelas pessoas próximas como características do caráter ou reações ao estresse cotidiano e o uso ou abuso de álcool e mesmo de algumas drogas utilizadas como fuga ser mais aceito socialmente para os indivíduos deste gênero. As mulheres, por sua vez, tendem a ter reações mais emotivas e tentam se expressar por meio de conversas, mesmos que não saibam descrever ao certo o que estão sentindo como um quadro depressivo.

5.2 Etiologia

Etiologicamente, o TDM é uma patologia complexa, pela associação de fatores diversos em sua gênese (TEODORO, 2009; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017). Como sintoma ou em decorrência de situações estressantes ou de outras patologias, a depressão manifesta-se em casos de doenças clínicas, alcoolismo, uso de drogas, doenças neurológicas tais como transtorno de estresse pós-traumático, demência, esquizofrenia, dentre outras, e como síndrome, há a associação de alterações do humor, da cognição e da psicomotricidade (DEL PORTO, 2009). Acrescenta Teodoro (2009, p. 66) que:

TDM é um transtorno mental, causado por uma complexa interação entre fatores orgânicos, psicológicos, ambientais e espirituais, caracterizado por angústia, rebaixamento do humor e pela perda de interesse, prazer e energia diante da vida. Genes, hormônios, neurotransmissores, nutrientes celulares, substâncias químicas, autoestima, pensamentos, personalidade, crenças, reações emocionais, conflitos inconscientes, fatores socioculturais e ambientais, situações cármicas e vinculações espirituais formam uma imensa rede de intercomunicações, dando forma ao quadro depressivo.

As interações entre diversos fatores é o que determina a manifestação da doença, sendo pouco provável que apenas um seja o motivador, embora o gatilho para um episódio de TDM possa ter uma causa única em cada evento (DEL PORTO, 2009; TEODORO, 2009). Alguns destes fatores são discutidos a seguir.

5.2.1 Fatores genéticos

A variação fenotípica, presente em 37% dos casos, é responsável pela epidemiologia genética da depressão, embora os genes envolvidos ainda não tenham sido identificados. Alguns aspectos da personalidade normal, como o senso de autopreservação, a ansiedade e o pessimismo, são também influenciados por fatores genéticos (BELMAKER; AGAM, 2008).

A enzima limitadora da taxa de biossíntese de serotonina, a triptofano hidroxilase (TPH), é codificada por dois genes distintos, Tph1 e Tph2, e tem sido apontada como envolvida na patogênese de transtornos depressivos e suicídio. Os Polimorfismos de Nucleotídeo Simples (SNPs) no gene Tph2 têm sido associados com o aumento da incidência de TDM e tentativa de suicídio (TS). Também há a perspectiva de que o gene Tph1, que se expressa predominantemente na epífise neural, age potencializando o risco de suicídio ao interromper a síntese da melatonina, um hormônio responsável pela regulação do ciclo circadiano, resultando no aumento de risco suicida (GABBARD, 2006; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Contudo, é importante esclarecer que atualmente existe uma teoria que tem recebido grande aceitação em diversas pesquisas, a qual defende que para que a depressão surja é necessário que exista um complexo encadeamento entre fatores genéticos e ambientais que altere uma resposta individual às condições estressantes de vida. Nenhuma alteração de um gene específico foi comprovadamente considerada como única responsável por ocasionar o TDM, mas há fortes indícios de que fatores genéticos tornam certos indivíduos mais suscetíveis à depressão, aumentando sua vulnerabilidade aos fatores ambientais estressantes (LIMA, 2012; SCHESTATSKY, 2012).

5.2.2 Fatores Biológicos

Os fundamentos do TDM ainda não foram totalmente esclarecidos, por isso os estudos abordam a doença em diversas frentes, como observações de alterações fisiopatológicas, neurobiológicas, no funcionamento cerebral e dos mecanismos imunológicos, dentre outras. Assim o Quadro 1 compila diversas hipóteses biológicas levantadas quanto as origens biológicas do TDM.

Quadro 1: Hipóteses biológicas que são apontadas como justificativas para a etiologia do TDM.

HIPÓTESE	DESCRIÇÃO
----------	-----------

Das catecolaminas	Existência de uma descompensação com redução da funcionalidade das atividades do sistema aminérgico, especialmente nos sistemas dopamina, norepinefrina e serotonina que podem levar a nosogenia latente de TDM
Permissiva	A distorção fisiológica fundamental na depressão consiste em uma redução das atividades serotoninérgica, que admitiria que a norepinefrina agisse causando os sintomas clínicos do TDM
Neuroendócrina	A hipersecreção do cortisol, a resposta extenuada do hormônio do crescimento e da tirosina (TRH), a hipossecreção do hormônio luteinizante e alterações na secreção de vasopressina e calcitonina seriam determinantes para patogênese da doença
Influência hormonal	A determinação de maior incidência de depressão em mulheres que em homens é explicada pelas maiores variações e ciclos hormonais no gênero feminino, deixando-o mais vulnerável
Colinérgica	A variação do humor pode ser resultado de pequenas alterações na estabilidade entre os sistemas de neurotransmissores noradrenérgicos e colinérgicos, sendo assim, quando a atividade colinérgica sofre elevação em comparação à adrenérgica pode gerar um processo que participe do desencadeamento da doença depressiva
De hiporregulação	A hiperatividade funcional do sistema neuronal da norepinefrina levando a uma alta sensibilidade dos receptores de norepinefrina atrelados à adenilato ciclase poderiam desencadear a patologia
Do sono	As alterações do sono, pelo excesso ou pela ausência, poderiam levar ao desenvolvimento da doença
Da membrana	Haveria um comprometimento determinado geneticamente da permeabilidade da membrana celular gerando deficiência em uma ou mais funções
Genética	Maior incidência de distúrbios depressivos em parentes em primeiro grau, ascendentes, descendentes e colaterais, de pacientes bipolares
Monoaminérgica	Há uma redução nas sinapses dos neurotransmissores noradrenalina e serotonina em sítios específicos do cérebro observada no decurso de um episódio depressivo

Fonte: adaptado de Carlson (2002), Teodoro (2009), Silva (2010), Quevedo e Silva (2013), Stahl (2014) e Sadock, Sadock e Ruiz (2017).

Talvez a explicação mais universalmente aceita da patogênese do TDM envolva neurotransmissores, visto que qualquer obstáculo que interrompe a cadeia de ação destes pode levar à desequilíbrios. Os principais neurotransmissores apontados como responsáveis pela doença são a serotonina, a norepinefrina e a dopamina. Uma outra hipótese que explica o TDM é que os receptores cerebrais são saturados com neurotransmissores resultando em pouco ou nenhum período refratário, o que leva à ineficiência do processo. Por outro lado, outra hipótese propõe que os níveis de neurotransmissores presentes nos sítios receptores são baixos nos pacientes acometidos pelo TDM (SENE-COSTA, 2006; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Os fatores biológicos na etiologia do TDM têm relação especial com a redução da função de neurotransmissores monoaminérgicos, níveis reduzidos de Fator Neurotrófico Derivado do Cérebro (BDNF), modificação de eixos

neuroendócrinos, auxese da ação inflamatória, alterações morfofisiológicas do cérebro, desequilíbrio dos ciclos circadianos¹, assim como implicações genéticas que deixam o indivíduo mais susceptível ao surgimento de depressão, sendo o TDM considerado uma patologia sistêmica com condição pró-inflamatória lesiva à autorregulação neuronal normal (QUEVEDO; SILVA, 2013).

São descritas algumas alterações sofridas pelos sistemas serotoninérgicos no TDM, conforme estudos citados por Gabbard (2006), Del Porto (2009) e Quevedo e Silva (2013):

- a) Encontram-se concentrações baixas do metabolito principal de ácido 5-hidroxiindolacético (5HT) no Líquido Cefalorraquidiano (LCR) de doentes deprimidos e suicidas;
- b) O aumento da densidade de receptores 5HT₂ tem sido relatado em plaquetas sanguíneas e no tecido cerebral alterado pela depressão em pacientes, atuando como uma resposta compensatória as baixas concentrações de 5HT;
- c) Densidades reduzidas no local de ligação do transportador 5HT (SFRT) são observadas no mesencéfalo e nas plaquetas de pacientes depressivos;
- d) Redução das concentrações plasmáticas de L-triptofano, precursor de 5HT, são encontradas em pacientes com depressão;
- e) A depleção de inibidores seletivos de recaptção de serotonina (SRI) em pacientes deprimidos em remissão provoca uma recaída rápida nos sintomas depressivos;
- f) Polimorfismos genéticos medeiam os efeitos depressores do abuso e da negligência de crianças; e,
- g) Maior atividade de Monoamina-oxidase-A é encontrada no Sistema Nervoso Central (SNC) de pacientes deprimidos.

Alguns estudos citados por estes mesmos autores indicam como alterações dos sistemas noradrenérgicos na depressão:

- a) Baixos níveis de metabólitos de norepinefrina são encontrados na urina e LCR dos pacientes deprimidos;
- b) Há um aumento da densidade dos receptores β -adrenérgicos no

¹ Período de um dia (24 horas) no qual se completam as atividades do ciclo biológico dos seres vivos. Uma das funções deste sistema é o ajuste do relógio biológico, controlando o sono e o apetite.

tecido cerebral observada, em estudo pós-morte, no córtex de suicidas;

- c) Estresse, que precipita a depressão em indivíduos vulneráveis, aumenta a atividade dos circuitos de norepinefrina no cérebro;
- d) Aumento da atividade da MAO-A no SNC de pacientes deprimidos;
- e) A depleção de norepinefrina em pacientes deprimidos em remissão tratados com um inibidor de recaptação de norepinefrina precipita uma recidiva nos sintomas depressivos; e,
- f) Os inibidores da reabsorção de norepinefrina são antidepressivos eficazes (desipramina, reboxetina, andmaprotilina).

Estudos recentes têm encontrado várias outras alterações no funcionamento cerebral, revelando que a fisiopatologia do TDM vai muito além das alterações eixo Hipotálamo-Hipófise-Adrenal e da depleção da monoaminas, envolvendo vias de sinalização intracelular, expressão gênica e mecanismos de plasticidade neuronal (BELMAKER; AGAM, 2008).

5.2.3 Fatores psicossociais

Normalmente, o episódio inicial de TDM tem como gatilho um fato de grande estresse na vida do paciente. Gabbard (2006) cita o estudo realizado por Kendler et al (1993) que, avaliando gêmeos em busca de um padrão etiológico que pudesse prognosticar um episódio de TDM, demonstrou que os eventos estressantes são mais cruciais que os fatores genéticos para a desfecho de um episódio da doença. O mesmo estudo mostrou que são essenciais para um episódio de TDM conflitos nas relações interpessoais e um caráter neurótico, o qual tende a gerar uma ausência de apoio social, essencial à psicoterapia e às mudanças no estilo de vida de paciente, desestabilizando especialmente o suporte familiar que é muito importante tanto na recuperação, quanto na prevenção de recidivas e na adesão ao novo estilo de vida.

Gabbard (2006) cita ainda diversos eventos apontados em outros estudos que são de grande estresse e podem favorecer a patogênese do TDM: perda precoce de parentes, cônjuges ou amigos queridos, seja pela morte ou separação; crises conjugais; divórcio/separação; estupro; abusos, negligencia ou violência

doméstica e *bullying*, todos eventos que podem desencadear um sentimento de luto, além disso, quando acontecem na infância maximizam a potencialidade de desenvolvimento de TDM na idade adulta.

Assim, comentam Belmaker e Agam (2008) que a depressão está relacionada com as emoções normais de tristeza e luto, contudo estas não se dissipam quando a causa externa se extingue, ademais são sempre desproporcionais em relação à sua causa. Os estados graves clássicos de depressão geralmente não têm nenhuma causa precipitante externa. Entretanto, é difícil estabelecer distinções claras entre casos de depressão com e sem eventos psicossociais precipitantes.

A maior prevalência entre as mulheres também pode ter sua gênese nos fatores psicossociais. Normalmente os homens têm uma vida social e laboral mais ativa, um nível maior liberdade, lazer e práticas esportivas em grupo, como jogar futebol, mantendo assim maior apoio social. As mulheres tendem a manter-se mais ligadas à família e aos afazeres domésticos, mesmo quando trabalham fora, tendo a responsabilidade de cuidar de outros membros da família, como pais, filhos e mesmo avós, sendo sua autonomia mais restrita. Assim, o apoio social muitas vezes é mais limitado, por permanecerem mais tempo no núcleo familiar e deixarem de fazer atividades com outros grupos, como amigos e parceiros de trabalho (CORDEIRO; CLAUDINO; ARRIAGA, 2006).

5.3 Sintomas e características clínicas

O TDM pode se apresentar com sintomas diversos e uma ampla gama de associação entre estes, que torna o comportamento do indivíduo muitas vezes antissocial pela falta de interesse por suas atividades cotidianas, mesmo aquelas que anteriormente lhe traziam alegria e encanto.

A avaliação clínica do paciente deve ser muito cuidadosa, pois a sintomatologia é ampla e com níveis diversos de impactos psicológicos e alterações fisiológicas, que afetam simultaneamente algumas ou todas as áreas da vida do paciente, implicando que não consiga realizar suas atividades cotidianas (TEODORO, 2009).

Conforme Canale e Furlan (2006), geralmente, o TDM se caracteriza pela

diminuição dos processos psíquicos, variação de humor entre a depressão e a irritação acompanhada de ansiedade e sofrimento emocional, perda da capacidade de sentir prazer ou alegria, tristeza, melancolia, fadiga, apatia, inclusive com alterações psicomotoras.

Corroborando com essa perspectiva, Belmaker e Agam (2008) e Apóstolo et al (2011) citam como sintomas do TDM uma mudança de humor diferente da normal, caracterizada por tristeza ou irritabilidade e acompanhada de várias alterações psicofisiológicas, como distúrbios no sono – insônia ou hipersonia –, redução ou ausência de apetite ou desejo sexual, prisão de ventre, perda da capacidade de experimentar prazer no trabalho ou na vida social e familiar, choro sem motivo aparente, diminuição da expressão oral e postura apática, além de ideações suicidas. Estes sintomas permanecem com o paciente por no mínimo de 2 semanas e interferem fortemente no trabalho e nas relações familiares.

Descreve a OMS (2012) que os sintomas de episódio depressivo envolvem: humor deprimido, perda de interesse e prazer e aumento da fadiga. Dependendo do número e gravidade dos sintomas, um episódio depressivo pode ser classificado como leve, moderado ou grave. A ocorrência de um único episódio depressivo leve raramente levará o acometido à ter alguma dificuldade em continuar a trabalhar ou executar normalmente suas atividades sociais, pois não altera completamente suas funções. Durante um episódio depressivo grave, por outro lado, é muito improvável que o paciente sinta-se seguro em continuar normalmente sua vida social, laboral ou mesmo a executar as suas atividades doméstica rotineiras, persistindo sempre alguma forma de autolimitação.

Os sintomas do TDM podem ser observados em cinco áreas distintas, conforme distribuição do Quadro 2.

Quadro 2: Sintomas da TDM nas cinco áreas distintas da vida do paciente.

ÁREA	SINTOMAS
Humor	Tristeza, emotividade, crises de choro, angústia, irritabilidade, anedonia, desmotivação e variação diurna do humor, ansiedade psíquica, somática e fóbica, hostilidade.
Cognição ou pensamento	Rebaixamento do rendimento intelectual, concentração, memória ou tomada de decisão; baixa autoestima; autoimagem negativa; sensação de "vazio" persistente; sentimentos: de desesperança ou pessimismo, de culpa, de inutilidade ou desamparo, de abandono e/ou rejeição, de inferioridade; desvalorização da vida; ideação sobre a morte; desejo de autoagressão ou suicídio e TS.
Aspectos vegetativos ou	Hipersonia, insônia, perda ou aumento de apetite, diminuição da libido, redução ou ganho de peso involuntário, fadiga, dores corporais, cólicas, problemas

somáticos	digestivos, prisão de ventre, enfraquecimento do sistema imunológico.
Expressão corporal	Postura cabisbaixa e curvada, dificuldade em olhar as pessoas nos olhos, aparência debilitada, descuido com a higiene pessoal e com a aparência geral, respiração superficial, movimentos lentos, contidos, inibidos ou retardados, agitação ou inquietação.
Vida social	Isolamento; apatia; desinteresse pela: vida acadêmica, laboral, participação da vida familiar e social, hobbies, atividades cotidianas ou que antes proporcionavam prazer.

Fonte: Adaptado de Teodoro (2009), Del Porto (2009), Quevedo e Silva (2013) e Sadock, Sadock e Ruiz (2017).

Del Porto (2009) e Quevedo e Silva (2013) comentam que o humor deprimido dos pacientes com TDM leva-os a desenvolverem sentimentos de futilidade da vida, pois acreditam ter perdido a capacidade de alegrar-se ou sentir prazer ou outros sentimentos, pois o vazio é o novo conteúdo de seu mundo psíquico, que “perdeu as cores” e ficou “sem graça” e os sons tornam-se irritantes. A ideação suicida, por vezes apresenta um fundo nobre na concepção psico-cognitiva distorcida do doente, que busca dar alívio àqueles que lhe dão suporte social e assistência, visto que se sente um estorvo para seus parentes e amigos, assim como deseja também dar um desfecho ao penoso estado emocional em que se encontra.

Sadock, Sadock e Ruiz (2017) alertam que nas alterações do ciclo circadiano, a variação do consumo alimentar e aos transtornos do sono podem ocasionar o agravamento de comorbidades como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), DM, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), Doenças Cardiovasculares (DCV) e distúrbios menstruais.

Assumpção Jr e Kuczynsky (2004) ratificam que a distorção da capacidade cognitiva pode ocorrer em maior ou menor grau, pois os sintomas e a gravidade destes, assim como a frequência, variam a cada paciente, podendo ser constantes ou intermitentes. No TDM psicótica podem ainda ocorrer quadros de alteração psicomotora intensa ou letargia depressiva, com alucinações, delírios ou estado de perturbação da consciência caracterizado por ofuscação da vista e obscurecimento da capacidade de raciocínio.

Nem todos os pacientes de TDM apresentam todos os sintomas. Alguns experimentam apenas determinados sintomas, enquanto outros podem experimentar uma ampla gama, inclusive vários persistentes, os quais, além do humor deprimido, são necessários para um diagnóstico de TDM. A gravidade e a frequência dos sintomas, assim como o período de duração, variam dependendo do indivíduo e do

estágio da doença (CANALE; FURLAN,2006; DEL PORTO, 2009; TEODORO, 2009).

5.3.1 Critérios de diagnóstico conforme DSM-V

Atualmente podem ser utilizados dois sistemas de diagnóstico e classificação de transtornos mentais, os quais se apresentam como listas de sintomas da patologia. A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, mas conhecida como Classificação Internacional de Doenças (CID) foi desenvolvida com base na nomenclatura internacional de doenças estabelecida pela OMS e está em sua décima revisão, CID-10, sendo atualizada anualmente desde 2003. É um documento amplo e abrange todas as doenças conhecidas oficialmente pelo homem, além de causas externas que podem ocasionar doenças, lesões e agravos, considerando inclusive alguns aspectos sociais envolvidos (BRASIL, 2008).

Por sua vez, A *American Psychiatric Association* (APA) desenvolveu o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM), o qual já se encontra na quinta versão, com objetivo de “[...] facilitar o estabelecimento de diagnósticos mais confiáveis desses transtornos [...]” e servir como “[...]uma referência para a prática clínica na área da saúde mental [...]” (APA, 2014, p. 43). Esta classificação inclui a nomenclatura de cada transtorno, acompanhada dos códigos da CID-10 referentes e da descrição dos sintomas.

De acordo com Cheniaux (2013) é necessariamente o exame clínico que diagnostica o TDM, visto que não são realizados exames laboratoriais que comprovem a doença. Assim, são considerados sintomas psíquicos, fisiológicos e evidências comportamentais. Conforme o DSM-V (APA, 2014), os critérios empregados no diagnóstico e classificação do TDM são a presença por período mínimo de duas semanas, quase todos os dias, de pelo menos cinco dos seguintes sintomas concomitantemente:

- a) Humor deprimido: condição que é predominante durante a maior parte do dia, ou em crianças e adolescentes, pode se apresentar como humor irritável;
- b) Redução significativa e constante do prazer ou do interesse na

realização da maioria ou de todas as atividades cotidianas, sendo observado ou relatado por outras pessoas;

- c) Relevante perda ou ganho involuntário de peso em curto período ou apetite majorado ou diminuído;
- d) Insônia ou hipersônia;
- e) Agitação ou retardo psicomotor, perceptível por terceiros;
- f) Cansaço e redução da energia vital;
- g) Sentimento de culpa, inadequação ao meio e à vida, inutilidade;
- h) Redução das habilidades de concentração e raciocínio, ou de tomada de decisão, observadas pelo próprio paciente ou por terceiros; e,
- i) Pensamentos constantes sobre a morte, ideação suicida, com ou sem desenvolver uma estratégia para tal, ou TS.

O DSM-V esclarece ainda que estes sintomas ocasionam grave sofrimento ao paciente, sendo este perceptível e clinicamente relevante, ou podem ainda causar agravo à funcionalidade social, laboral ou em toda e qualquer área relevante da existência do sujeito.

Contudo, não são considerados sintomas que qualifiquem o TDM aqueles de resultarem especificamente de implicações fisiológicas do uso ou abuso de substâncias psicoativas, de uso terapêutico ou não, ou álcool ou outra sintomatologia relativa comorbidade existente (APA, 2014).

Além disso, esclarecem Araújo e Lotufo Neto (2014), que o luto pela perda de parentes, sendo um sentimento forte e que permaneça por mais de dois anos, atualmente, não é mais descartado como sintomas da patologia. Estes autores acrescentam que:

O luto é um forte fator estressor e, como tal, pode desencadear transtornos mentais graves, portanto não se pode assumir que, por tratar-se de reação comum, não possa ser experimentado de forma patológica. Desta forma, o objetivo desta mudança é permitir que indivíduos que estejam passando por um sofrimento psíquico grave recebam atenção adequada, incluindo a farmacoterapia, quando necessária (ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2014, p. 74).

Porém, é necessário uma anamnese detalhada e uma análise sobre o histórico pessoal progresso do paciente, observação dos preceitos culturais e presença de episódios anteriores de TDM para que haja um diagnóstico preciso. Deve-se considerar ainda se esse TH é unipolar, pois se verificado a existência de pelo menos um episódio de mania ou hipomania, o diagnóstico de TDM é excluído

(QUEVEDO; SILVA, 2013).

Por outro lado, Sadock, Sadock e Ruiz (2017) alertam que associados ao TDM o paciente pode apresentar outros dois transtornos: a dependência química de drogas ou do álcool, e que a dependência alcoólica é prevalente em pacientes diagnosticados com TDM do sexo feminino, enquanto a dependência de drogas estimulantes, como cocaína e anfetaminas, mais comum no sexo masculino, mas também, em ambos os sexos, a dependência pode ser decorrente do intuito do paciente de suavizar os sintomas do TH.

Carlson (2002) adverte ainda que dentre estes sintomas, a ideação suicida e a TS são deveras importantes, visto que são prevalentes entre 15% a 30% dos sujeitos acometidos pelo TDM, segundo estudos realizados em diversas populações.

6 DEPRESSÃO E COMPORTAMENTO SUICIDA EM JOVENS

Como já mencionado neste trabalho, existe uma forte relação entre a depressão e o suicídio, sendo este considerado consequência daquele por muitos estudos psiquiátricos. Ademais, o TDM tem como um dos sintomas o comportamento suicida, conforme o DSM-V e o CID-10 (CORRÊA; BARRERO, 2006).

O suicídio é definido como o ato de acabar propositalmente com a própria vida. Pensamentos e comportamentos suicidas não fatais são classificados mais especificamente em três categorias (OMS, 2014):

- a) Ideação suicida: que se caracteriza quando o indivíduo tem pensamentos de implicação em uma ação ou conduta que se propõe a acabar com a vida;
- b) Plano de suicídio: que se refere à formulação de um método específico através do qual o indivíduo deseja morrer; e,
- c) Tentativa de suicídio: que se refere ao engajamento no comportamento potencialmente autodestrutivo em que há pelo menos alguma intenção de morrer.

Então, o suicídio tem em seu âmago a intenção voluntária, consciente ou semiconsciente, de autodestruição e a nítida convicção de que uma determinada ação ou omissão tem como consequência a morte (DURKHEIM, 2003). Corroborando com esta perspectiva, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) expressa que o suicida executa deliberadamente a ação que tem consciência que pode lhe tirar a vida, ou seja, o suicida tenciona ser assassino de si mesmo através de uma estratégia que considera ser letal (ABP, 2014).

Assim como a depressão, o suicídio é objeto de investigação de diversas áreas científicas, que podem ter visões e abordagens congruentes ou opostas, sendo percebido como comportamento individual ou coletivo, embora o tema ainda seja considerado um tabu em muitos grupos sociais (TEODORO, 2009).

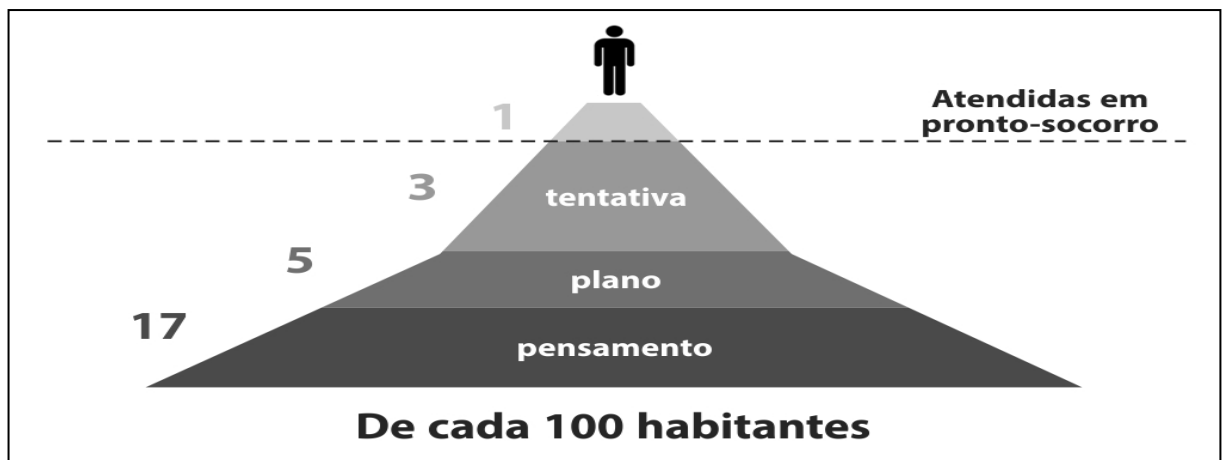
Porém, sob a fundamentação da Psicopatologia, este fenômeno deve considerar o psiquismo do indivíduo e os sentimentos que o levaram a cometer tal ato. Muitas vezes, os protagonistas fomentadores destes atos são o sofrimento, a paixão e a indiferença, além de outros sentimentos ambivalentes, sendo o suicídio

visto pela vítima como a única forma de resolver em definitivo uma situação com a qual não suporta mais conviver (CARLSON, 2002).

Na pior das hipóteses, a depressão pode levar ao suicídio. Quase 1 milhão vidas são perdidas anualmente devido ao suicídio, que significa que a contagem global chega a cerca de 3.000 suicídios diários. Para cada pessoa que concretiza sua ideação de suicídio, estima-se que 20 ou mais fizeram pelo menos uma tentativa de pôr fim a sua existência (OMS, 2012).

Teodoro (2009) refere que ideação suicida é recorrente em 80% dos indivíduos depressivos, mas que somente entre 10% a 15% realmente conseguem sucesso em suas tentativas de dar fim a própria vida. Porém, não existe consenso entre os estudos e as estimativas sobre os índices de indivíduos com TDM que realizam uma TS ou de fato consigam consumir o suicídio, como demonstra a relação de estimativas já aqui apresentadas, assim como a de Botega (2010), exposta na Figura 3, a qual refere que a cada paciente atendido em um pronto-socorro como consequência de uma TS, outras 17 pessoas têm ideação suicida.

Figura 3: Prevalência de comportamento suicida na população brasileira ao longo da vida.



Fonte: Botega (2010, p. 14).

Estudo realizado por Chachamovich et al (2009) avaliando pacientes adolescentes com idade entre 10 e 24 anos que foram atendidos no setor de urgências psiquiátricas em um hospital de São Paulo revelou que houveram no período do estudo 1.377 casos de TS e mais 2.271 foram atendidos com quadros clínicos concernentes aos transtornos do uso de substâncias psicoativas, principalmente álcool, cocaína e maconha, confirmando a alta taxa de incidência de TH entre os jovens atendidos naquele setor. Nesta amostra predominou a TS em jovens do sexo feminino (75%) em detrimento de apenas 25% de jovens do sexo

masculino com atendimento de urgência no mesmo hospital, contrariando outros estudos em que a prevalência de TS e suicídios é referida ao sexo masculino.

Estudo de Botega (2010), analisando dados de uma pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) em que 515 moradores da zona urbana do município de Campinas-SP foram entrevistados sobre depressão e suicídio constatou 17,1% daquela pessoas já tiveram algum tipo de ideação suicida, 4,8% planejaram e 2,8% realizaram uma TS, e destas últimas apenas uma em cada três tiveram pronto atendimento em um serviço de urgência ou emergência, demonstrando que a incidência de pessoas com efetivos sintomas de TDM que não são diagnosticadas antes de chegarem a uma TS pode ser bem maior que os casos registrados, assim como a catalogação dos casos de TS, visto que apenas 1/3 dos que tentaram necessitaram de assistência emergencial dos serviços de saúde.

Retomando a questão da definição do que é o suicídio, deve-se considerar que o CID-10 destina o Capítulo XX para a classificação destes, porém neste documento a morte por suicídio está entre as denominadas "causas externas de morbidade e mortalidade" (WAISELFISZ, 2014) que são constituídas de diversas categorias: acidentes com transportes; outras causas externas de traumatismos acidentais; agressões; eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada; intervenções legais e operações de guerra; complicações de assistência médica e cirúrgica; sequelas de causas externas de morbidade e de mortalidade; fatores suplementares relacionados com as causas de morbidade e de mortalidade classificados em outra parte; e lesões autoprovocadas intencionalmente (BRASIL, 2008), sendo esta última referente às diversas formas que o suicida pode utilizar para concretizar o fim de sua vida (MINAYO, 2009), as quais são citadas no Anexo A.

Os números de mortes por agressões, notadamente homicídios, e pelos acidentes de trânsito são muito superiores aos de suicídios, fazendo com que este seja de certa forma negligenciado com a ausência de políticas públicas de enfrentamento e prevenção.

6.1 Epidemiologia de suicídio

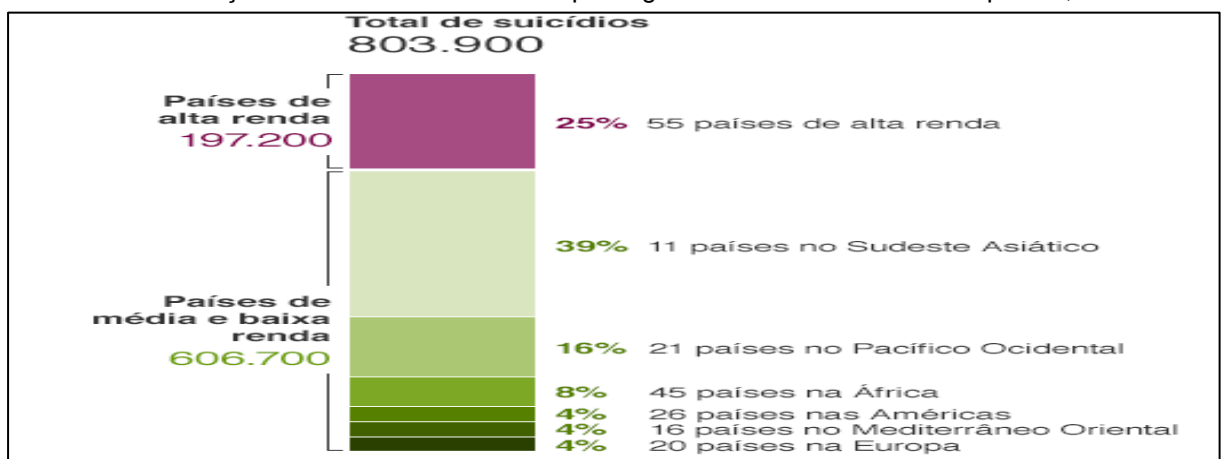
É muito elevado o número de pessoas que morrem todos os anos no mundo em decorrência de suicídio, sendo este a segunda principal causa de morte

de jovens com idade entre 15 e 29 anos (OMS, 2012). Segundo a ABP (2014), a cada 40 segundos um indivíduo efetivamente consegue pôr fim a sua própria vida e a cada três segundos há uma TS, números que demonstram um aumento significativo das taxas globais de suicídio, gerando uma expectativa que em 2020 essa taxa global possa aumentar em 50% sua incidência, sendo a taxa atual de mortes por suicídio superior a de mortes por de homicídio somada as de vítimas de guerra, levando a OMS a definir o combate ao suicídio e a adoção de estratégias de prevenção como prioridades mundiais de saúde pública.

Mas é essencial esclarecer, conforme Bertolote (2010), que não há uma distribuição uniforme ou proporcional de casos entre os continentes, países ou regiões de um mesmo país, já que a taxa de mortalidade não indica o seu número absoluto, mas sim a quantidade de ocorrências para cada 100.000 habitantes. Assim a taxa de suicídio (TxS) mundial é alta, mas varia de acordo com a localidade analisada. Países da Europa Oriental, como Rússia, Hungria e Bielorrússia apresentam TxS muito elevadas, superiores a 35 casos por 100.000. Países latinos, mantêm TxS intermediária, entre 2,5 e 15:100.000, enquanto países muçumanos como Egito, Síria e Jordânia apresentam as TxS mais baixas do planeta, menores que 2,5:100.000.

O Gráfico 1 apresenta um demonstrativo da distribuição de suicídios por regiões no mundo e por renda dos países, em 2012.

Gráfico 1: Distribuição de números de suicídios por regiões no mundo e renda dos países, em 2012.



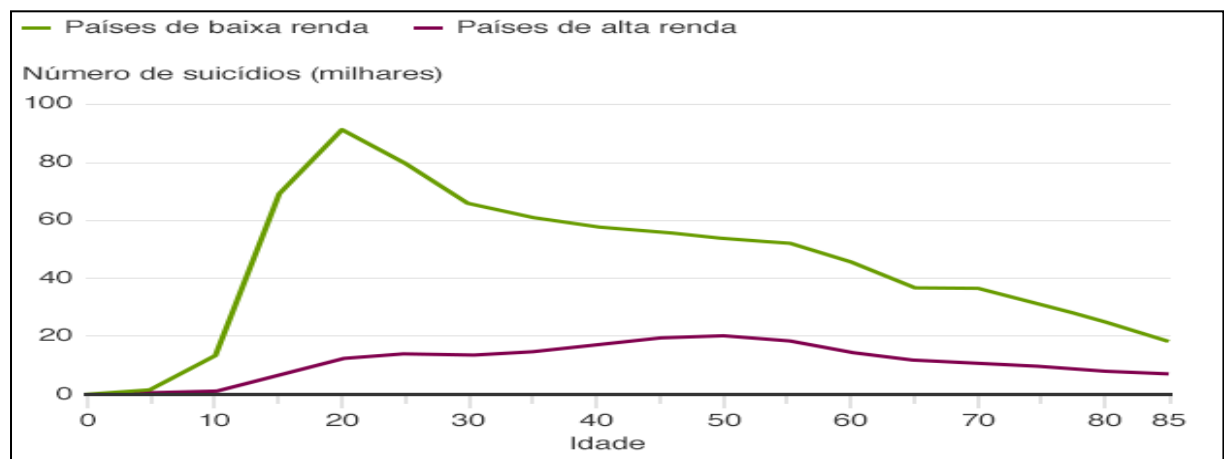
Fonte: OMS (2014, p.16).

Analisando as informações do Gráfico 1 é possível inferir que a soma das TxS de 55 países de alta renda, que representa 25% do total de países observados, é 4 vezes inferior a soma dos países de baixa renda. Os países do sudoeste asiático

(11) somam 39% do total de suicídios, sendo a maior taxa entre todas as regiões. Os países africanos (45), apesar dos distúrbios sociopolíticos, pobreza extrema e históricos conflitos étnicos têm uma taxa baixa se comparado aos países europeus (20), que se apresentam normalmente com uma situação econômica elevada e estável e sem conflitos territoriais.

Outro dado preocupante é que a TxS entre jovens tem aumentado nos últimos 50 anos, pois vem ocorrendo um nítido deslocamento o pico das TxS das faixas etárias mais elevadas para as faixas mais jovens, crescendo mais velozmente que a taxa referente aos idosos, que historicamente era mais alta (BERTOLOTE, 2010). O Gráfico 2 demonstra a estatística da prevalência das TxS no mundo em 2012, por idade e renda do país.

Gráfico 2: Estatística da prevalência da taxa de suicídios por idade no mundo em 2012.



Fonte: OMS (2014, p. 12).

É possível observar no Gráfico 2 que em países de baixa renda a TxS (taxa de suicídio) entre jovens é mais que 4 vezes maior que nos países de alta renda, elevando-se vertiginosamente na faixa etária dos 10 aos 20 anos, o que pode indicar a participação massiva das questões socioeconômicas no padrão de suicídios, porém requerendo investigações mais profundas para esclarecer todos os fatores envolvidos.

Por outro lado, esse fenômeno pode indicar que a melhor perspectiva de vida e oportunidades entre os jovens dos países ricos influencie positivamente nas baixas TxS, enquanto que a ausência destes mesmos fatores empurra os jovens de países com baixa renda a buscarem no suicídio uma fuga de sua realidade, pela desesperança, sentimento de fracasso social e falta de perspectivas de melhora nas condições de vida, como foi discutido nos fatores psicossociais do TDM.

Sadock, Sadock e Ruiz (2017) avaliam que a crescente TxS entre adolescentes como reflexo de sua pouca desenvoltura diante de problemas diversos e despreparo para administrar situações estressantes, que podem ocorrer na própria família, como relações interpessoais e afetiva conturbadas com pais, irmãos ou coabitantes, figurando o suicídio como melhor saída.

Cassorla (2005) alerta que é muito provável que haja uma estatística subestimada na TxS de crianças e adolescentes, pois as famílias tendem a negar ou camuflar os atos autodestrutivos destes indivíduos, seja por sentirem culpa ou vergonha, ou mesmo pelos casos serem confundidos com atos não intencionais, inconscientes ou acidentais.

Ratificando esse alerta, Ballone (2004) refere que a cultura da sociedade atual não vislumbra o jovem, em especial o adolescente, como um ser que tenha capacidade de atitudes violentas contra si próprio, contudo as estatísticas mundiais mostram ser a realidade contrária a expectativa, visto que o suicídio é apontado como a segunda principal causa de óbitos entre adolescentes na faixa etária dos 15 aos 19 anos.

No Brasil, o cenário se repete, sendo o estado do Rio Grande do Sul historicamente o de maior TxS, havendo estudos que apontam como causas mais prováveis “[...] a etnia, a cultura, as crises sociais e inclusive aspectos climáticos da região, como possíveis fatores ligados ao problema [...]” (MENEHEL et al, 2004, p. 6), embora o pesquisador acredite também que há subnotificação do agravo, o que elevaria ainda mais esta estatística.

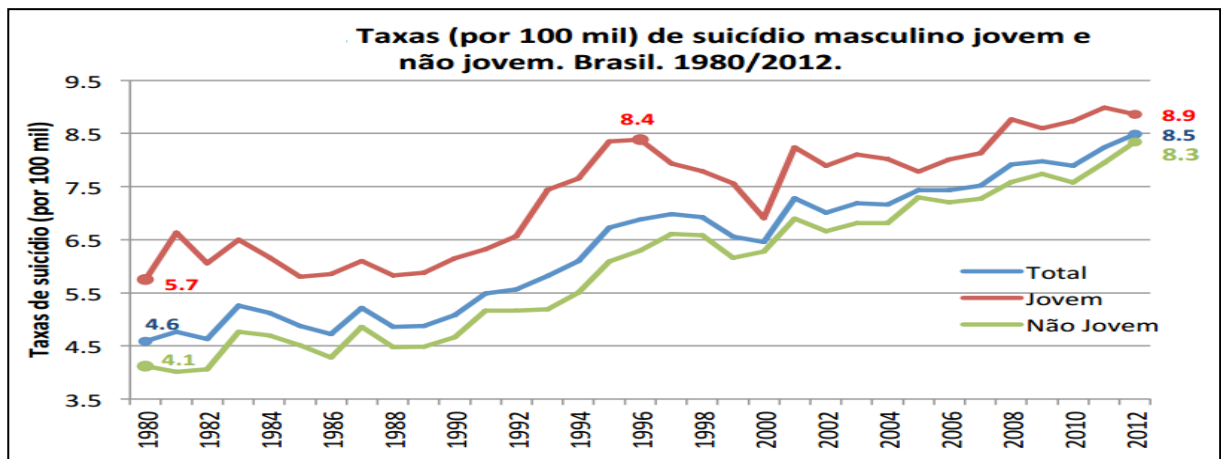
O estudo de Lovisi et al (2009) analisou as TxS no Brasil entre os anos de 1980 e 2006 e verificou que naquele período houve um aumento de 29,5% e que, mesmo ainda prevalentes entre os idosos, houve também aumento de casos entre os indivíduos com idades entre 20 aos 59 anos e alta variação entre as regiões, apontando a Região Sul com uma taxa de 9,9:100.000 habitantes, a Região Centro-Oeste com 7,4:100.000, Nordeste com 4,6:100.00 e Norte com a menor taxa, 4,3:100.000, tendo em comum a maior prevalência entre homens se comparado às mulheres.

Segundo a ABP (2014) as estatísticas mundiais colocam o Brasil no oitavo lugar do *ranking* de número absoluto de suicídios, visto que foram registrados 11.821 casos em 2012, com uma média próxima de 30 por dia, sendo mais prevalente entre homens (9.198) que em mulheres (2.623). A mesma entidade

revela que no período entre 2000 e 2012 foi observado um aumento superior a 30% nos casos de suicídios na faixa etária dos jovens, apontando também que há subnotificação no registro dos casos.

Em relação ao sexo, estudos brasileiros apontam maior índice de ideação suicida entre as mulheres, contudo os homens tendem a escolher estratégias mais eficazes e violentas, prevalecendo no número de suicídios, havendo altos índices em ambos os sexos entre pessoas na faixa etária dos 15 e 44 anos, com maior incidência em adolescentes e jovens adultos (TEODORO, 2009; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017). O gráfico 3 apresenta a taxa de suicídios entre jovens e não jovens do sexo masculino entre 1980 e 2012 no Brasil, por 100 mil habitantes.

Gráfico 3: Taxa de suicídios entre jovens e não jovens do sexo masculino entre 1980 e 2012 no Brasil, por 100 mil habitantes.



Fonte: Waiselfisz (2014, p. 127).

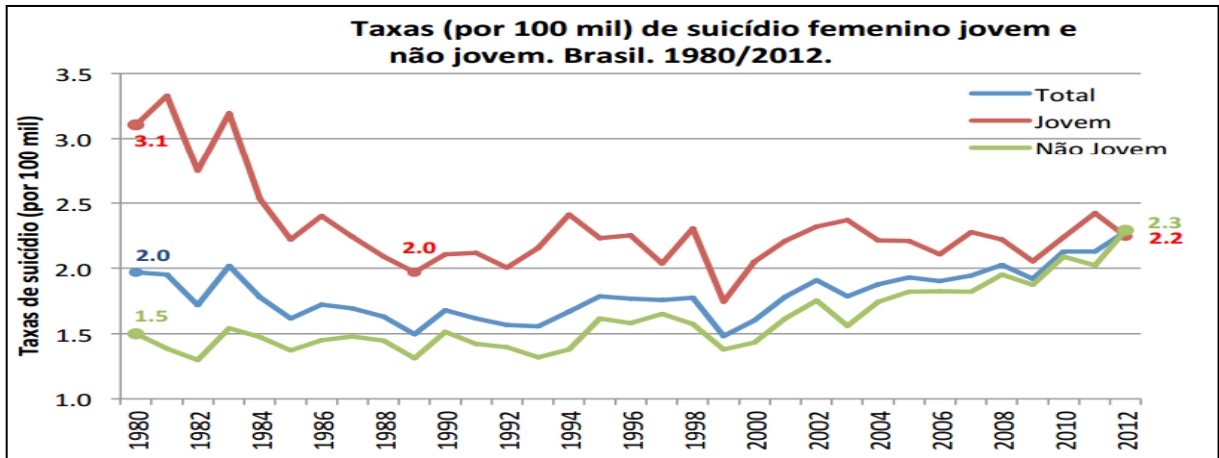
Observa-se nas informações do Gráfico 3 que no período entre 1980 e 2012 houve a prevalência de suicídios entre os jovens do sexo masculino sobre os não jovens e a população total, embora tenha ocorrido a redução de casos em alguns espaços do período, o índice de TxS manteve-se crescente entre os jovens durante aqueles 32 anos. Importante observar que, dentre os homens, as TxS mantiveram uma tendência de aumentos em todas as classe avaliadas.

Outra observação importante é que as TxS de todas as classes observadas mantêm uma correspondência, ou seja, as linhas referentes a cada classe crescem ou decrescem de forma semelhante em todos os períodos, o que pode refletir a influência de fatores e fatos socioeconômicos que atingiram simultaneamente todos os grupos.

Em relação aos jovens do sexo feminino essa tendência se repetiu, como

ilustrado no Gráfico 4.

Gráfico 4: Taxa de suicídios entre jovens e não jovens do sexo feminino entre 1980 e 2012 no Brasil, por 100 mil habitantes.



Fonte: Waiselfisz (2014, p. 128).

Contudo, observa-se que no Gráfico 4 há recorrência no decréscimo da TxS entre mulheres jovens, enquanto há progressão entre as mulheres da população total e não jovens. Mas, como este estudo levantou dados de mais de três décadas é possível que, como já predito, as mulheres têm menos sucesso em suas tentativas de suicídio (TS) e que depressivos tendem a fazer diversas tentativas, o aumento na TS de mulheres não jovens pode significar que com o avançar da idade e com a experiência adquirida com as tentativas anteriores frustradas, ao saírem da faixa jovem obtenham sucesso em suas intenções. Então pode refletir mudança na epidemiologia, mas não de sujeitos.

7 O PAPEL DA PSICOLOGIA NA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

A ABP (2014, p. 10) defende que “[...] O risco de suicídio é uma urgência médica devido ao que pode acarretar ao indivíduo, como desde lesões graves e incapacitantes, até a sua morte [...]”, por isso indica que todas as especialidades médicas da saúde, mental ou não, devam adotar em sua prática clínica a realização uma avaliação sistemática do paciente para verificar se existem evidências que indiquem risco de suicídio, sendo uma TS uma oportunidade do paciente conseguir ajuda especializada.

A OMS (2014) aponta o suicídio como uma importante questão de saúde pública no mundo, porém o considera também como um fato que pode ser prevenido se as medidas de saúde mental e os profissionais de saúde em geral, de todos os níveis de atenção, sejam capazes de distinguir os fatores de risco evidentes, para que sejam tomadas as medidas adequadas visando diminuir risco e prevenir a atitude suicida.

Embora existam tratamentos reconhecidamente eficazes para o TDM, menos da metade das pessoas afetadas no mundo recebem ajuda especializada. Barreiras para cuidados efetivos incluem a falta de recursos, falta de profissionais de saúde treinados, diagnóstico impreciso e estigma social associado aos transtornos mentais (OMS, 2012).

Associado ao estigma social, muitas vezes, existe o estigma pessoal, pois o paciente passa por um grave sofrimento emocional mas sente-se constrangido em expor seus flagelos e tormentos, de mostrar seus pensamentos ou idealização suicida e assumir que pensa ser a morte um consolo pra seu martírio ou uma passagem encantada para longe dos conflitos, contrariamente mantém estes sentimentos ocultos ou dissimulados criando uma barreira ainda maior ao acesso ao tratamento adequado com profissional especializado (CARLSON, 2002; CORRÊA; BARRERO, 2006).

Mas é importante considerar que os fatores etiológicos do TDM nem sempre são perceptíveis ao doente e ou por seus conviventes, pelo excessivo e complexo entrelaçamento de sintomas e processos psicológicos e orgânicos envolvidos, demandando suporte médico e psicológico (TEODORO, 2009).

Neste sentido, comentam Gonçalves e Machado (2007, p. 303):

[...] é de vital importância para o profissional da área de saúde conhecer quais os paradigmas em que ele se baseia no atendimento às pessoas com depressão, suas idéias (*sic*) e seus conceitos. Muitas vezes pode não estar consciente, mas são demonstrados em seus atos. Conhecendo a história da depressão, o profissional pode tornar esses conceitos explícitos, analisá-los e decidir-se por mantê-los no atendimento às pessoas com depressão ou transformá-los, posicionando-se com consciência.

A atenção primária à saúde deveria ser o primeiro contato da maior parte dos pacientes que busca tratamento, pois os profissionais de saúde que trabalham neste nível de atenção deveriam ser treinados para detectar a doença e oferecer suporte terapêutico prematuro com profissionais especializados, antes que os sintomas e a doença se agravem (OPAS/OMS, 2000).

O estudo de Furegato (2005) observou que nas práticas profissionais do cotidiano de enfermeiros de uma unidade de AB havia falta ou deficiência no atendimento ao doente de TDM, o qual, mesmo quando conseguia atendimento básico e não especializado em saúde mental, não recebia o suporte adequado, sendo rotulado como um paciente inconveniente.

A APA (2014) ressalva que o atendimento qualificado na AB é essencial para o paciente de TDM, uma vez que raramente seu primeiro contato no sistema público de saúde é com um psicólogo ou psiquiatra, ou seja, os profissionais que atuam nos serviços de pronto-atendimento da AB são cruciais na detecção de pacientes com algum nível de transtorno mental, devendo tomar as medidas necessárias para encaminhar estes ao atendimento especializado em saúde mental, favorecendo a prevenção do suicídio.

7.1 Estratégias de intervenção na depressão como prevenção ao suicídio

Atualmente, há uma ampla gama de tratamentos aplicados em Transtornos de Humor (TH), sendo a maioria indicado também para a TDM. Há pouca procura de pessoas depressivas por ajuda especializada, e quando o fazem, a maior parte, busca por clínicos gerais e de outras especialidades, enquanto outras buscam a psicoterapia, havendo também um número considerável que necessita de tratamento psiquiátrico (CORRÊA; BARRERO, 2006; LOUZÃ- NETO et al, 2007).

O TDM pode ser diagnosticado de forma confiável e receber tratamento na rede assistência de cuidados primários. Conforme descrito no Guia de

Intervenção OMS, o tratamento neste nível de assistência consiste em apoio psicossocial básico, com ou sem medicação antidepressiva combinada, ou psicoterapia, terapias cognitivo-comportamentais como, psicoterapia interpessoal ou de resolução de problemas com tratamento breve com antidepressivos, assim como formas associadas de psicoterapia, sendo todas estas formas eficazes (OMS, 2012).

Mas, se o paciente já apresentou um episódio depressivo maior, a indicação é a utilização de antidepressivos, com objetivo de corrigir algumas situações estressoras da fisiologia do paciente, ou seja, a normalização do ciclo circadiano, promovendo um sono sem interrupções e mantendo um apetite equilibrado, o que se reflete na melhora da ansiedade, fadiga, desesperança e risco de recidivas de episódios depressivos (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

A maioria dos fármacos antidepressivos disponíveis funciona modulando a neurotransmissão da monoamina cerebral. Os principais mecanismos de ação destas drogas são aumentar a concentração sináptica global de serotonina, norepinefrina e/ou dopamina, bloqueando a recaptação destas monoaminas no neurônio pré-sináptico por promoverem a ligação ao respectivo transportador de neurotransmissor ou através da inibição da enzima de degradação de monoamina MAO de forma reversível ou irreversível. Determinados antidepressivos também atuam sobre receptores de neurotransmissores pré-sinápticos ou pós-sinápticos para alterar a neurotransmissão e há ainda os antidepressivos atípicos que estão surgindo no mercado. Esta lista inclui antipsicóticos, antagonista de receptores da Neurocinina tipo 1 (NK-1), antagonistas de glicocorticoide (GR) e fármacos melatonérgicos (SILVA, 2010; STAHL, 2014).

Iniciado o tratamento farmacológico, existe uma janela temporal entre o início do tratamento e resposta do paciente (STAHL, 2014). As fases do tratamento com antidepressivos estão descritos no Quadro 4.

Quadro 3: Fases e metas do tratamento farmacológico da TDM

FASE	DURAÇÃO	OBJETIVO DO TRATAMENTO
Aguda	6-12 semanas	Alcançar a remissão
Continuação	16-30 semanas	Evitar a recaída
Manutenção	Indefinida	Proteger contra recorrência

Fonte: Adaptado de Silva (2010) e Stahl (2014).

A terapia farmacológica do TDM é estruturada em três fases (QUEVEDO; SILVA, 2013; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017):

- a) Aguda: nesta fase, o principal objetivo é que o paciente consiga retornar ao nível de sintomas e funcionamento social que o permita realizar pelo menos parte de suas atividades cotidianas normais, ou seja, a remissão dos sintomas;
- b) Continuação: o principal objetivo é estabilizar a situação do indivíduo evitando o ressurgimento de sintomas depressivos significativos; e,
- c) Manutenção: busca que o paciente retome seu funcionamento pré-mórbido, ou seja, seja capaz de realizar, se não todas, a maior parte de suas atividades normais, antes do desenvolvimento da doença, além de prevenir outro episódio depressivo maior. A duração desta fase não é específica e a manutenção da farmacoterapia depende da evolução e estabilidade do paciente.

A combinação de psicoterapia e medicação antidepressiva pode ser utilizada como tratamento inicial para pacientes com TDM moderado a grave, mas não é a primeira linha de tratamento para os casos de depressão leve ou moderada. Mas, a combinação de psicoterapia e medicação pode ser uma opção terapêutica inicial útil, mesmo em casos mais leves, nos quais os pacientes apresentam desordens psicossociais ou interpessoais, conflitos intrapsíquicos ou distúrbios do sono ou do apetite (LOUZÃ-NETO et al, 2007).

Vários tipos de psicoterapia, também denominadas de terapias de conversação ou, de forma menos específica, aconselhamentos, podem ajudar às pessoas com TDM. Exemplos de abordagens baseadas em evidências específicas para o tratamento da depressão incluem terapia cognitivo-comportamental (TCC), terapia interpessoal (IPT) e terapia de resolução de problemas (SENE-COSTA, 2006).

A prática do aconselhamento profissional especializado é definida como a aplicação de princípios de saúde mental, psicológicos e do desenvolvimento humano, através de estratégias cognitivas, afetivas, comportamentais ou de intervenção sistemática. Usando estas estratégias, os profissionais lidam com questões de bem-estar, de crescimento pessoal e de desenvolvimento da carreira, assim como a abordagem da saúde mental na patologia (SOUZA, 2000; OMS, 2006).

O aconselhamento deverá ser específico para as necessidades do indivíduo e, frequentemente, inclui o uso de terapias cognitivo-comportamentais,

terapia comportamental dialética, terapia psicodinâmica e aconselhamento familiar (CORRÊA; BARRERO, 2006). Elementos úteis no processo terapêutico com indivíduos sobreviventes de TS incluem o apoio para enfrentar emoções intensas e confrontar comportamentos autodestrutivos, ao mesmo tempo que os encoraja a autonomia pessoal. Reconhecer e superar sentimentos de desamparo, de falta de esperança e de desespero, bem como desenvolver o autoconhecimento e construir uma identidade pessoal positiva também são elementos essenciais para o processo psicoterapêutico de indivíduos suicidas (OMS, 2006).

Neste sentido, afirmam Macedo e Werlang (2007, p. 93):

[...] a tentativa de suicídio, como saída, põe em evidência um ato que precisa ser escutado e historizado. Ao buscar a própria morte, o sujeito convoca o analista a uma escuta do que está além do desejo recalcado da neurose. Trata-se de uma escuta da urgência, pois se sabe da possibilidade de que, frente a um fracasso de uma tentativa, outra poderá vir a ocorrer. O ato suicida explicita um fracasso no processamento psíquico de intensas cargas afetivas [...].

O uso de psicoterapia centrada no TDM é indicado como opção no tratamento inicial em pacientes com TDM leve a moderado, com evidências clínicas que apoiam o uso de Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), psicoterapia interpessoal, terapia psicodinâmica e resolução de problemas por meio de terapia individual e/ou de grupos (LOUZÃ-NETO et al, 2007).

As premissas que devem ser observadas para escolha de um tipo específico de psicoterapia incluem os objetivos do tratamento, a averiguação dos principais sintomas apresentados, a resposta positiva anterior a um tipo específico de psicoterapia, a preferência do paciente e a disponibilidade de profissionais especializados na abordagem psicoterapêutica especificada. Tal como acontece com o doente que recebe farmacoterapia, aquele que recebe psicoterapia deve ser cuidadosa e sistematicamente monitorado a fim de avaliar a sua resposta ao tratamento e a segurança do próprio paciente quanto aos seus impulsos suicidas (CARLSON, 2002; SENE-COSTA, 2006).

Para determinar a frequência das sessões de psicoterapia individualizada, o psicólogo deve considerar múltiplos fatores, incluindo o tipo e objetivos específicos da psicoterapia, a gravidade dos sintomas, especialmente se o paciente apresenta ideias suicidas, os distúrbios coexistentes, a adesão ao tratamento e a frequência das visitas a fim de atender todas as necessidades do paciente, bem como para

criar e manter uma relação terapêutica satisfatória, garantir a adesão ao tratamento, monitorar e tratar os sintomas depressivos e o risco de suicídio (SOUZA, 2000; DEL PORTO, 2009; QUEVEDO; SILVA, 2013). Problemas conjugais e familiares são comuns no TDM, e tais conflitos devem ser identificados e abordados, usando a terapia conjugal ou familiar, quando indicado (CARLSON, 2002).

Um método de psicoterapia fundamentada na conversação que vem sendo muito aplicado no tratamento de paciente de TDM é a Terapia Cognitiva-Comportamental (TCC) a qual se distingue de outras formas de terapia de conversação por ter como base duas tarefas específicas: a) a reestruturação cognitiva, em que o terapeuta e o paciente trabalham juntos para mudar os padrões de pensamento e a ativação comportamental, para que os pacientes aprendam a superar os obstáculos pessoais de participação em atividades agradáveis; b) fundamentação no “o presente imediato”, ou seja, o foco da abordagem é no que e como o paciente pensa, mais do que por que pensa daquela determinada maneira (CAMARGO; ANDRETTA, 2013). Normalmente, o tratamento com TCC dura 14 a 16 semanas. O importante é dar todo o apoio social e suporte especializado necessário aos pacientes e às suas famílias, pois muitas vezes, como já mencionado neste trabalho, o agente estressor de maior impacto está nas relações interpessoais e familiares.

7.1.1 Assistência aos pacientes sobreviventes

Botega (2010) obteve como resultado de seu estudo sobre a prevenção ao suicídio que, no Brasil que é cerca de dez vezes maior o número de tentativas de suicídio do que o referido nos registros, tendo como base que a estatística em números absolutos de suicídio no país está entre as dez maiores do mundo. Afirma ainda este autor que é essencial para a redução desses números a prestação de assistência àqueles indivíduos que já tentaram o suicídio, visando a prevenção, pois estatísticas apontam que 15 a 25% destes indivíduos, fazem uma nova tentativa no ano seguinte e 10% de fato concretizam o suicídio nos 10 anos seguintes.

Desta forma, com vistas a prevenção do suicídio, é indispensável que os diversos níveis de atenção à saúde e seus profissionais estejam preparados e treinados para prestarem atendimento às pessoas que tentaram suicídio. Este atendimento é complexo e vai além dos cuidados nos serviços de urgência, devem

ser planejados e implementados programas de acompanhamento pós-evento com direcionamento do paciente aos serviços de atenção em saúde mental, assim como orientação, suporte e orientação às famílias (BOTEGA, 2010).

A OMS, visando combater o aumento da TxS e dar suporte a pacientes depressivos criou um programa cujas as estratégias são prestar atendimento a estes pacientes, especialmente àqueles que tentaram o suicídio, informar a sociedade sobre a doença buscando debelar a estigmatização dos doentes e treinar profissionais, especialmente do nível básico de atenção à saúde, para dar suporte especializado à estes sujeitos (CANALE; FURLAN, 2006).

É uma estratégia fundamental para redução da TxS que aos indivíduos que fizeram uma TS, que é o grupo de maior risco, seja prestada assistência. Conforme, o Relatório Global para Prevenção do Suicídio da OMS (2014) existem tipos de intervenções com listas de ações, os quais são apresentados no Quadro 5, que podem ser muito eficazes na prevenção aos eventos de suicídio.

Quadro 4: Intervenções relevantes na prevenção aos eventos de suicídio.

TIPO DE INTERVENÇÃO	DESCRIÇÃO
Universal ²	Políticas de saúde mental Políticas para reduzir o uso abusivo de álcool Acesso aos cuidados de saúde Restrição de acesso aos meios Exposição responsável da mídia Sensibilização sobre saúde mental, uso de substância psicotrópicas, psicoativas e suicídio
Seletiva ³	Intervenções em grupos vulneráveis Treinamento de <i>Gatekeeper</i> ⁴ Linha de ajuda de crise
Indicados ⁵	Acompanhamento e suporte da comunidade Avaliação e gerenciamento de comportamentos suicidas Avaliação e gestão da saúde mental, substância e desordens de uso

Fonte: adaptado de OMS (2014).

As intervenções baseadas em evidências para a prevenção do suicídio são organizadas em três categorias (OMS, 2014):

a) Universal: as ações são destinadas à população em geral, numa

² No Brasil, como estratégia universais podem ser apontadas o CRAS, os quais são abordados mais profundamente ainda neste capítulo,

³ No Brasil, como estratégia universais podem ser apontadas o CAPS.

⁴ Gatekeeper é um conceito jornalístico para edição que define o que será noticiado de acordo como valor-notícia, linha editorial e outros critérios, nesse caso específico busca a informar a população sobre a doença.

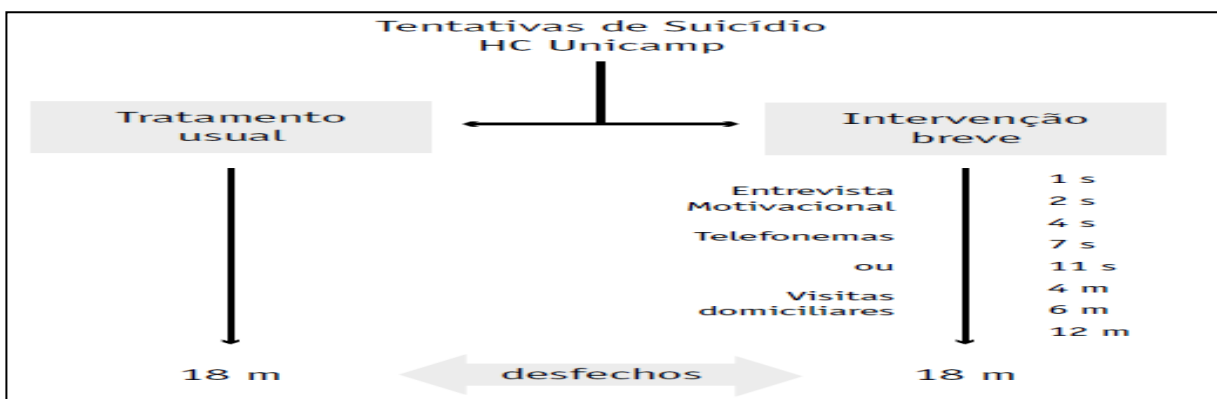
⁵ Inserida nas estratégias indicadas é onde é possível ver a atuação mais especializada dos profissionais de psicologia no acompanhamento de pacientes individuais e grupos de risco de suicídio.

tentativa de otimizar a assistência à saúde, reduzir o risco de suicídio ao remover barreiras aos cuidados básicos e promover o acesso ao suporte especializado, fortalecendo os processos de proteção tais como apoio social e modificações de acessibilidade ao ambiente físico;

- b) Seletiva: ações direcionadas para grupos específicos, considerando características como idade, sexo, status ocupacional ou história familiar para auxiliar indivíduos que podem vir a desenvolver comportamentos suicidas, pelo nível elevado de estresse ou risco socioeconômico; e,
- c) Indicados: destinados a indivíduos vulneráveis dentro da população, especialmente aqueles que referem ideação suicida ou que tenham cometido uma TS.

Seguindo estas perspectiva de que é possível prevenir uma nova TS por meio do acompanhamento de indivíduos sobreviventes, a OMS realizou o Estudo Multicêntrico de Intervenção no Comportamento Suicida (SUPRE-MISS) em dez países, incluindo o Brasil, objetivando mensurar os resultados da terapêutica do acompanhamento. Pacientes atendidos em prontos-socorros por TS foram separados em dois grupos, nos quais um recebeu “tratamento usual”, comumente alta hospitalar sem indicação de cuidados pelo serviço de saúde mental, e outro uma “intervenção breve” (BOTEGA, 2010), seguindo o diagrama da Figura 4.

Figura 4: SUPRE-MISS: Fluxograma de intervenção breve em pacientes sobreviventes de TS.



Fonte: Botega (2010, p. 14).

Após a intervenção preventiva, que durou 18 meses, foi observado no grupo de “intervenção breve” que o número de suicídios foi dez vezes menor do que o registrado no grupo que não recebeu esta intervenção, ratificando as expectativas

da estratégia da OMS. Então, foi confirmado que acompanhar indivíduos pós TS é uma estratégia eficiente, de baixo custo e boa adesão dos pacientes (BOTEGA, 2010).

7.2 Redes de apoio

A partir da Constituição Federal de 1988, foi definida a responsabilidade do Estado, em suas três esferas, pela Assistência Social de todos os cidadãos brasileiros, no campo da Seguridade Social. Para responder à essas novas demandas, foi criada em 1993, a Lei nº 8.742, a qual instituiu a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), que trata da Organização da Assistência Social (BRASIL, 1993).

Em 2004 foi então implantado o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), por meio da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), visando atender o aumento das demandas na área da assistência social. A partir desse marco, a Assistência Social ganha o reforço do profissional psicólogo, atualmente reconhecido como fundamental nas equipes do SUAS (BRASIL, 2004a).

A SUAS foi então responsável pela definição de três níveis de atendimento da Assistência Social: a) Proteção Social Básica; b) Proteção Social Especial de Média, e c) Proteção Social Especial de Alta Complexidade. Os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), estão inseridos no primeiro nível de assistência, a Proteção Social Básica, a qual tem como atribuição auxiliar na “[...] prevenção de situações de risco social através de desenvolvimento de potencialidades, aquisições e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários [...]” (BRASIL, 1993). Todas estas ações são imprescindíveis no suporte à pessoas que devido as suas condições psicossociais têm maior vulnerabilidade ao desenvolvimento da TDM.

Esse nível de Assistência tem como destinatários populações e indivíduos socialmente vulneráveis em virtude da pobreza, falta de renda, sem ou com acesso insuficiente aos serviços públicos, com debilidade dos vínculos afetivos, que são os riscos pessoais, e de pertencimento social, configurando riscos sociais individuais. A PNAS define que os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) devem ser responsáveis pela coordenação dos serviços de responsabilidade da Proteção

Básica (BRASIL, 2004a).

Como demonstrado no capítulo 2, a resolução de situações de conflito na vida de um paciente depressivo é um fator que pode prevenir um episódio de TDM, especialmente pela falta de diagnóstico imediato na AB, muitos indivíduos são acometidos pela doença mas não buscam ajuda pela falta de diagnóstico adequado. Mesmo sem diagnóstico e com sintomas leve da TDM, estes indivíduo podem ter acesso a um suporte inicial nessa rede de apoio, fato que pode ser de grande auxílio a resolução de situações simples da vida cotidiana, mas que pela doença se tornam um grande obstáculo a vida do sujeito.

Assim, é função do CRAS atuar junto aos indivíduos e às famílias, fazendo o acolhimento e orientando na relação de convivência sócio-familiar, através de programas, projetos, serviços e benefícios de assistência. A Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS (NOB-RH/SUAS) foi implementada em 2006, estabeleceu quais os profissionais que devem compor os CRAS, e definiu que a equipe básica desses ambientes deve ser minimamente composta por um assistente social e outro profissional de nível superior, preferencialmente um psicólogo, assim como dois profissionais de nível médio (BRASIL, 2006).

Na AB, o CRAS, como porta de entrada para o atendimento psicossocial no SUAS, tem a responsabilidade de organizar e oferecer serviços da proteção social básica e, pela sua característica de capilaridade territorial, deve promover a entrada à todas as políticas sociais. Sendo assim, a designação da PNAS (BRASIL, 2004b) é que o CRAS proporcione ou sistematize o oferecimento de serviços e programas, como:

Programa de Atenção Integral às Famílias (PAIF); centro de convivência para idosos; programa de inclusão produtiva e projetos de enfrentamento da pobreza; serviços para crianças de 0 a 6 anos que visem ao fortalecimento dos vínculos familiares, o direito de brincar, ações de socialização e de sensibilização para a defesa dos direitos da criança; serviços socioeducativos para crianças, adolescentes e jovens na faixa etária de 6 a 24 anos visando à sua proteção, socialização e ao fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários; centros de informação e de educação para o trabalho, voltado para jovens e adultos (BRASIL, 2004b, p. 30).

O que se pode observar é que o trabalho da equipe de atenção psicossocial que atua no CRAS tem que organizar e efetivar atividades que envolvem diversos setores, assim como a associar suas ações com outras políticas públicas, em especial com a Assistência Social, buscando resolver problemas

conexos para melhor promoção da saúde psicossocial.

Entre as atividades diversas atribuídas ao psicólogo que atua no CRAS, estão os serviços socioeducativo com famílias, comunidade e sujeitos, além do atendimento e acompanhamento às famílias e aos indivíduos de extrema pobreza e cadastrados nos programas de transferência de renda, realização de ações comunitárias, dentre outras, respeitando as demandas individualizadas de suas áreas de abrangência, devendo o profissional desenvolver relações interprofissionais, articulando-se com os objetivos da assistência social (BOTARELLI, 2008), se utilizando de teorias e métodos da psicologia social associados ao compromisso de proteção social básica.

Afonso et al (2012) afirmam que as contribuições do psicólogo nos CRAS podem ser efetivadas em diversas dimensões: relações socioculturais; coleta de informações e entendimento das representações e crenças sociais; intervenções através de palestras, seminários e desenvolvimento de cartilhas, realizando cursos, oficinas e atividades com pequenos grupos para potencializar e desenvolver competências sociais e refletir sobre valores, crenças e práticas cotidianas; atendimento de casos singulares, através do acompanhamento individualizado, seja de sujeitos, famílias ou grupos, considerando o contexto em que estão inseridos. Acrescenta ainda este autor que:

Nesse caso, o trabalho com a subjetividade no grupo não seria uma psicoterapia, mas teria uma dimensão clínica na qual os sujeitos protagonizam mudanças em suas representações sociais, identidades e relações, buscando consolidar novas práticas. O que orientaria a escuta qualificada clínica seria a promoção das potencialidades do sujeito para acesso aos direitos existentes e capacidade de ser sujeito, isto é, de ter direito a ter direitos. A escuta clínica pode implicar em um posicionamento diante do outro que privilegia o processo dialógico, no qual a linguagem, como experiência mediadora da relação entre os sujeitos, e destes com o seu contexto, possibilita a elaboração da experiência pelos indivíduos e grupos (AFONSO et al, 2012, p. 194).

Contudo é importante lembrar que tanto os sujeitos quanto suas famílias devem ser atendidos por uma equipe, para que o acolhimento contemple a totalidade das necessidades de todos os envolvidos. Os profissionais implicados no CRAS devem desenvolver trabalhos e habilidades em grupo que favoreçam a articulação dos serviços e a aplicação dos recursos para que proporcionem o melhor atendimento, encaminhamento e acompanhamento possível aos seus beneficiários e à população em geral, que buscam auxílio e informações neste instrumentos de

atendimento psicossocial e outros serviços, dando suporte para que possam sair de situações de risco que propiciem o envolvimento abusivo com álcool e outras drogas ou ainda desenvolvimento de doenças mentais relacionadas, incluindo a depressão desencadeada pelos fatores psicossociais (BRASIL, 2006).

O SUS é amplo e abrangente, incluído a Rede de Atenção à Saúde Mental, o qual segue os mesmos princípios do SUS: universalidade, gratuidade, integralidade das ações, articulação em diversos níveis de complexidade, equidade na oferta de serviços e descentralização político-administrativa (BRASIL, 2005).

Política Nacional de Promoção de Saúde foi criada em 2006 pelo Ministério da Saúde, inseriu uma nova visão em questões de saúde, abrangendo questões físicas e mentais, cujo objetivo, em termos terapêuticos, não incide somente na cura de doenças, mas sim no auxílio ao fortalecimento dos indivíduos, na promoção da saúde e na defesa a vida (BRASIL, 2010). Na prática, implica na associação entre diversos instrumentos que visam um novo enfoque a questão da saúde mental.

Em 2011, o Decreto nº 7.508 instituiu a Rede de Atenção Psicossocial, configurando um avanço nas políticas públicas de assistência à saúde mental. A atenção psicossocial é definida neste mesmo documento como um das portas de entrada do SUS, deste modo deve ser oferecida de maneira universalizada, igualitária e ordenada (BRASIL, 2011).

Esta Rede é composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais, tendo como características serem instrumentos e equipamentos de saúde fundamentalmente públicos e com base nos municípios, visando auxiliar no processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2005; 2011).

Ainda é muito comum o preconceito social contra as pessoas portadoras de transtornos mentais, cujos estigmas de perigosas e causadoras de ameaças ao convívio na sociedade deixam ainda mais complexo o trabalho de atendimento psíquico com vistas a socialização desses indivíduos, pois muitas vezes não chegam a ser aceitos como detentores de direitos ou carentes de cuidados e assistência, sendo suas necessidades deixadas à margem e o afastamento social entendido como a forma mais adequada de tratamento para segurança da sociedade, de modo que os psicólogos, assim como demais membros das equipes

multidisciplinares que atuam nos CAPS , devem agir em prol da ampliação da visão social destes indivíduos como cidadãos (GONÇALVES; MACHADO, 2007; NOBREGA, 2009).

Os CAPS são dispositivos criados pela Política Nacional de Promoção de Saúde para atender as demandas da saúde mental. Possuem grande importância estratégica na melhoria do sistema psiquiátrico brasileiro, pois oferecem serviços que visam, a médio e longo prazo, substituir, em regime diários, os serviços e internações que antes eram realizados pelos hospitais psiquiátricos. Essa mudança objetiva promover a inclusão social dos usuários e organizar a rede municipal de atenção aos indivíduos com transtornos mentais (BRASIL, 2010).

Estes Centros têm a função de substituir, e de complementar, os hospitais psiquiátricos, portanto suas atividades abrangem: prestação de atendimento clínico diário, reduzindo o número de internações em instituições psiquiátricas; promoção da reinserção social dos indivíduos com transtornos mentais ou usuários de drogas e álcool na comunidade por meio de ações interligadas com outras áreas; ser a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental em sua área de abrangência, oferecendo o apoio à atenção à saúde mental na rede básica (BRASIL, 2004b).

Desta forma, a função precípua dos CAPS é realizar a organização da rede municipal de atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, articulando estratégias da Rede com as ações da política de saúde mental numa área definida, fazendo o acolhimento e prestando a atenção à seus usuários, buscando manter e fortalecer os vínculos sociais destes com sua comunidade (CFP, 2011).

Há diversos modelos de CAPS, que apresentam diferenças segundo seu porte, forma e capacidade de atendimento, tipo de usuários que atendem, sendo distribuídos no território nacional de acordo com parâmetros do perfil populacional dos municípios. Podem se configurar em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad, cada um com sua profundidade de ações (BRASIL, 2005).

Os CAPS I têm o menor porte da Rede, por isso são direcionados as demandas de municípios com população entre 20.000 e 50.000 habitantes. A equipe responsável pelo atendimento é composta por minimamente 9 profissionais, de nível médio e nível superior, tendo capacidade de atender uma média mensal de 240 pacientes adultos, com funcionamento semanal de segunda a sexta (BRASIL, 2005).

Os serviços de médio porte, para municípios com população superior à 50.000 habitantes, são oferecidos pelos CAPS II, que visam atender em média 360 usuários adultos com doenças mentais, contando com uma equipe formada por no mínimo 12 profissionais, de nível médio e nível superior, no mesmo regime de funcionamento do CAPS I (CFP, 2011).

Já nos municípios com mais de 200.000 habitantes são instalados os CAPS III, com maior porte – capacidade de atender 450 pessoas por mês e prestar os serviços mais complexos da Rede –, com atendimento diário, incluindo feriados e finais de semana, 24 horas por dia. Possui até 5 leitos para acolhimento noturno, que condiz com internações curtas, de algumas horas até no máximo 7 dias. Minimamente, a equipe que conduz os serviços deve contar com 16 profissionais, também de nível médio e superior, que se revezam inclusive em equipes noturnas e plantões no final de semana (BRASIL, 2005; 2011).

Para o atendimento especializado de crianças e adolescentes com transtornos mentais e/ou uso e abuso de álcool outras drogas são instituídos os CAPSi em municípios com mais de 200.000 habitantes. Com regime de funcionamento de segunda à sexta e capacidade de acompanhar mensalmente uma média de 180 crianças e adolescentes, que são assistidos por uma equipe composta minimamente por 11 profissionais, de nível médio e superior (BRASIL, 2005; 2011).

Os CAPSad, especializados no atendimento de indivíduos usuários abusivos de álcool e outras drogas, são instalados em cidades com mais de 200.000 habitantes, de fronteira, parte de rota de tráfico de drogas ou com número elevado de pacientes. Funcionam no mesmo sistema e atendendo o mesmo número de pessoas dos CAPS I, mas com equipe composta por 13 profissionais de nível médio e superior (BRASIL, 2011). O profissional psicólogo deve fazer parte das equipes de todas estas modalidades de CAPS.

De acordo com estudo realizado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2009) sobre a prática dos psicólogos nos CAPS, estes profissionais normalmente executam seis atividades principais. A mais comum é o atendimento individualizado dos usuários, que pode ser realizado em forma de psicoterapia, acolhimento, acompanhamento, escuta, terapia breve e outros. Porém, realizam também o acompanhamento de familiares desses usuários, de forma individual ou em grupos de apoio.

Os psicólogos podem ainda assumir funções de coordenadores de grupos

de atividades, que se configuram nas principais ações nos CAPS, atuando sozinhos ou em associação com outro profissional da mesma área ou de outra para atender grupos de: abertura das atividades do dia, terapêuticos, oficinas terapêuticas/artísticas/esportivas, grupos de geração de renda, temáticos e assembleias, com auxílio de recursos lúdicos, visuais ou artísticos. Há ainda a possibilidade de atuarem capacitando, supervisionando e discutindo com os demais funcionários e membros das equipes multidisciplinares sobre as questões inerentes ao dia-a-dia das atividades do CAPS, ou quando ocorrem acontecimentos inesperados ou que causam grande impacto nas ações convencionadas aos usuários (CFP, 2009).

Como o acompanhamento do CAPS vai além dos limites do prédio em que está instalado, o psicólogo pode ainda fazer visitas domiciliares visando orientar, ouvir e auxiliar as famílias dos usuários na busca de uma convivência equilibrada e menos atritos, da forma como agir durante os episódios dos usuários ou para acompanhar usuários com dificuldades de deslocamento, dentre outros motivos (CFP, 2011).

A última atividade, mas também muito comum é a participação das atividades da equipe multidisciplinar, para planejamento de ações ou discussão de casos de pacientes quanto às intervenções necessárias (CFP, 2009). É principalmente nessa equipe que as ações do psicólogo se encontram com as ações dos demais profissionais para planejamento de ações que atendam as demandas particulares dos usuários de cada unidade.

Contudo, não se trata apenas de acolher o usuário com transtornos mentais, oferecendo-lhes atendimento médico e psicológico. A equipe multidisciplinar, da qual o psicólogo faz parte, deve fazer com que os CAPS sejam instituições que promovam mecanismos que assegurem o exercício da cidadania e o desenvolvimento da autonomia dos usuários, propiciando a integração, formação ou reconstrução dos vínculos familiares e sociais.

Em relação as políticas públicas decorrentes da reforma psiquiátrica, o psicólogo deve ter o entendimento de que não se limitam ao atendimento do público envolvido, sendo mais ampla, pois tem haver a modificação e evolução da relação entre a sociedade e os transtornos mentais, os indivíduos portadores, suas famílias, seus laços sociais como membro da sociedade, mas também de novas formas da sociedade entender e se relacionar, acolher, assistir, tratar, receber e incluir esses

indivíduos em seu convívio, afastando a estigmatização de que são perigosos e que por isso merecem o isolamento social (GONÇALVES; MACHADO, 2007).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O TDM é uma doença que devido suas implicações nas diversas áreas da vida do paciente e especialmente por suas características de pensamento, ideação e tentativas de suicídio, se tornou uma prioridade na atenção à saúde em todos os níveis de assistência.

É uma patologia mental que não é causada por um fator único, sendo o resultado de influências genéticas, biológicas e psicológicas combinadas com estresses da vida do indivíduo. Distúrbios bioquímicos cerebrais são fatores importantes na etiologia da TDM, pois irregularidades nos neurotransmissores já foram identificadas em pacientes de TDM, assim como ocorre em outros transtornos mentais, assim o TDM pode ser considerada uma doença sistêmica, ou seja, altera o funcionamento de componentes corpóreos do doente.

Eventos estressores de vida, como problemas nas relações interpessoais com familiares, dificuldades financeiras, ou a perda de um ente querido, parecem contribuir para a etiologia da TDM em alguns pacientes, gerando maior vulnerabilidade à doença. Foi observado também que diversos estudos apontam a associação do TDM com o uso e abuso de álcool ou outras drogas psicotrópicas.

O TDM é um transtorno de humor grave e que pode levar o paciente ao comprometimento parcial ou total da capacidade sentir, pensar e executar as atividades diárias, podendo ter como sintomas associados distúrbios de sono, de apetite e fadiga. Porém, os sintomas de pensamento, ideação e comportamento suicida são os mais potencialmente letais ao paciente, que pode buscar na morte uma saída para todos os problemas que lhe afligem. Para ser diagnosticado com depressão, no mínimo cinco sintomas devem estar presentes por pelo menos duas semanas. A incidência do TDM atinge todos os países do mundo, em maior ou menor grau, o que se reflete nas taxas de suicídio, pois estudos demonstram a forte associação entre transtornos mentais, notadamente o TDM, e o suicídio. Entre os pacientes com TDM a incidência de tentativas de suicídio varia acentuadamente dependendo do nível de depressão, sendo maior durante os episódios depressivos. Embora tentativas anteriores e baixo apoio social sejam importantes fatores de risco, a duração e nível do TDM possam ser fatores determinantes de o risco de suicídio a longo prazo.

Há diversos tratamentos para o TDM, que podem ser associados para

buscar respostas mais rápidas e mais consistentes do estado mental do paciente. As psicoterapias são tratamentos eficazes e de baixo custo e além de melhorar a saúde mental e aumentam a qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias e conviventes, reduzem a dor e o sofrimento das pessoas implicadas no tratamento e suporte social do paciente.

Portanto é indispensável a capacitação dos profissionais e humanização do atendimento em todos os níveis de atenção, porém com uma ênfase maior nos serviços de atenção básica, que são a passagem do paciente para o tratamento no sistema de saúde mental. Os enfermeiros e médicos da AB devem ter compromisso em escutar as queixas do paciente e sempre ficar alerta a possíveis sintomas da doença, assim como ser treinados para perceberem sinais ocultos, pois o paciente muitas vezes não consegue expressar o que sente ou pensa, por isso é necessário que estes profissionais adotem uma atitude receptiva, se disponham a ouvir paciente, observar cuidadosamente seu comportamento e o que ele tenta comunicar em uma consulta de rotina em um posto de saúde.

A atenção à saúde mental no Brasil tem evoluído desde meados do século passado. Muito já foi modificado e as políticas públicas a assistência psicossocial têm privilegiado um atendimento amplo aos portadores de doenças mentais, assim como usuários abusivos de álcool e outras drogas, abrangendo também suas famílias. Nesse cenário tem-se a criação de equipamentos que visam dar suporte aos serviços prestados pela Rede de Atenção Psicossocial, por substituírem a internação em hospitais psiquiátricos e a institucionalização do tratamento. Este são alguns dos ambientes em que os psicólogos, associado aos demais profissionais de saúde e áreas afins, podem intervir com estratégias que possam de fato dar suporte aos pacientes e suas famílias, auxiliando na redução das TxS em jovens brasileiros, com vistas a diminuir a epidemiologia, assim como identificar os fatores sociais que podem ser melhor trabalhados pelas políticas públicas de saúde mental, as quais devem ser planejadas, implementadas e executadas visando o atendimento integral dos usuários dos serviços e suas famílias, assim como da sociedade como um todo. Além disso, o psicólogo que assiste estes pacientes deve buscar conhecê-los, identificar suas reais necessidades e qual o melhor tratamento, podendo associar diversas terapias, inclusive as que contam com a participação da família e rede de apoio social do paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABP. Associação Brasileira de Psiquiatria. Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. **Suicídio: informando para prevenir**. Brasília: CFM/ABP, 2014. Disponível em:<
http://www.cvv.org.br/downloads/suicidio_informado_para_prevenir_abp_2014.pdf>. Acesso em:13 jan. 2017.
- AFONSO, M. L. M. et al. A Psicologia no Sistema Único de Assistência Social. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, 7(2), São João del-Rei, julho/dezembro 2012. Disponível em:<
https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiZr6yL5tjSAhWCKZAKHZvdBrQQFggcMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ufsj.edu.br%2Fportal2-repositorio%2FFile%2Frevistalapi%2FVolume7_n2%2FAfonso%2C_Maria_Lucia_Miranda%2C_et_al.doc&usg=AFQjCNHNU1xy8IC53YfCeYjOsLukic9rg&sig2=xSLeUJwVFb7etJtwE4xDig .> Acesso em: 25 jan. 2017.
- ALMEIDA, N. **Ideação Suicida em Estudantes do Ensino Superior**. Sociedade Portuguesa de Suicidologia. Lisboa, 2005. Disponível em:<
<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/27552/1/A%20Idea%C3%A7%C3%A3o%20Suicida%20na%20Adolesc%C3%Aancia%20-%20Final.pdf> >. Acesso em:13 jan. 2017.
- APA. *American Psychiatric Association*. **Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Psiquiátricos. DSM-V**. 5. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em:< <http://c026204.cdn.sapo.io/1/c026204/cld-file/1426522730/6d77c9965e17b15/b37dfc58aad8cd477904b9bb2ba8a75b/obaudoe ducador/2015/DSM%20V.pdf>>. Acesso em:13 jan. 2017.
- APÓSTOLO, J. L. A. et al. Depressão, ansiedade e estresse em usuários de cuidados primários de saúde, **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 2011. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_17.pdf >. Acesso em:13 jan. 2017.
- ARAÚJO, Á. C.; LOTUFO NETO, F. A Nova Classificação Americana Para os Transtornos Mentais – o DSM-5. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**. 2014, Vol. XVI, no. 1, 67 – 82. Disponível em:<
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtcc/v16n1/v16n1a07.pdf>>. Acesso em: 21 de jan. 2017.
- ASSUMPÇÃO JR. F. B.; KUCZYNSKY, E. **Tratado de psiquiatria da infância e adolescência**. Curitiba: Atheneu, 2004.
- BALLONE, G. J. **Suicídio na adolescência**. 2004. Disponível em:
 <<http://www.virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?art=59&sec=20>>. Acesso em: 20 fev. 2017.

BAUMAN, Z. **Mal-estar da pós-modernidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997. Disponível em:< <https://edscamila.files.wordpress.com/2014/05/bauman-z-o-mal-estar-da-pc3b3s-modernidade.pdf>>. Acesso em:13 jan. 2017.

BELMAKER, R. H.; AGAM, G. Transtorno Depressivo Maior: uma revisão. **Novo Jornal de Medicina**, Mecanismos de Doença, 2008, n. 385, p.47-60. Disponível em:< <http://www.foodforthebrain.org/media/229784/major.pdf>>. Acesso em:13 jan. 2017.

BERTOLETE, J. M. O suicídio no mundo. **Revista Psiquiatria Hoje – Debates**. ano 2, n. 1 . Janeiro/Fevereiro de 2010. p. 15 – 17. Disponível em:< http://www.abp.org.br/download/PSQDebates_7_Janeiro_Fevereiro_light.pdf>. Acesso em:13 jan. 2017.

BOTARELLI, A. **O psicólogo nas políticas de proteção social: uma análise dos sentidos e da práxis**. 2008. Tese (doutorado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. Disponível em:< <https://sapientia.pucsp.br/bitstream/handle/17265/1/Adalberto%20Botarelli.pdf>> Acesso em: 25 jan. 2017.

BOTEGA, N. J. Prevenção do suicídio. **Revista Psiquiatria Hoje – Debates**. ano 2, n. 1 . Janeiro/Fevereiro de 2010. p. 11 -15. Disponível em:< http://www.abp.org.br/download/PSQDebates_7_Janeiro_Fevereiro_light.pdf >. Acesso em:13 jan. 2017.

BRACONNIER, A.; MARCELLI, D. **As mil faces da adolescência** – confrontações. Lisboa, Climepsi Editores, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português - CBCD. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10**. 2008. Disponível em:< <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm> >. Acesso em:13 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em:< <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/Reforma-Psiqui--trica-e-Pol--tica-de-Sa--de-Mental-no-Brasil--2005-.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em:< <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/Sa--de-Mental-no-SUS---Os-Centros-de-Aten----o-Psicossocial--2004-.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em:<

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf.> Acesso em: 10 jan. 2017.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social PNAS/ 2004**. Brasília: 2004a. Disponível em:< http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf.> Acesso em: 25 jan. 2017.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Sistema Único de Assistência Social – SUAS. **Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS NOB – RH/SUAS**. Brasília, 2006. Disponível em:< <http://www.assistenciasocial.al.gov.br/sala-de-imprensa/arquivos/NOB-RH.pdf>.> Acesso em: 25 jan. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei Nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742compilado.htm.> Acesso em: 25 jan. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm> Acesso em: 25 jan. 2017.

CAMARGO, J.; ANDRETTA, I. Terapia Cognitivo-Comportamental para depressão: um caso clínico. **Contextos Clínicos**, 6(1):25-32, janeiro-junho 2013. Disponível em:< <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cclin/v6n1/v6n1a04.pdf>>. Acesso em: 21 de jan. 2017.

CANALE, A.; FURLAN, M. M. D. P. Depressão. **Arq Mudi**. 2006;10(2):23-31. Disponível em:< <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi-OrHQjaLSAhUGE5AKHSYqDHwQFggcMAA&url=http%3A%2F%2Ffojs.uem.br%2Ffojs%2Findex.php%2FArqMudi%2Farticle%2Fdownload%2F19922%2F10816&usg=AFQjCNGfoZdLjOqUxYsg2bIC2-nZJLARLw&sig2=UsEPnKJHs-9ECAekdOFsBg>>. Acesso em: 21 de jan. 2017.

CARA, D.; GAUTO, M. Juventude: percepções e exposição à violência. In: ABRAMOVAY, M.; ANDRADE E. R.; ESTEVES L. C. G. (Org.). **Juventudes: outros olhares sobre a diversidade**. Brasília: Ministério da Educação. Secretaria da Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade-SECAD; UNESCO, 2007, p. 173-198. Disponível em:< <http://unesdoc.unesco.org/images/0015/001545/154580por.pdf>>. Acesso em: 21 de jan. 2017.

CARLSON, N. R. **Fisiologia do comportamento**. 7.ed. Barueri: Manole, 2002.

CASSORLA, R. M. S. Jovens que tentam suicídio e narcisismo destrutivo: dois modelos compreensivos do fenômeno suicida. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 38, n. 1, p. 45-48, jan./mar. 2005. Disponível em:< <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/423/424>>. Acesso em: 21 de jan. 2017.

CFP. Conselho Federal de Psicologia. **Contribuições do Conselho Federal de Psicologia para a constituição da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde a partir do Decreto 7.508/2011**. 1. ed. Brasília-DF: 2011. Disponível em:< <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/redepeticosociaisfinal1.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2017.

CFP. Conselho Federal de Psicologia. **Prática profissionais dos(as) psicólogos(as) nos Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: CFP, 2009. Disponível em:< http://www.twiki.ufba.br/twiki/pub/CetadObserva/Outros/Livro_CAPS_Psicologo.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2017.

CHACHAMOVICH, E. et al. Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio. **Rev Bras Psiquiatr.** 2009; 31(Supl I): S18-25. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462009000500004&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 21 de jan. 2017.

CHENIAUX, E. Psicopatologia e diagnóstico da depressão. In: QUEVEDO, J.; SILVA, A. G. da. **Depressão: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

CORDEIRO, R.; CLAUDINO, J.; ARRIAGA, M. Depressão e suporte social em adolescentes e jovens adultos. Escola Superior de Saúde de Portalegre, Portugal. **Revista Ibero-americana de Educação**, 2006. Disponível em:< <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium32/14.pdf>>. Acesso em: 21 de jan. 2017.

CORRÊA, H.; BARRERO, S. P. **Suicídio: uma morte evitável**. São Paulo: Atheneu, 2006.

COUTINHO, M. P. L. **Depressão Infantil e Representação Social**. 2. ed. Paraíba: Ed. Universitária UFPB, 2005.

DEL PORTO, J. A. et al. **Depressão: do neurônio ao funcionamento social**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

DURKHEIM, E. **O Suicídio**. São Paulo: Martin Claret, 2003.

ELIAS, N. **A sociedade dos indivíduos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997. Disponível em https://books.google.com.br/books?id=_WWUiocyAT4C&pg=PA17&lpg=PA17&dq=N+a+vida+social+de+hoje,+somos+incessantemente+confrontados+pela+quest%C3%A3o+de+como+se+%C3%A9+poss%C3%ADvel&source=bl&ots=Y9I3Z1naAZ&sig=Mh02oSHZ3cxLinom-xsgVwjZSDg&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwjN1ZHvpKLSAhWCj5AKHcBwBcsQ6AEIjAB#v=onepage&

q=Na%20vida%20social%20de%20hoje%20C%20somos%20incessantemente%20confrontados%20pela%20quest%C3%A3o%20de%20como%20se%20C3%A9%20poss%C3%ADvel&f=false >. Acesso em: 21 de jan. 2017.

FIGUEIREDO, R. M.; OLIVEIRA, M. A. P. Necessidades de estudantes universitários para a implantação de um serviço de orientação e educação em saúde mental. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. 3 (1), 5-18, 1995. Disponível em:< https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj6vZXTvKTSaHUFiJAKHasvCkwQFggcMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.scielo.br%2Fpdf%2Frlae%2Fv3n1%2Fv3n1a02.pdf&usg=AFQjCNFczA_Liw0IIRFGVEVMImq0R1AYFMA&sig2=Pc5Xvm2ZbP736Cpz99WBHg>. Acesso em: 21 de jan. 2017.

FLEMING, M. **Entre o medo e o desejo de crescer**. Psicologia da adolescência. Porto: Edições Afrontamento, 2005. Disponível em:< https://books.google.com.br/books/about/Adolesc%C3%Aancia_e_autonomia_o_desenvolvime.html?id=-F_bSAAACAAJ&redir_esc=y>. Acesso em: 21 de jan. 2017.

FUREGATO, A. R. F. Pontos de vista e conhecimentos dos sinais indicativos de depressão entre acadêmicos de enfermagem, **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2005. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000400005>. Acesso em: 21 de jan. 2017.

GABBARD, G. O. **Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONÇALVES, C. A. V.; MACHADO, A. L. Depressão, o mal do século: De que século?. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2007 abr/jun; 15(2):298-304. Disponível em:< <http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a22.pdf.r>>. Acesso em: 21 de jan. 2017.

HENRIQUES, R.; NOVAES, R. Apresentação. In: ABRAMOVAY, M.; ANDRADE E. R.; ESTEVES L. C. G. (Org.). **Juventudes: outros olhares sobre a diversidade**. Brasília: Ministério da Educação. Secretaria da Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade-SECAD; UNESCO, 2007, p. 173-198. Disponível em:< <http://unesdoc.unesco.org/images/0015/001545/154580por.pdf>>. Acesso em: 21 de jan. 2017.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. 5. reimp. São Paulo: Atlas, 2007.

LIMA, I. M. Genética e ambiente na constituição do indivíduo. In: BRASIL, M. A. A. et al (org.). **Psicologia médica, a dimensão psicossocial da prática médica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

LOUZÃ-NETO, M. R. et al. **Psiquiatria Básica**. 2. ed. São Paulo: ArtMed, 2007. Disponível em:< <https://books.google.com.br/books?id=RaNGhzGWjIQC&pg=PA495&lpg=PA495&dq>>

=LOUZ%C3%83-
NETO,+M.+R.+et+al.+Psiquiatria+B%C3%A1sica&source=bl&ots=wi0mzHt9TC&sig=BNV-KG2X6AcUYj2s-CI8rL5Fs4k&hl=pt-
BR&sa=X&ved=0ahUKEwjZsOVm9rSAhWBgpAKHd_2DhIQ6AEIQjAF#v=onepage&q=LOUZ%C3%83-
NETO%2C%20M.%20R.%20et%20al.%20Psiquiatria%20B%C3%A1sica&f=false>.
Acesso em:13 jan. 2017.

LOVISI, G. M. et al. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 2009, vol.31, suppl.2, p.86-93. Disponível em:<
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462009000600007&script=sci_abstract&tlng=pt >. Acesso em:13 jan. 2017.

MACEDO, M. M. K.; WERLANG, B. S. G. Trauma, dor e ato: o olhar da psicanálise sobre uma tentativa de suicídio. **Ágora**, 2007, 10 (1). Disponível em:<
<http://www.scielo.br/pdf/agora/v10n1/a06v10n1.pdf>>. Acesso em:13 jan. 2017.

MENDLOWICZ, E. **A sociedade contemporânea e a depressão**. 2009. Disponível em:<
<http://www.uva.br/trivium/edicao1/artigos-tematicos/4-a-sociedade-contemporanea-e-a-depressao.pdf>>. Acesso em:13 jan. 2017.

MENEGHEL, S. N. et al. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. **Revista de Saúde Pública**, 38 (6), p. 804 -810, 2004. Disponível em:<
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000600008 >. Acesso em: 21 de jan. 2017.

MINAYO, M. C. S. Seis características das mortes violentas no Brasil. **R. bras. Est. Pop.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 135-140, jan./jun. 2009. Disponível em:<
<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v26n1/v26n1a10.pdf>>. Acesso em:13 jan. 2017.

NOBREGA, A. F. et al. A práxis psicológica nos centros de referência da assistência social. **XV Encontro Nacional da Associação Brasileira de Psicologia Social – ENABRAPSO**. 2009. Disponível em:<
http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/575.%20a%20opr%C1xis%20psicol%D3gica%20nos%20centros%20de%20refer%CAncia%20da%20assist%CAncia%20social.pdf .> Acesso em: 25 jan. 2017.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Depressão - informativo n° 369**. 2012. Disponível em: <
http://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf> Acesso em: 04 fev. 2017.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório Global para Prevenção do Suicídio**. Prevenção do suicídio: Um imperativo global. 2014. Disponível em:<
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1 >. Acesso em:13 jan. 2017.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Departamento de Saúde Mental e de Abuso de Substâncias. Gestão de Perturbações Mentais e de Doenças do Sistema Nervoso. **Prevenção do suicídio: um recurso para conselheiros**. Genebra, 2006.

Disponível em:

<http://www.who.int/mental_health/media/counsellors_portuguese.pdf>. Acesso em: 21 de jan. 2017.

OPAS/OMS. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. **OMS**: suicídio é responsável por uma morte a cada 40 segundos no mundo. 2016. Disponível em:< <https://nacoesunidas.org/oms-suicidio-e-responsavel-por-uma-morte-a-cada-40-segundos-no-mundo/> >. Acesso em:13 jan. 2017.

OPAS/OMS. Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial da Saúde. Programa de saúde Mental. Divisão de Promoção da Saúde. **Modelo para a formação de enfermeira geral na identificação e gestão de perturbações afetivas**. Washington (DC): Generalista I, 2000. Disponível em:< <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v1n2/v1n2a08.pdf>>. Acesso em: 21 de jan. 2017.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico** [recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013. Disponível em: <<http://www.faatensino.com.br/wp-content/uploads/2014/11/2.1-E-book-Metodologia-do-Trabalho-Cientifico-2.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

QUEVEDO, J.; SILVA, A. G. da. **Depressão**: teoria e clínica. Porto Alegre: Artmed, 2013.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. **Compêndio de psiquiatria**: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. Disponível em: < <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=tQiRDQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR1&dq=KAPLAN,+H.+I.%3B+SADOCK,+B.+J.%3B+GREBB,+J.+A.+Comp%C3%AAndio+de+Psiquiatria:+Ci%C3%AAncias+do+Comportamento+e+Psiquiatria+Cl%C3%ADnica&ots=Xsv57FwRhL&sig=MS57VzuawHUsxEJS9f0NQutC2es#v=onepage&q&f=false>>. Acesso em: 21 de jan. de 2017.

SCHESTATSKY, S. S. Desenvolvimento e estruturação da personalidade. In: BRASIL, M. A. A. et al (org.). **Psicologia médica, a dimensão psicossocial da prática médica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

SENE-COSTA, E. **Universo da depressão**. 1 ed. São Paulo: Agora Editora, 2006. Disponível em:< <https://books.google.com.br/books?id=MLwpN4hfBFQC&pg=PA282&lpg=PA282&dq=SOUZA,+F.+G.+de+M.+Tratamento+da+depress%C3%A3o.&source=bl&ots=u4VH9YOlrO&sig=uY5g2q-f--bJqIRvD3BUoQ5rsG8&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwjJ7K-k06LSAhWDGpAKHX4WCIAQ6AEITzAH#v=onepage&q&f=false>>. Acesso em:13 jan. 2017.

SILVA, P. **Farmacologia**. 8. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

SOUZA, F. G. de M. Tratamento da depressão. **Rev Bras Psiquiatr**. Depressão - vol. 21 - maio 2000. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000500005

>. Acesso em: 21 de jan. 2017.

STAHL, S. M. **Psicofarmacologia** – Bases neurocientíficas e aplicações clínicas. 14. ed. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica Ltda; 2014.

TEODORO, W. L. G. **Depressão**: corpo, mente e alma. 3. ed. Uberlândia – MG: 2009. Disponível em:< <http://www.ebooksbrasil.org/adobeebook/depressaocma.pdf>>. Acesso em:13 jan. 2017.

UNASUS/UFMA. Universidade Aberta do SUS/Universidade Federal do Maranhão. **Curso de capacitação em saúde mental: módulo III: Transtornos do humor**. São Luís, 2013. Disponível em:< <https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/handle/ARES/2044/Sa%C3%BAde%20Mental%20-%20M%C3%B3dulo%20UND%203.pdf?sequence=3>>. Acesso em:13 jan. 2017.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2014**. Os jovens do Brasil. Rio de Janeiro: FLACSO BRASIL, 2014. Disponível em:< http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa2014_JovensBrasil_Preliminar.pdf> . Acesso em: 21 de jan. 2017.

**ANEXO A – QUADRO DEMONSTRATIVO DAS CATEGORIAS DE LESÕES
AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE CONFORME O CID 10.**

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	INCLUSÕES
X60.	Autointoxicação por e exposição, intencional, a analgésicos, antipiréticos e antirreumáticos, não-opiáceos	Derivados (da) (do): · pirazolona · 4-animofenol Drogas anti-inflamatórias não esteroides Salicatos
X61.	Autointoxicação por e exposição, intencional, a drogas anticonvulsivantes [antiepilépticos] sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados em outra parte	Antidepressivos Barbitúricos Derivados da hidantoína Iminostilbenos Metaqualona e seus derivados Neurolépticos Psicoestimulantes Succimidás e oxazolidina-diona Tranquilizantes
X62.	Autointoxicação por e exposição, intencional, a narcóticos e psicodislépticos [alucinógenos] não classificados em outra parte	Cannabis (derivados da) Cocaína Codeína Heroína Lisérgida [LSD] Maconha Mescalina Metadona Morfina Ópio (alcaloides)
X63.	Autointoxicação por e exposição, intencional, a outras substâncias farmacológicas de ação sobre o sistema nervoso autônomo	Parassimpaticolíticos [anticolinérgicos e antimuscarínicos] e espasmolíticos Parassimpaticomiméticos [colinérgicos] Simpaticolíticos [antiadrenérgicos] Simpaticomiméticos [adrenérgicos]
X64.	Autointoxicação por e exposição, intencional, a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e às não especificadas	Anestésicos (gerais) (locais) Antibióticos sistêmicos e outros medicamentos anti-infecciosos Gases terapêuticos Hormônios e seus substitutos sintéticos Medicamentos de ação sobre o aparelho: · cardiovascular · gastrointestinal Medicamentos e drogas de ação sobre o metabolismo da água, dos sais minerais e do ácido úrico Medicamentos sistêmicos e hematológicos preparações de uso tópico Produtos que atuam sobre os músculos lisos e esqueléticos e sobre o aparelho respiratório Vacinas
Continua...		

Continuação		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	INCLUSÕES
X65.	Autointoxicação voluntária por álcool	<p>Álcool:</p> <ul style="list-style-type: none"> · SOE · butílico [1-butanol] · etílico [etanol] · isopropílico [2-propanol] · metílico [metanol] · propílico [1-propanol] Fusel [óleo fusel]
X66.	Autointoxicação intencional por solventes orgânicos, hidrocarbonetos halogenados e seus vapores	Benzeno e seus homólogos Clorofluorcarbonos Petróleo (derivados) Tetracloroeto de carbono [tetraclorometano]
X67.	Autointoxicação intencional por outros gases e vapores	Dióxido de enxofre Gás (de): <ul style="list-style-type: none"> · escapamento de um veículo a motor · iluminação · lacrimogêneo Monóxido de carbono Óxidos de nitrogênio Exclui: Emanações e vapores de metal
X68.	Autointoxicação por e exposição, intencional, a pesticidas	Desinfetantes por fumigação (fumigantes) Fungicidas Herbicidas Inseticidas Produtos usados na proteção de florestas Raticidas Exclui: Adubos e fertilizantes (X69.-)
X69.	Autointoxicação por e exposição, intencional, a outros produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas	Adubos e fertilizantes Aromáticos corrosivos, ácidos e álcalis cáusticos Colas e adesivos Metais, incluindo suas emanações e vapores Plantas e substâncias alimentares venenosas Sabões e detergentes Tintas e corantes
X70.	Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação	
X71.	Lesão autoprovocada intencionalmente por afogamento e submersão	
Continua...		

Continuação		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	INCLUSÕES
X72.	Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo de mão	
X73.	Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de espingarda, carabina, ou arma de fogo de maior calibre	
X74.	Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada	
X75.	Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada	
X76.	Lesão autoprovocada intencionalmente pela fumaça, pelo fogo e por chamas	
X77.	Lesão autoprovocada intencionalmente por vapor de água, gases ou objetos quentes	
X78.	Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto cortante ou penetrante	
X79.	Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto contundente	
X80.	Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação de um lugar elevado	Queda intencional de um nível a outro
X81.	Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação ou permanência diante de um objeto em movimento	
X82.	Lesão autoprovocada intencionalmente por impacto de um veículo a motor	Colisão intencional com: <ul style="list-style-type: none"> · bonde (carro elétrico) · trem (comboio) · veículo a motor Exclui: Queda de aeronave (X83.-)
Continua...		

Continuação		
CÓDIGO	DESCRIÇÃO	INCLUSÕES
X83.	Lesão autoprovocada intencionalmente por outros meios especificados	Lesão autoprovocada intencionalmente por: <ul style="list-style-type: none"> · eletrocussão · queda de aeronave · substâncias cáusticas, exceto intoxicação (envenenamento)
X84.	Lesão autoprovocada intencionalmente por meios não especificados	

Fonte: adaptado de Brasil (2008).