

Depressão na adolescência e suas consequências

Depression in adolescence and its consequences

Daiana Rodrigues de Melo

*Acadêmico do 10º período do Curso de Psicologia da Faculdade de Psicologia de
Ouro Preto do Oeste - UNEÓURO*

Lanay Dalete dos Santos Pereira

Professora especialista em Terapia Analítico Comportamental

DOI: 10.47573/aya.5379.2.55.7

RESUMO

Atualmente, a depressão do adolescente é considerada comum, debilitante e recorrente, envolvendo a alta morbimortalidade representa um sério problema de saúde pública, devido a sua elevada prevalência e a tendência de o transtorno mental apresenta longa duração e recorrência. Vale ressaltar que diversos fatores podem tornar o adolescente vulnerável, levando ao desenvolvimento da depressão e com a consequência mais grave o suicídio. Não se pode pensar em uma causa específica, pois como na maioria dos problemas humanos, e mais adequado falar em multifatores que se inter-relacionam e geram, como resposta, alguns comportamentos que o indivíduo apresenta em seu meio. O objetivo deste estudo é revisar as características clínicas desta doença. Depressão adolescente para ajudar a esclarecer esta patologia grave, os mais comuns ainda são raramente reconhecidos.

Palavras-chave: adolescente. depressão, manifestações clínicas.

ABSTRACT

Currently, adolescent depression is considered common, debilitating and recurrent, involving high morbidity and mortality represents a serious public health problem, due to its high prevalence and the tendency of the mental disorder to have a long duration and recurrence. It is noteworthy that several factors can make adolescents vulnerable, leading to the development of depression and suicide with the most serious consequence. One cannot think of a specific cause, as in most human problems, it is more appropriate to speak of multiple factors that interrelate and generate, in response, some behaviors that the individual presents in his environment. The purpose of this study is to review the clinical features of this disease. Adolescent depression to help clear up this serious pathology, the most common ones are still rarely recognized. Keywords: depression, adolescence.

Keywords: adolescent. depression, clinical manifestations.

INTRODUÇÃO

A depressão é um transtorno mental relacionado ao humor e à emoção. A depressão é descrita como um episódio patológico em que há perda. Interesse, felicidade, apetite, culpa, inutilidade, carência Energia e pensamentos de morte (FUREGATO, 2008).

A depressão é comum, cerca de 121 milhões de pessoas em todo o mundo são afetadas pela depressão. A depressão é o principal motivo da deficiência e o segundo motivo dos anos perdidos vida saudável, entre as 107 doenças e problemas de saúde mais relevantes. Estima-se que no mundo uma em cada quatro pessoas está sofrendo, já sofreu ou ainda vai sofrer de depressão (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

Incidência é estimada em cerca de 17% da população mundial. Algumas de suas principais características são perda de peso, culpa, Ideação suicida, hipocondria, queixas de dor e eventual desenvolvimento doença mental e (DESLANDES, 2007).

Cordeiro (2002) afirma que conjunto de fatores associados a depressão é possível isolar, ressaltamos os seguintes: idade entre 20 a 40 anos, Perda dos pais antes da puberdade, depres-

são na história familiar, período pós-parto, ausência de confidente, eventos negativos na vida e vivência em áreas urbanas.

A adolescência é um período de mudanças drásticas no desenvolvimento Humanos passando por mudanças biológicas durante a adolescência e maturidade Psicossocial biológico. Mudanças de comportamento podem ser confundidas com doença mentais (FONSECA, 2011).

Por muito tempo, a depressão foi vista apenas como um problema em adultos. Acredita-se que a depressão infantil não existe ou não é muito grave ou é caso raro nesta sociedade. Hoje, a depressão afeta a infância resultado da prevalência/ano maior com casos de depressão é em crianças de 0,4% a 3,0% e de 3,3% a 12,4% em adolescente (CRUNIVEL *et al.*, 2004).

A depressão na adolescência sempre foi um problema de saúde preocupante pessoas. Portanto, ele observou a incidência de depressão e ansiedade na adolescência (SOUZA, 1999).

Adolescentes com depressão apresentam mais sintomas de irritabilidade e instabilidade, pode haver uma crise, em vez de mostrar ou reclamar de tristeza muitas vezes perde a paciência. Acredita-se que mais de 80% dos jovens deprimidos têm Humor zangado (KAZDIN; MARCIANO, 1998).

Rubio (2002), afirma que a transição de uma fase para outra requer mudança, cada mudança em si pode ser vista como uma crise de pesquisa atrás de uma nova identidade. Portanto, é muito provável que os jovens poderão sofrer de depressão. Pessoas com sintomas de depressão aparecem em lugares diferentes na comunidade: em clínicas, hospitais e centros de saúde mental. Dessa forma, todos os enfermeiros precisam de conhecimentos de enfermagem. O atendimento psiquiátrico oferece atendimento adequado para pessoas com problemas emocional. Enfermeiros, em todos os tipos de instituições de saúde, são responsáveis por identificar e intervir de forma adequada nas seguintes situações com Indivíduos que sofrem de transtornos do humor (FUREGATO, 2008).

DESENVOLVIMENTO

O que é depressão

A depressão pode ser vista como uma doença enraizada no indivíduo, suas vontades são bloqueadas conduzindo negativamente o fluxo de seus pensamentos, assim o sujeito fica prejudicado no contexto tanto psicossocial como individual (COUTINHO, 2006).

Além de afetar as funções físicas, a depressão também afeta o comportamento, alguns dos quais interferem nas oportunidades estudar e trabalhar aumentam a possibilidade de problemas infantis, dependência de nicotina, alcoolismo e suicídio o (NEDLEY, 2010)

Na verdade, nos últimos 20 anos, aumentou muito o número de casos de depressão com início na adolescência e infância. A pesquisa mostrou que cerca de 20% dos alunos do ensino médio se sentem muito infelizes ou muito triste por ter algum tipo de problema emocional. Pode ser porque o mundo moderno se tornou cada vez mais complexo, A competição é feroz e exigente, muitos jovens têm dificuldade em lidar necessidades de adaptação diária (BALLONE, 2008).

Os sintomas depressivos em crianças e adolescentes podem não ser percebido no am-

biente em que participa, em casa ou na escola então é aconselhável membros da família e educadores prestam atenção na identificação de sintomas para que encaminhe o suspeito para avaliação. Diagnóstico precoce para ser tratado de forma eficaz porque existe um risco evolutivo de deterioração depressão (CICCHETTI, 1998).

Estudos têm demonstrado que eventos traumáticos ocorridos durante a infância, como a perda Laços emocionais devido à morte, separação dos pais e abandono são os pré-requisitos que pode ser usado para depressão (ZAVASCHI *et al.*, 2002).

Fatores de risco para depressão em crianças e adolescentes, entre eles, a existência que pode ser considerada é que um dos pais sofre de depressão e tem história familiar, A depressão aumenta o risco em pelo menos três vezes seguida por fatores de estresse questões ambientais, como abuso físico e sexual e perda de pais, irmãos ou amigo íntimo (ANDRIOLA; CAVALCANTE, 1999).

Em crianças, a presença desse sintoma interfere diretamente nas atividades cognitivas e emocionais. Ocorre quando a criança não é atendida a tempo e pode desenvolver padrões de comportamento como isolamento, retraimento e dificuldades de comunicação. Em pré-escolares com idade de (seis a sete anos), as manifestações clínicas mais comuns são os sintomas físicos (cefaleia, fadiga, tontura), seguidos de ansiedade, medo, agitação, irritabilidade, diminuição do apetite e distúrbios do sono. Dessa forma não a vontade de ir para a escola e não tem prazer em brincar (ANDRIOLA; CAVALCANTE, 1999).

Segundo Cruvinel (2003), Alguns fatores são indicadores de uma criança com depressão. O principal motivo é quando seu desempenho acadêmico diminui e ela passa a não ter notas satisfatórias nas aulas. Geralmente, a matéria mais difícil para as crianças é matemática, porque exige que os alunos se concentrem mais e prestem mais atenção o poder e a memória são os processos cognitivos mais prejudicados na depressão. Pais e professores devem prestar atenção ao comportamento da criança, especialmente, conforme mencionado acima, se o desempenho diminuiu recentemente e a criança apresenta sintomas que descrevem depressão.

Depressão Analítica: a vincular a depressão infantil depressão maior dos adultos o primeiro estudo feito foi o de Spitz, que descreveu a síndrome da "depressão analítica". De acordo com Spitz, crianças separadas de suas mães e colocadas em creches apresentaram choro, isolamento e demora desenvolvimento psicomotor, resposta lenta, movimento lento, perda de apetite em algumas pessoas (LIMA, 2004).

A saúde mental dos jovens é particularmente preocupante jovens em desvantagem socioeconômica geralmente representam um risco mais alto. Aproximadamente 4% dos jovens de 12 a 17 anos e aproximadamente 9% dos de 18 anos sofrem de depressão. Entre os jovens, a depressão está relacionada ao suicídio, que é um grande problema em muitos países e a segunda causa de morte entre jovens. Estima-se que 10% a 20% dos jovens na Europa pode desenvolver um ou mais problemas mentais ou comportamentais, e a proporção de transtornos mentais geralmente é subestimada (OMS, 2009).

Durante a adolescência, os hormônios do corpo passam por mudanças significativas. Além de favorecer o aparecimento da acne, esses hormônios acabarão por afetar diretamente o comportamento dos adolescentes. Nesse estágio, o humor e o comportamento dos adolescentes mudam muito e rapidamente. (PATRICIO, 2000).

Se este conflito adolescente típico não for bem administrado, isso levará a distúrbios emocionais, especialmente depressão (RANÑA, 2001).

Adolescentes enfrentam diversas situações novas e pressões sociais que favorecem suas próprias condições para apresentar oscilações de humor e mudanças expressivas de comportamento. Algumas pessoas são mais sensíveis e sentem sintomas depressivos (BALLONE, 2008).

Townsend (2002) afirmou que a perda repetida durante a infância pode levar a obstáculos ao autodesenvolvimento precoce. O excessivo impulso biológico e psicossocial de autonomia durante a adolescência sobrecarrega as defesas dos adolescentes. Quando há uma ameaça de separação efetiva de pais reais ou substitutos (como namorados ou namoradas), a rede de defesa habitual pode entrar em colapso.

Em adolescentes, a manifestação de depressão costuma ser semelhante à dos adultos. Mas os adolescentes nem sempre estão tristes, muitas vezes ficam com raiva. Sintomas: falta de energia, apatia, desinteresse, culpa e distúrbios do sono (VERSIANI, 2000).

Existem diferenças nas manifestações clínicas de meninos e meninas. Por outro lado, as meninas se sentem tristes, vazias, irritadas, ansiosas, preocupadas com sua aparência. Os meninos mostram sentimentos de desprezo, desafios e problemas de comportamento (violência, ausência da escola, fuga de casa) (SOUZA, 1999).

Os adolescentes tendem a pensar sobre os sintomas da depressão, mas não sabem a causa dos sintomas. A desinformação é um fator que afeta a adesão ao tratamento e pode agravar o quadro clínico sem o saber (STUART, 2001).

Conforme Bahls (2003), A taxa de suicídio de jovens deprimidos é maior do que a de adultos. Esses dados confirmam que a adolescência é considerada um fator de risco, principalmente se os jovens sofrem de depressão. Não ignore outras fases da vida, como crianças, adultos e idosos, que também estão em risco de depressão e suicídio.

Os adolescentes costumam ser a melhor fonte de informação sobre sua depressão e dor, e seus colegas e amigos são os mais fáceis de reparar as alterações causadas pela patologia (SADLER, 1991).

Muitos problemas familiares ocorrem porque a família acredita que as atitudes rebeldes e indisciplinadas dos adolescentes e não percebem que esse são comportamentos que é contrário aos princípios de vida respeitados no grupo (KOLB, 1996).

Depressão em fase escolar

Fonseca (2011) Salientou que no que diz respeito ao amadurecimento escolar, a ansiedade tem sofrido alterações. Em estudo envolvendo alunos do ensino médio e superior, foi demonstrado que durante a escola, os alunos desenvolveram estratégias para enfrentar o estresse do dia a dia, o que pode reduzir a depressão e a ansiedade.

A essência da adolescência é um estado entre dois paradigmas, definidos por dois negativos (não sou criança, mas não sou adulto), o que ajuda a aumentar esse sentimento. Percepção, seja verdadeira ou falsa de que eu "não valho nada", "não tenho futuro" ou ainda de que "não

vale a pena fazer nada para mudar a minha vida", Além das dificuldades atuais dos jovens, principalmente aquelas causadas pela escola e necessidades futuras: ir para a faculdade, lidar com colegas e professores e encontrar um emprego, essas condições podem ser benéficas para o estado de depressão em qualquer ambiente (FONSECA, 2011).

De acordo com Fonseca (2011) jovens com depressão e ansiedade moderada ou grave podem apresentar declínio no desempenho acadêmico. Com o aumento dos sintomas depressivos, a capacidade de atenção e energia física e mental dos alunos aumenta e, portanto, sua motivação diminui. Distúrbios do sono, baixa autoestima e auto avaliações negativas que muitas vezes acompanham a depressão também podem afetar o desempenho acadêmico.

Segundo Wong *et al.* (2006), muitos problemas de saúde mental começam na idade de 18 a 24 anos na faculdade. Ele disse que os jovens que ingressam no ensino superior podem enfrentar novas mudanças sociais e intelectuais, o que pode aumentar o risco de depressão, ansiedade ou estresse. Entrar no ensino superior é um momento feliz e uma grande alegria para iniciar uma nova etapa, mas para alguns alunos pode ser estressante. Os alunos do primeiro ano estão especialmente em risco porque enfrentam muitos novos desafios durante o período de transição para começar uma nova vida na universidade ou faculdade.

Portanto, os alunos podem não procurar ajuda por causa de preocupações sobre confidencialidade e finanças e medo de aceitação. Essa preocupação faz com que os alunos escondam seus problemas emocionais em seus corações, agrava o estigma e torna a vida mais difícil (TOWNSEND, 2003).

O Royal College of Psychiatric (2011) acredita que aprender em um ambiente construtivo e estimulante pode aumentar a autoconfiança e a sensação de realização, especialmente se trouxer recompensas tangíveis, como encontrar um emprego ao final do curso. O ensino superior também pode promover a socialização, a independência e a autossuficiência. Os desafios são ajustados e resolvidos e as identidades são formadas.

Em cursos avançados de saúde, como enfermagem, medicina e psicologia, existe um processo de desenvolvimento no qual os alunos devem aprender a lidar com: Com sentimento de vulnerabilidade; gestão com o aumento da quantidade de informações; planejamento de carreira profissional; com a pressão do estágio atual (fadiga, pacientes difíceis); problemas relacionados à qualidade do ensino e do ambiente educacional; e características pessoais e individuais Situação- estresse relacionado (GARRO *et al.*, 2006).

Eisenberg, Golberstein e Hunt (2009) um estudo foi desenvolvido para analisar o conteúdo do questionário e mostrou que a depressão é o transtorno mental mais comum. Aproximadamente 14% dos alunos apresentam sintomas de depressão, 3% apresentam sintomas de ansiedade e 3% apresentam transtornos alimentares. Portanto, os autores concluem que a depressão afeta significativamente o baixo desempenho acadêmico e aumenta a probabilidade de abandono, e está significativamente associada à ansiedade.

O suicídio na fase da depressão

O suicídio é uma das maiores causas de morte no mundo, principalmente entre os jovens. Por ser onipresente, essa categoria tem sido considerada um problema de saúde pública. Recentemente, estudos epidemiológicos mostraram mudanças abrangentes entre culturas e

grupos de idade (CHACHAMOVICH *et al.*, 2009).

No Brasil, 24 pessoas suicidam-se todos os dias, mas essa informação não é divulgada. Portanto, o impacto do suicídio é encoberto pelos homicídios e acidentes de trânsito: em média e ao mesmo tempo, o número de suicídios supera seis e quatro vezes o número de suicídios. (CHACHAMOVICH *et al.*, 2009).

Perfil de adolescentes que tentam suicídio: Geralmente são mulheres; a média de idade é de 17 anos; a maioria mora com suas famílias; são estudantes; o método preferido é a ingestão de drogas; na maioria dos casos, o que acontece agravará o comportamento autodestrutivo, como conflitos familiares, interrupções ou insucessos escolares; existe um diagnóstico de depressão (LOPES, 2001).

Os indivíduos podem ser classificados em 3 tipos; 1 - que pode ter imaginação suicida, 2 - pode tentar o suicídio 3 - com várias tentativas de suicídio. Esses fatos geralmente ocorrem quando a possível patologia ainda não foi tratada. Se as intervenções adequadas não forem realizadas, as pessoas que já tentaram o suicídio anteriormente terão dificuldade em resolver os problemas e o mecanismo é defeituoso, podendo se tornar alvo de múltiplas tentativas de suicídio ou até morrer (LOPES, 2001).

Alguns autores concluíram que houve um aumento significativo no número de suicídios entre os jovens, principalmente na faixa etária de 15 a 19 anos. A conclusão é que os adolescentes preferem usar métodos mais violentos, como tentar se extinguir. Em um estudo com 167 jovens de casos confirmados de suicídio, observou-se que 92% deles usavam drogas como método preferido e 8% usavam métodos violentos. Esses métodos incluem: uso de drogas, envenenamento, arma de fogo, métodos violentos, enforcamento, arma branca, líquidos corrosivos etc. (AVANCI; PEDRÃO; COSTA JÚNIOR, 2005).

As pessoas acreditam que o número de tentativas de suicídio pode ser muito maior do que as pessoas pensam, mas devido aos preconceitos relacionados e à influência histórica e cultural do assunto, esses números são ocultados da sociedade. Jovens representa um desafio de comportamentos autodestrutivos com frequência para toda a sociedade e para a saúde pública. Tabus devem ser rompidos a fim de notificar tentativas de colaborar com pesquisas epidemiológicas a fim de desenvolver estratégias de prevenção de novos casos e recidivas. (AVANCI; PEDRÃO; COSTA JÚNIOR, 2005).

Diagnóstico e tratamento

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV (DSM IV, 2000), os tipos de depressão são classificados como: depressão reativa ou secundária, depressão leve ou aberta, depressão severa ou unipolar e depressão maior ou maníaco - Psicose depressiva louca.

Em relação ao diagnóstico, segundo (DSM IV, 2000), o padrão é que cinco ou mais sintomas apareçam em duas semanas e representem alterações nas funções anteriores. 1- Humor deprimido durante a maior parte do dia, 2- Todas ou quase todas as atividades durante a maior parte do dia reduziram significativamente o interesse ou prazer, 3- Perda ou ganho de peso significativo sem fazer dieta, 4- Perturbação do sono (insônia ou sonolência), 5- Irritabilidade ou letargia, 6- Sensação de cansaço ou pouca energia quase todos os dias, etc. Outros critérios

também podem ser considerados, tais como: os sintomas não atendem aos critérios para episódios mistos, os sintomas causam dor clinicamente significativa ou danos às funções sociais ou ocupacionais, os sintomas não são causados pelos efeitos fisiológicos diretos de substâncias ou medicamentos em geral. Nesse caso, o luto não explica melhor esses sintomas, ou seja, a perda de um ente querido.

Além disso, como forma de tratamento, a literatura (BAHLS, 2003; KAPLAN *et al.*, 1997; RUBIO, 2002) apresenta os métodos de tratamento mais conhecidos: uso de drogas, psicoterapia e uma combinação das duas primeiras formas. Os antidepressivos tricíclicos (desipramina, imipramina, nortriptilina e amitriptilina) são os medicamentos mais comumente usados para tratar a depressão. Para pacientes com sintomas de inquietação e ansiedade, antidepressivos sedativos como a imipramina parecem ser mais apropriados (WENDER; MAGNO, 2002).

Para transtornos de adaptação acompanhados de depressão, distímia e depressão maior, podem ser usados antidepressivos, como drogas tricíclicas: clomipramina, imipramina, amitriptina ou nortriptilina. Essas drogas são as drogas mais antigas e mais comumente usadas por crianças e jovens. Os inibidores seletivos da receptação da serotonina (ISRS) mais comumente usados são: cloridrato de sertralina seguro e eficaz, que tem sido amplamente utilizado em crianças e adolescentes com transtorno obsessivo-compulsivo; e a fluoxetina amplamente utilizada requer uma dose inicial mais baixa porque sua velocidade de eliminação é muito lenta e também interfere com outras drogas. Esses medicamentos são eficazes e têm poucos efeitos colaterais. Entre os ISRS, há também a paroxetina, que é muito benéfica para uso na depressão (ARNOLD, 1999).

A dose e a duração do tratamento devem ser suficientes para atender às necessidades de cada paciente. De maneira geral, as indicações do uso de psicofármacos dependem do diagnóstico, levando-se em consideração fatores como tipo de medicamento, posologia, farmacocinética e sensibilidade individual (ARNOLD, 1999).

As mudanças no estilo de vida devem ser discutidas com cada paciente para melhorar a qualidade de vida. Os antidepressivos podem melhorar os sintomas depressivos em 60% a 70% dentro de um mês, em média (THASE, 1995).

Segundo Anderson (1993) A resposta aos antidepressivos não é imediata e geralmente ocorre entre a segunda e a quarta semanas de uso. A melhora nas primeiras semanas de tratamento está relacionada a uma maior chance de resposta. Nenhuma resposta em 4 semanas reduz a chance de uma nova resposta ao mesmo tratamento, embora alguns pacientes possam responder em 6 semanas. Quando o paciente não responde ao tratamento, recomenda-se verificar os fatores relacionados à não resposta: diagnóstico correto, avaliação da possibilidade de doença física ou mental complicada, curso longo da doença, dificuldades sociais crônicas e eventos de vida contínuos, grave ou acompanhado por sintomas psicóticos, falta de humor e transtorno de personalidade grave.

Coutinho (2006) afirma que relação à psicoterapia, ser o tratamento mais escolhido na maioria dos casos de depressão. Na visão do autor, esse tratamento deve ter suporte psicológico contínuo para ajudar a eliminar os sentimentos e conceitos prejudiciais à saúde que existem na depressão.

Thomé (2003) enfatizar a ajuda de um psicoterapeuta é muito importante porque ajudar

os indivíduos a explicar a ambiguidade e a confusão, bem como todos os seus sentimentos contraditórios de amor e ódio, medo, culpa, felicidade, tristeza, onipotência, indiferença e insegurança.

Em Brasília, o Adolescentro é uma unidade especializada na formação e na atenção à saúde de jovens e seus familiares, sendo também referência em pesquisas. Em sua atuação, o centro direciona suas atividades para a promoção da saúde e do bem-estar dos adolescentes, desempenhando assim um papel efetivo no apoio a diversas dificuldades ao longo da adolescência. (GDF,2014).

A unidade atende jovens de 10 a 17 e 11 meses. O centro oferece os seguintes serviços: Acompanhamento clínico e avaliação biopsicossocial; para dificuldades na transição da infância para a adolescência, uso de drogas, violência sexual, tentativas de suicídio, comportamentos sexuais de risco, anorexia, bulimia, risco de lesão intencional e não intencional e depressão Psicoterapia para adolescentes em graves conflitos familiares, etc. (GDF, 2014).

Quando o profissional de enfermagem pode compreende a psicologia do adolescente, seu mundo emocional e suas relações, e sabe reconhecer suas dificuldades e tentar ajudá-lo, poderá contribuir para o diagnóstico precoce do adolescente. Percebemos que o enfermeiro pode focar suas ações na prevenção e no tratamento, exercer seu papel de educador e cuidar, individualmente ou como membro de uma equipe interdisciplinar, buscando auxílio no diagnóstico e tratamento precoces. (GARRO *et al.*, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se, portanto que a depressão é uma doença mental que pode causar isolamento social, baixo rendimento escolar, uso de drogas na tentativa de Sentir-se melhor, baixa autoestima e lentidão. Que ao ocorrer na adolescência pode levar ao aparecimento de depressão maior na idade adulta. Sendo, pois, essencial a realização do rápido diagnóstico para iniciar com o tratamento psicoterapêutico e conforme o quadro clínico do paciente introduzir a utilização de medicamentos antidepressivos. Portanto, de acordo com os estudos realizados foi possível verificar os avanços da medicina psiquiatria nos últimos séculos, que auxiliou na desconstrução de dogmas e crenças estereotipadas, por possibilitar a descoberta de novos métodos na efetivação de atendimentos mais humanizados. No qual o psicólogo passou a intervir psicologicamente mediante ações preventivas, juntamente como apoio e envolvimento da escola e da família para que o adolescente se sinta mais amado e também valorizado. Reduzindo, dessa maneira a probabilidade de recaídas e de tentativas de suicídios dos mesmos. Além de verificar a importância da utilização de antidepressivos durante o tratamento, tendo em vista, auxiliar na recuperação do paciente. Pois além dos remédios é necessário que o adolescente realize o acompanhamento com o psicoterapeuta, caso contrário, quando a medicação for interrompida mesmo de modo gradual, ocorrerá a recaída do mesmo, por causa do tratamento inadequado do transtorno ocasionador da depressão. Um exemplo disso, são os relacionamentos abusivos, no qual a vítima precisa aos poucos quebrar os elos da corrente que a uni com o agressor, caso contrário as sessões psicoterapeutas e os medicamentos servirão apenas como anestésicos para camuflar a verdadeira problemática ocasionadora dos sintomas depressivos. Portanto as intervenções psicoterápicas podem assumir diferentes formas, tais como: psicoterapia de apoio, psicodinâmica

breve, psicoterapia comportamental, psicoterapia cognitiva, psicoterapia de relações interpessoais, psicoterapia em grupo para casal e família. No qual, cada modalidade visa contemplar o tratamento global 13 das dimensões sociais, afetivas psicológicas, físicas e biológicas do paciente depressivo. Diante de tudo isso, o psicólogo precisa buscar constantemente por aprimorar a sua práxis psicoterapêuticas, mediante a realização de cursos de capacitação tais como mestrado e doutorado. Pois, de acordo com os seus conhecimentos científicos e teóricos poderá observar os sinais e sintomas que interferem diretamente na reabilitação do adolescente, promovendo desta maneira o diagnóstico e tratamento adequado ao mesmo.

REFERÊNCIA

ANDERSON, I.M.; FERRIER, I.N.; BALDWIN, R.C. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 1993 British Association for Psychopharmacology guidelines. *Journal of Psychopharmacology*, Cambridge, v.14, n. 1, p. 3-20, jan. 2000.

ANDRIOLA, W.; CAVALCANTE, L. Avaliação da depressão infantil em alunos da pré-escola. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. Porto Alegre, 1999. v.12, n. 2, p. 419- 428, maio/ago.

ARNOLD, L.E.; JENSEN, P.S. Transtorno de déficit de atenção. In: KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J. *Tratado de Psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999. p. 2495- 25

AVANCI, R.; PEDRÃO, L.J.; COSTA JÚNIOR, M.L. Perfil do adolescente que tenta suicídio em uma unidade de emergência. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília. 2005. v.58, n.5, p. 535-539, set./out.

BAHLS, S-C. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal da pediatria*, Porto Alegre, v.78, n.5, p. 359-366, set./out. 2003.

BALLONE, G.J.; MOURA, E.C. Depressão na Adolescência. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=129>. Acesso em: 12 nov. 2021.

CHACHAMOVIC, E; S.F; N.G; quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo, v. 31, n. 1, p.18 Acesso em: 12 nov. 2021.

CICCHETTI, D; TOTH, S.L. The Development of depression in children and adolescents. *The American Psychologist*, Washington, v.53, n. 2, 221-241, fev. 1998.

CORDEIRO, J. C. D. *Manual de psiquiatria clínica*. 2. ed Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2002.

COUTINHO, M. P. L. Depressão infantil e representação social. *Psicologia da saúde*, v.14, n.2, p. 160-170, jul./dez. 2006.

CRUVINEL, M. Depressão infantil, rendimento escolar e estratégias de aprendizagem em alunos do Ensino Fundamental. Dissertação (Mestrado) apresentada a Universidade Estadual de Campinas, Programa de Pós-Graduação em Educação, 2003.

CRUVINEL, M; BOWCHOVITCH, E. Sintomas depressivos, estratégias de aprendizagem e rendimento escolar de alunos do ensino fundamental. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v.9, n.3, p 369-379, mar./abr. 2004.

- DESLANDES, H.M.A. et. al. O exercício físico no tratamento da depressão em idosos: revisão temática. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul-Porto Alegre*, v.29, n.1, p.70 -79, jun./nov., 2007.
- DSM–IV. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 4ª ed. 1994.
- EISENBERG, D.; GOLBERSTEIN, E.; HUNT, J. B. Mental health and academic success in college. *Journal of economic analysis & Policy, Michigan*, v. 9, n. 1, s.p., dec. 2009.
- FONSECA, T. O. Cartografias do cuidado em saúde para adolescentes e jovens: um estudo sobre a organização e os processos de trabalho de uma Unidade Básica de Saúde da Rede-SUS municipal do Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação do Instituto de Saúde da Comunidade, 109f. Universidade Federal Fluminense. 2011.
- FUREGATO, A. R. F.; et. al. Depressão entre estudantes de enfermagem relacionada à auto-estima, à percepção da sua saúde e interesse por saúde mental. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 16, n.2, p. 1-3, mar./abr. 2008.
- GARRO.I.M.B.; CAMILLO.S.O.; NOBREGA.M.P.S.S. Depressão em graduados de Enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 19. n. 2, p. 162-167, maio/jun. 2006.
- GDF (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL). Adolescente completa 14 anos. Disponível:<http://www.df.gov.br/noticias/item/3600-adolescente-completa-14-anos.html>. Acesso em: 12 nov. 2021.
- KAZDIN, A.E.; MARCIANO, P.L. Childhood and adolescent depression. In: MASH, E.; BARKLEY, R. (Orgs.). *Treatment of childhood disorders (2ª ed.)* New York: The Guilford Press, 1998.
- KOLB, M.D. *Psiquiatria clínica*. 9ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Interamericana. 1996.
- LOPES, P.; BARREIRAS, D.P.; PIRES, A.M. Tentativa de suicídio na adolescência: avaliação do efeito de gênero na depressão e personalidade. *Psicologia, Saúde & Doenças*, Lisboa, v. 2, n. 1 Acesso: em 12 de nov.2021
- LIMA, D. Depressão e doença bipolar na infância e na adolescência. *Jornal de Pediatria*, Porto Alegre, v. 80, n. 2, p. 10-12. Acesso: em 12 de nov.2021.
- MARQUES, NATIELLY. *DEPRESSÃO EM ADOLESCENTES E SUAS CONSEQUÊNCIAS*. 2014. 22 p. Monografia (Enfermagem da Faculdade de Ciências da Educação e Saúde) - UniCEUB, [S. I.], 2014.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, Relatório sobre a saúde: saúde mental nova concepção, nova esperança. Geneva: OMS, 2009.
- PATRÍCIO, Z.M. O cuidado com a qualidade de vida dos adolescentes: um movimento ético e estético de “Koans e Tricksters. São Paulo: Renes, 2000.
- RANÑA, W. Infância e adolescência – enfoque psicodinâmico. In: FRÁGUAS, R.J.; FIGUEIRÓ, J.A.B. *Depressões em medicina interna e em outras condições médicas – depressões secundárias*. São Paulo: Atheneu, 2001, p. 401-405
- ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS. *The mental health of students in higher education*. London: Royal College of Psychiatrists, 2011. Disponível em: <http://www.rcpsych.ac.uk/files/pdfversion/CR166.pdf>. Acesso em: 12 de nov.2021.

RUBIO H. Relações entre qualidade de vida e estrutura de personalidade em pessoas deprimidas. PSIC Revista da Vetor Editora, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 58- 85, Acesso: em 12 de nov.2021

SADLER L.S. Depression in Adolescents. Context, Manifestations, and Clinical Management. The Nursing clinics of North America, Philadelphia, v. 26, n. 3, p. 559-572, sep. 1991.

SOUZA, F.G.M. Tratamento de depressão. Revista Brasileira de Psiquiatria. São Paulo, v. 21, n. 1, p. 2-3, Acesso: em 12 de nov.2021.

STUART, G.W.; LARAIA, M.T. Enfermagem psiquiátrica: princípios e práticas. Porto Alegre (RS): Artmed, 2001.

THASE, M.E.; RUSH, A.J. Psychopharmacology the fourth generation of progress. In: BLOOM, F.E.; KUPFER, D.J. Treatment-resistant depression. New York: Raven Press, 1995.

THOMÉ, C. A. Depressão pós-parto e a identidade materna. Psicologia Corporal, São Paulo. v.3, n.4, p.48-51, sep. 2003.

TOWNSEND, M.C. Enfermagem Psiquiátrica: conceitos de cuidados. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

VERSIANI M, Reis R, Figueira I. Diagnóstico do transtorno depressivo na infância e adolescência. Jornal Brasil de Psiquiatria, Porto Alegre, v. 49, n. 8, p. 358-374, abr./jun. 2000.

WENDER, M.C.O; MAGNO, V.A. Depressão puerperal: atualização. Femina, v.30, n.7, p.439-444, ago. 2002.

WONG, J.G.W.S. *et al.* Web-based survey of depression, anxiety and stress in firstyear tertiary education students in Hong Kong. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, Australia, v. 40, n. 9, p. 777-782, sep. 2006.

ZAVASCHI, M. L. S.; SATLER, F.; POESTER, D.; VARGAS, C. F.; PIAZENSKI, R., ROHDE, L. A. P.; EIZIRIK, C. L. Associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v. 24, n. 5, p. 189-195, oct. 2002.