

**UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

Jefferson Marcelo de Lima Vasques

**DEPRESÃO NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA: um possível caminho para o
suicídio**

TAUBATÉ - SP

2020

Jefferson Marcelo de Lima Vasques

**DEPRESÃO NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA: um possível caminho para o
suicídio**

Trabalho de Graduação apresentado como requisito
para a conclusão do Curso de Graduação em
Psicologia do Departamento de Psicologia da
Universidade de Taubaté.
Orientador: Prof. Drº. Armando Rocha Junior

TAUBATÉ – SP

2020

Grupo Especial de Tratamento da Informação - GETI
Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBi
Universidade de Taubaté - UNITAU

V335d Vasques, Jefferson Marcelo de Lima
Depressão na infância e na adolescência : um possível caminho
para o suicídio / Jefferson Marcelo de Lima Vasques. -- 2020.
53 f.

Monografia (graduação) - Universidade de Taubaté,
Departamento de Psicologia, 2020.

Orientação: Prof. Dr. Armando Rocha Junior, Departamento de
Psicologia, Departamento de Psicologia.

1. Depressão. 2. Ideação suicida. 3. Suicídio. 4. Criança. 5.
Adolescente. Departamento de Psicologia. Curso de Psicologia. II.
Título.

CDD – 155.5

JEFFERSON MARCELO DE LIMA VASQUES

DEPRESSÃO NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA: um possível caminho para o suicídio

Monografia apresentada para obtenção do Título de Psicólogo pelo Curso do Departamento de Psicologia da Universidade de Taubaté.

Orientador: Prof. Dr. Armando Rocha Junior.

Data: 16 de outubro de 2020.

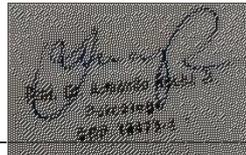
Resultado: 10

BANCA EXAMINADORA

Profº DR. Armando Rocha Junior

Universidade de Taubaté

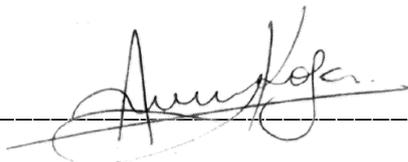
Assinatura _____



Prof^a. Ma. Andreza Cristina Both Casagrande Koga

Universidade de Taubaté

Assinatura _____



Dedico este trabalho a Jesus Cristo, a Doutrina Espírita e a espiritualidade amiga que comigo sempre estiveram iluminando meus caminhos, despertando em minha consciência a chama do amor. A minha família e a minha noiva, pelo apoio, confiança e ternura que sempre tiveram comigo, me concedendo inúmeros aprendizados ao decorrer de minha jornada, ofertando-me um inquebrável alicerce.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Armando Rocha Júnior, pela amizade, pelos momentos de alegria e risadas, bem como a disponibilidade em sempre me ajudar, ofertando-me inúmeros aprendizados e conselhos dos quais jamais esquecerei.

A Prof. Me. Andreza Cristina Both Casagrande Koga, pela amizade, pela atenção, acolhimento, confiança, conselhos e aprendizados que sempre, humildemente, me proporcionou.

“Uma pérola é um templo construído pela dor à volta de um grão de areia. Que nostalgia nos construiu o corpo e à volta de quais grãos?”.

Khalil Gibran

RESUMO

Atualmente mais de 1 milhão de pessoas, em torno do mundo, todos os dias, tiram a própria vida. No Brasil, somente no ano de 2011, o número de suicidas ultrapassou mais de nove mil. Países de baixa e média renda são os que possuem a maior carga numérica de suicídio. Estima-se que cerca de 5% de crianças e adolescentes, em relação a população mundial, sofram de depressão. Em relação a depressão infantil, devido as inúmeras variáveis e semelhanças com outras psicopatologias, torna-se difícil o seu diagnóstico. No que diz respeito a depressão na adolescência, encontra-se, também, barreiras em seu diagnóstico, pois esta fase é marcada por grandes flutuações emocionais e sociais, que podem favorecer o desenvolvimento de quadros depressivos transitórios ou crônicos. A segunda infância ocorre dos 3 aos 6 anos, havendo o crescimento corporal e o desenvolvimento cognitivo da linguagem e da memória. Em relação a terceira infância que ocorre dos 6 aos 11 anos, o desenvolvimento físico é mais lento do que na segunda infância. A adolescência inicia-se aos 11 anos podendo chegar até os 20 anos, trazendo consigo mudanças físicas que alteram os sentimentos dos jovens e as mudanças cerebrais que marcam o início do estágio operatório-formal. Através de uma análise bibliográfica, analisando publicações referentes a depressão na infância e na adolescência e seus possíveis elos com o fenômeno do suicídio, sendo assim, a coleta de dados será obtida através de inúmeros artigos científicos e de forma qualitativa, nas seguintes plataformas: Pepsic, SciELO e BVS, cuja data varia de 2004 a 2020. No que se refere a caracterização do que é e quais são os sintomas da depressão em crianças e adolescentes e como diagnosticá-la em ambas as fases, foi comprovado que os mesmos apresentam humor triste, irritável ou vazio, acompanhando alterações cognitivas e somáticas, afetando, desta forma, o indivíduo como um todo em sua vida. E de acordo com o transtorno disruptivo a principal característica é a desregulação do humor, conseqüentemente a irritabilidade crônica grave e persistente, afetando tanto as crianças como os adolescentes. Ao realizar a identificação acerca se realmente há uma possível ligação entre a depressão e o suicídio de crianças e jovens, ocorreu a comprovação positiva. Os motivos são diversos levando a compreensão de que o suicídio é um fenômeno multifatorial, resultado de uma complexa interação de fatores biológicos, psicológicos e culturais presentes num determinado momento histórico.

Palavras chaves: Depressão. Ideação Suicida. Suicídio. Criança. Adolescente. Tratamento. Prevenção. Habilidades Socioemocionais.

ABSTRACT

Today more than 1 million people around the world take their own lives every day. In Brazil, in 2011 alone, the number of suicide bombers exceeded more than nine thousand. Low and middle-income countries have the highest numerical suicide burden. It is estimated that about 5% of children and adolescents, in relation to the world population, suffer from depression. In relation to childhood depression, due to the numerous variables and similarities with other psychopathologies, its diagnosis is difficult. With regard to adolescent depression, there are also barriers in its diagnosis, as this phase is marked by great emotional and social fluctuations, which can favor the development of transient or chronic depressive conditions. Second childhood occurs from 3 to 6 years old, with body growth and cognitive development of language and memory. In relation to the third childhood that occurs from 6 to 11 years old, the physical development is slower than in the second childhood. Adolescence starts at 11 years old and can reach 20 years old, bringing with it physical changes that alter the feelings of young people and brain changes that mark the beginning of the operative-formal stage. Through a bibliometric analysis, analyzing publications related to depression in childhood and adolescence and their possible links with the phenomenon of suicide. Data collection will be obtained through numerous scientific articles and in a qualitative way, on the following platforms: Pepsic, SciELO and VHL, whose date varies from 2004 to 2020. Regarding the characterization of what it is and what are the symptoms of depression in children and adolescents and how to diagnose it in both phases, it has been proven that they have a sad, irritable or empty mood, accompanying cognitive and somatic changes, thus affecting the individual as a whole in his life. And according to the disruptive disorder, the main feature is mood dysregulation, consequently severe and persistent chronic irritability, affecting both children and adolescents. When making the identification about whether there is really a possible connection between depression and suicide of children and young people, positive evidence has occurred. The reasons are diverse, but we have to understand suicide as a multifactorial phenomenon, the result of a complex interaction of biological, psychological and cultural factors present in a given historical moment.

Key words: Depression. Suicidal Ideation. Suicide. Kid. Teenager. Treatment. Prevention. Socio-emotional skills.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1. PROBLEMA	13
1.2 OBJETIVOS	13
1.2.1 Objetivo Geral	13
1.2.2 Objetivos Específicos	13
1.3 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO	14
1.4 RELEVÂNCIA DO ESTUDO	14
2 REVISÃO DA LITERATURA	15
2.1 Transtornos Depressivos.....	15
2.2 Infância e Adolescência	18
2.3 Depressão na infância e na adolescência	22
2.4 Suicídio na infância e na adolescência	27
2.5 Tratamento	34
2.6 Prevenção	36
3 MÉTODO	40
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	41
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	47
REFERÊNCIAS	49

1 INTRODUÇÃO

Mais de 1 milhão de pessoas todos os dias em torno do mundo tiram a própria vida. No Brasil, somente no ano de 2011, o número de suicidas ultrapassou mais de nove mil. Países de baixa e média renda são os que possuem a maior carga numérica de suicídio (BARROS, 2013).

De acordo com a OPAS/OMS (2018), mais de 300 milhões de pessoas em torno do mundo, das mais diversas idades, são afetadas pelo transtorno depressivo. Estima-se que cerca de 5% de crianças e adolescentes, em relação a população mundial, sofram de depressão (RODRIGUES et al., 2016).

Segundo Papalia (2013), a segunda infância ocorre dos 3 aos 6 anos, havendo o crescimento corporal e o desenvolvimento cognitivo da linguagem e da memória. Em relação a terceira infância que ocorre dos 6 aos 11 anos, o desenvolvimento físico é mais lento do que na segunda infância. A adolescência inicia-se aos 11 anos podendo chegar até os 20 anos, trazendo consigo mudanças físicas que alteram os sentimentos dos jovens e as mudanças cerebrais que marcam o início do estágio operatório-formal.

Em relação a depressão infantil, devido as inúmeras variáveis e semelhanças com outras psicopatologias, torna-se difícil o seu diagnóstico (RODRIGUES et al., 2016). No que diz respeito a depressão na adolescência, encontra-se, também, barreiras em seu diagnóstico, pois esta fase é marcada por grandes flutuações emocionais e sociais, que podem favorecer o desenvolvimento de quadros depressivos transitórios ou crônicos (GROLLI et al., 2017).

De acordo com o DSM-V (2014), os transtornos depressivos dividem-se em oito subgrupos:

[...] transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo maior (incluindo episódio depressivo maior), transtorno depressivo persistente (distímia), transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo devido a outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado (DSM, p. 156, 2014).

Para fins didáticos que correspondem ao enfoque deste trabalho, focar-se-á nos seguintes subgrupos: transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo maior e transtorno depressivo persistente.

De acordo com o DSM V (2014), sintomas relativos ao suicídio, no subgrupo do transtorno depressivo maior, a probabilidade do suicídio é permanente durante o período de crise; já em relação ao transtorno disruptivo, a desregulação do humor, comportamentos suicidas e agressivos devem ser observados no diagnóstico de crianças com irritabilidade crônica.

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Por intermédio de uma análise bibliográfica, foram analisadas publicações referentes a depressão na infância e na adolescência, bem como os possíveis elos desta com o fenômeno do suicídio, em vistas a responder: Qual a relação da depressão com o suicídio entre crianças e adolescentes?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Realizar uma revisão bibliográfica, na base de dados Scielo, Pepsic e BVS, de publicações a respeito da depressão e seus possíveis vínculos com suicídios na infância e na adolescência.

1.2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o que é e quais são os sintomas da depressão em crianças e adolescentes e como diagnosticá-la em ambas as fases;
- Identificar se realmente há uma possível ligação entre a depressão e o suicídio de crianças e jovens;
- Caso haja, identificar quais são os fatores que corroboram para a construção desse ato.

1.3 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

Este estudo se propõe a analisar somente a depressão na infância e na adolescência e a relação desta com o fenômeno do suicídio. Em relação ao transtorno do humor depressivo e do fenômeno do suicídio, não serão analisados aspectos ligados a sociologia e a neurociência.

1.4 RELEVÂNCIA DO ESTUDO

Tendo em vista que, a depressão e o suicídio são problemas de saúde coletiva, afetando, desta forma, inúmeros indivíduos das mais variadas classes sociais, idades e etnias, faz-se imperioso um estudo mais detalhado e aprofundado a respeito das variáveis presentes em ambos.

O interesse por estas temáticas surgiu a partir de um estágio realizado no ano de 2019 em Escola Pública na cidade de Taubaté - SP, no qual tive a honrosa oportunidade de poder colaborar junto ao corpo docente do departamento de Psicologia da UNITAU, em uma intervenção realizada a partir de grupos terapêuticos, cujo enfoque era: depressão, ansiedade e suicídio. Os participantes possuíam a faixa etária de 16 a 18 anos.

A partir desta experiência pude compreender o quão importante é informar e esclarecer a todos, quantos possível, a respeito dos perigos que jazem por debaixo da depressão em crianças e adolescentes, visto que, muitas das vezes ela pode ser o possível fio condutor que os levam ao abismo do suicídio.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Transtornos Depressivos

Estudos recentes apontam que cerca de mais de 300 milhões de pessoas, das mais variadas idades e classes sociais são afetadas pelo transtorno depressivo, o que o torna um problema de saúde coletiva (OPAS/OMS, 2018).

Os transtornos depressivos possuem semelhanças em relação aos sintomas, com os transtornos bipolares e transtornos relacionados, apresentando humor triste, irritável ou vazio, acompanhando alterações cognitivas e somáticas, afetando, desta forma, o indivíduo como um todo em sua vida, porém, o “[...] que difere entre eles são os aspectos de duração, momento ou etiologia presumida” (DSM-V, p. 156, 2014).

Segundo Zimmermann *et al.* (2004), a depressão tem múltiplas causas (doença multifatorial) que poderão corroborar para o aparecimento do transtorno, assim sendo, os fatores genéticos (hereditariedade), fatores biológicos e fatores psicossociais são pilares importantes a estrutura-la.

Além disso, quando a etiologia está correlacionada com alguma perda, normalmente os sintomas tornam-se mais numerosos e duradouros. A perda da sensação de bem-estar, de seu papel tanto na família quanto no trabalho, perda de tempo, de fontes de recursos financeiros, da função sexual, entre outras, são exemplos de inúmeros tipos de perdas. A estes devem ser acrescentados os traços de personalidade do paciente, além de uma eventual predisposição genética para a depressão (Frazão *et al.*, 2011).

Conforme o DSM-V (2014), o transtorno disruptivo da desregulação do humor tem como característica principal a irritabilidade crônica grave e persistente, afetando crianças e adolescentes. As crianças portadoras deste transtorno apresentam os sintomas antes dos 10 anos, todavia, não se pode diagnosticá-los como sendo pertencentes a esta categoria antes dos 6 anos ou após os 18 anos de idade.

Em relação ao seu diagnóstico, deve-se apresentar por mais de doze meses e em pelo menos dois de três ambientes diferentes (p.ex. casa, trabalho, escola e outras atividades) os seguintes critérios:

- A. Explosões de raiva recorrentes e graves manifestadas pela linguagem (p. ex., violência verbal) e/ou pelo comportamento (p. ex., agressão física a pessoas ou propriedade) que são consideravelmente desproporcionais em intensidade ou duração à situação ou provocação.
- B. As explosões de raiva são inconsistentes com o nível de desenvolvimento.
- C. As explosões de raiva ocorrem, em média, três ou mais vezes por semana.
- D. O humor entre as explosões de raiva é persistentemente irritável ou zangado na maior parte do dia, quase todos os dias, e é observável por outras pessoas (p. ex., pais, professores, pares) (DSM-V, p. 156, 2014).

É importante enfatizar que no construto do diagnóstico relativo ao transtorno disruptivo da desregulação do humor, faz-se necessário não o confundir com o transtorno bipolar, cuja semelhança pode propiciar um diagnóstico equivocado (DSM-V, 2014).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5; APA, 2014) aponta os sintomas apresentados para caracterizar um Episódio Depressivo Maior. Os principais sintomas apresentados são: humor deprimido na maior parte do dia, interesse ou prazer acentuadamente diminuídos por todas ou quase todas as atividades, perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta, diminuição ou aumento do apetite, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada, capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se ou indecisão e pensamentos de morte recorrentes, ideação suicida sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometê-lo.

O transtorno depressivo maior é caracterizado por episódios distintos de pelo menos “[...] duas semanas de duração...envolvendo alterações nítidas no afeto, na cognição e em funções neurovegetativas, e remissões interepisódicas” (DSM-V, p. 156, 2014).

Em relação aos critérios diagnósticos deve-se apresentar pelo menos 5 dentre os 9 critérios pertinentes ao transtorno depressivo maior, com ênfase no humor deprimido, perda de interesse ou prazer e tendo a duração de duas semanas (DSM-V, 2014).

A persistência durante dois anos do transtorno depressivo maior, terá como consequência o diagnóstico do transtorno depressivo persistente (distímia), portanto,

irá se tornar crônico. “Os indivíduos com transtorno depressivo persistente descrevem seu humor como triste ou “na fossa” (DSM-V, p. 169, 2014).

O transtorno depressivo persistente (distímia) tem como característica principal: “[...] humor depressivo que ocorre na maior parte do dia, na maioria dos dias, por pelo menos dois anos, ou por pelo menos um ano para crianças e adolescentes (DSM-V, p. 169, 2014).

De acordo com o DSM (2014), sintomas relativos ao suicídio, no subgrupo do transtorno depressivo maior a probabilidade do suicídio é permanente durante o período de crise; já em relação ao transtorno disruptivo da desregulação do humor comportamentos suicidas e agressivos devem ser observados no diagnóstico de crianças com irritabilidade crônica.

De acordo com Silveira *et al.* (2011), os sintomas da depressão são muito variados, indo desde sensações de tristeza, passando pelos pensamentos negativos até as alterações da sensação corporal como dores e enjoos. Contudo, para se fazer o diagnóstico é necessário um grupo de sintomas centrais: perda de energia ou interesse; humor deprimido; dificuldade de concentração; alterações do apetite e do sono; lentificação das atividades físicas e mentais; sentimento de pesar ou fracasso.

Os sintomas corporais, conforme Silveira *et al.* (2011), mais comuns são sensação de desconforto no batimento cardíaco, constipação, dores de cabeça, dificuldades digestivas. Períodos de melhoria e piora são comuns, o que cria a falsa impressão de que se está melhorando sozinho quando durante alguns dias o paciente sente-se bem.

A depressão é uma doença que se caracteriza por afetar o estado de humor da pessoa, deixando-a com um predomínio anormal de tristeza (Silveira *et al.*, 2011). Sendo assim, todas as pessoas, homens e mulheres, de qualquer faixa etária, podem ser atingidas, porém, mulheres são duas vezes mais afetadas que os homens. Em crianças e idosos a doença tem características particulares, sendo a sua ocorrência em ambos os grupos também frequente (Silveira *et al.*, 2011).

O transtorno depressivo, nem sempre nos mostra uma clareza sobre quais acontecimentos da vida levaram a pessoa a ficar deprimida, diferentemente das reações depressivas normais e das reações de ajustamento depressivo, nas quais é possível localizar o evento desencadeador (Moreira *et al.*, 2003).

As causas de depressão são múltiplas, de maneira que, somadas podem iniciar a doença. Deve-se a questões constitucionais da pessoa, com fatores genéticos e neuroquímicos (neurotransmissores cerebrais) somados a fatores ambientais, sociais e psicológicos, como: estresse, estilo de vida, acontecimentos vitais – crises e separações conjugais, morte na família, climatério, crise da meia-idade, entre outros (Silveira *et al.*, 2011).

Conforme Frazão *et al.* (2011), a depressão é um problema psicológico importante, uma vez que pode progredir para o suicídio. Pessoas depressivas podem se tornarem desanimadas e desesperadas e, muitas vezes, por essas razões ou por falta de orientação, abandonam o tratamento ou negligenciam os cuidados que deveriam ter (ZIMMERMANN *et al.*, 2004).

Conforme a OPAS/OMG (2018), compreendemos que a depressão é o resultado de diversos fatores sociais, psicológicos e biológicos que interagem entre si. Ocorre também uma correlação entre a depressão e a saúde física, como por exemplo: doenças crônicas podem levar a depressão e vice e versa. Os indivíduos que passaram por situações adversas durante a vida (pandemia, estresse, luto, desemprego, trauma psicológico etc.) são os mais predispostos a desenvolver a depressão.

2.2 Infância e Adolescência

A família é considerada o microsistema mais importante para o desenvolvimento dos indivíduos e suas funções primordiais residem na sobrevivência e na socialização primária das crianças e adolescentes. É um espaço de transmissão de valores, crenças, significados, conhecimentos agregados ao longo das gerações e promotores do engajamento da criança em diversas interações com outras pessoas, símbolos e objetos, possibilitando, deste modo, o desenvolvimento de competências cognitivas, afetivas e sociais (SILVA; SILVA, 2014).

Em vista disso, sob o ponto de vista social e cultural, os pais e as mães têm a responsabilidade de oportunizar o desenvolvimento e o bem-estar dos filhos, ambos podendo ser facilitados pela comunicação estabelecida entre eles e pelas interações que envolvem afeto, reciprocidade, estabilidade e confiança (SILVA; SILVA, 2014).

Nessa pesquisa será estudada a faixa etária de 3 aos 20 anos. Correlacionando com a teoria Sistêmica, podemos colocar que a fase de aquisição, faz referência a fase da infância. Assim sendo, esta fase é caracterizada como sendo a inicial, isto é, período no qual há o predomínio de adquirir, em todos os aspectos: material, emocional e psicológico (BERTHOUD; BERGAMI, 1997).

O conceito de infância e adolescência é uma invenção própria da sociedade industrial, ligado às leis trabalhistas e ao sistema educacional que torna o jovem dependente dos pais. Esse processo que se iniciou nas classes sociais mais abastadas estendeu-se para toda a sociedade e se impôs como um modelo que atingiu toda a organização social. A criança foi, então, excluída do mundo do trabalho e de responsabilidades; foi separada do adulto, não participando mais de atividades nas quais até então a sua presença era usual, sendo assim, como consequência a criança adquiriu um status de pura, assexuada e inocente (SALLES, 2005).

Conforme vemos na sociedade moderna, com suas condições materiais e simbólicas específicas, a criança, o adolescente e o jovem adquiriram um *status* de dependentes, não responsáveis jurídica, política e emocionalmente. A criança vai à escola, brinca, mora com a família, é feliz e não tem responsabilidades. Socialmente, fundamenta-se a concepção de que as crianças e os adolescentes devem ser disciplinados para se tornarem adultos (SALLES, 2005).

Segundo Papalia (2013), a segunda infância ocorre dos 3 aos 6 anos, havendo durante este período o crescimento corporal e o desenvolvimento cognitivo da linguagem, memória, bem como a imersão da criança no universo simbólico através do brincar – fato que será de suma importância para o desenvolvimento de sua identidade.

Em relação a terceira infância que ocorre dos 6 aos 11 anos, o desenvolvimento físico é mais lento do que na segunda infância, porém durante este estágio:

As crianças são menos egocêntricas do que antes e mais competentes para tarefas que requerem raciocínio lógico, como relações espaciais, causalidade, categorização, raciocínios indutivo e dedutivo e conservação. Contudo, o raciocínio é amplamente limitado ao aqui e ao agora (PAPALIA, 2013, p. 351, 2013).

Neste estágio os transtornos emocionais e comportamentais mais comuns são: transtornos da conduta, transtornos de ansiedade e depressão infantil (PAPALIA, 2013).

Atualmente, não existe um conceito absoluto e universal que defina a adolescência. Contudo, dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) revelam que:

[...] esta etapa do desenvolvimento humano corresponde ao período que inicia aos 10 e se estende até os 19 anos de idade e, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei n.º. 8.069, de 13 de junho de 1990), começa aos 12 até os 18 anos, marcado por várias mudanças físicas, cognitivas e psicossociais (Brasil, 1990). Do ponto de vista biológico, inúmeras transformações são vivenciadas pelo adolescente em nível hormonal, conduzindo-o a um processo de maturação sexual. Neurologicamente, o indivíduo passa por mudanças nas estruturas neuronais envolvidas com as emoções, o julgamento e o autocontrole, levando-o a processar as informações e emoções de forma diferente do adulto (PAPALIA, OLDS, & FELDMAN, 2010; PFEIFER *et al.*, 2011, apud (GROLLI *et al.*, pg. 89, 2017).

Sendo assim, para Papalia (2013), a adolescência inicia-se aos 11 anos podendo chegar até os 20 anos, trazendo consigo mudanças físicas que alteram os sentimentos dos jovens e mudanças cerebrais que marcam o início do estágio operatório-formal, onde haverá o desenvolvimento de habilidades no processamento de informações e o desenvolvimento linguístico e moral, e em âmbitos psíquicos há a transformação da imagem corporal.

Devido aos inúmeros fatores sociais, culturais, familiares e físicos presentes na adolescência, há uma probabilidade alta dos adolescentes desenvolverem os seguintes transtornos: transtorno depressivo, transtornos de ansiedade, e transtornos da alimentação como a anorexia nervosa e a bulimia nervosa (PAPALIA, 2013).

De acordo com Amaral *et al.* (2016), a adolescência é caracterizada como um período de transição da infância para a juventude, cujo tempo de duração oscila de acordo com os fatores sociais, culturais e econômicos.

Desta forma, outrora as fases cíclicas do desenvolvimento possuíam tempo cronológico e causal claro, porém, na atualidade começa a ocorrer um processo de alongamento dessas fases, o que está, entre outros fatores, associado às dificuldades cada vez maiores de obtenção de emprego e ao prolongamento do estudo” (SALLES, 2005).

Ainda em relação a adolescência, ocorre um fenômeno chamado de alinhamento de crises evolutivas, causado em todo o sistema familiar, que é a caracterização da família na fase adolescente (BERTHOUD, 2002). Portanto, em relação a adolescência:

Pode ser caracterizada por crises evolutivas que geram transformações, isto é, uma forte necessidade de mudanças e readaptações familiares, tornando assim, um movimento complexo e homeostático, que além dos filhos, os pais também estão vivenciando um processo de transformação (AMARAL *et al.*, p. 4, 2016).

Neste sentido, compreende-se que a “[...] criança e ao adolescente, com seus modos específicos de se comportar, agir e sentir, só podem ser compreendidos a partir da relação que se estabelece entre eles e os adultos” (SALLES, p. 33, 2005).

O ciclo da fase adolescente nas famílias é sempre um período que gera expectativas, anseios e insegurança. Em tempos passados esta fase era pré-concebida como um período de rebeldia e problemas tradicionalmente estabelecidos, com foco exclusivo no filho adolescente. O que se constata é que a sociedade se modifica a cada geração, e viver a adolescência não é exclusividade do filho púbere, pois atinge a toda a família (CARTER; MCGOLDRICK, 1995; CERVENY, 2002).

Na dimensão psicossocial, o adolescente se depara com situações diferentes, relacionadas à formação da identidade, por exemplo: no início da adolescência as variações de humor são comuns, mas tendem a estabilizar. Durante este processo de busca pela identidade, tornam-se frequente os conflitos e desentendimentos familiares, podendo ser um momento de bastante dificuldade para o adolescente. Autores explicam que este período pode ser identificado como turbulento, uma vez que, o jovem atravessa uma série de mudanças físicas e sociais que repercutem também no âmbito psicoafetivo. Por isso, os profissionais da saúde mental devem avaliar a presença de sintomas psicopatológicos e aspectos comórbidos, para intervir com adolescentes de forma efetiva (GROLLI *et al.*, 2017).

2.3 Depressão na infância e na adolescência

A Organização Mundial de Saúde (2018), é enfática ao afirmar que em 2020 a depressão, listada entre os transtornos dissociativos, seria a maior causa de incapacidade humana, superada somente por doenças cardiovasculares. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2013), dentre os brasileiros com depressão, 52% fazem uso de medicamentos no tratamento da doença e apenas 16,4% tem acompanhamento psicoterapêutico.

Conforme vemos em Cremasco e Baptista (2017), no mundo contemporâneo muito se fala e estuda acerca de doenças de caráter psicológico. O fomento deste grande interesse deve ater-se ao fato de que tais distúrbios são apontados como uma das principais causas de prejuízo funcional e suicídio ao redor do globo.

A depressão é um transtorno mental comumente encontrado na população geral, com perspectivas futuras de ser a principal causa de incapacidade mental no mundo em 2030 (OMS, 2018). De modo geral, a doença é considerada como um conjunto de sintomas psicológicos e fisiológicos, que podem se apresentar de forma episódica ou contínua, com intensidade que varia de leve a severa (CREMASCO; BAPTISTA, 2017).

No século passado, em meados de 1970, acreditava-se que a criança não poderia se deprimir, pois apresentava uma personalidade imatura. Existia uma tendência subjetiva de se excluir as crianças de diagnósticos relacionados a transtornos de humor, já que era natural pensar a infância como um período feliz, livre de preocupações ou de responsabilidades. No entanto, estudos demonstram que sua prevalência é significativa em crianças e que 0,4 a 3% desenvolvem a presente patologia (ANTUNES *et al.*, 2016).

Atualmente a depressão na infância e na adolescência tem sido um tema de crescente preocupação entre os profissionais da saúde, visto que, o olhar clínico para a sensibilidade, em torno do seu diagnóstico e tratamento vem aumentando nos últimos anos. A depressão infantil tem como características fundamentais os seguintes sintomas expressivos: a agressividade, a tristeza e irritabilidade que podem sofrer alterações diante da amplitude e constância da sua duração (ANTUNES *et al.* 2016).

Nos dias atuais o impacto dos sintomas depressivos infantis é um fato aceito pela comunidade científica, entretanto, alguns pontos permanecem em discussão. Não há de modo eficaz um consenso entre os pesquisadores em relação aos critérios diagnósticos de depressão para crianças, uma vez que, a definição e as características principais e diferenciais ainda não são claras. A identificação de sintomas e a atribuição de um diagnóstico pode ser mais difícil em crianças e adolescentes do que em adultos, pois pessoas mais jovens podem ter dificuldades em perceber e descrever sintomas (GOMES *et al.*, 2013).

São inúmeras as dificuldades no diagnóstico de depressão infantil, essas parecem estar associadas às peculiaridades da manifestação da doença, e somadas às dificuldades das crianças de expressarem seus problemas e sentimentos. Os sintomas depressivos apresentados pelas crianças e adolescentes são agregados repetidamente a dano do comportamento social e baixos rendimentos acadêmicos; essas manifestações raramente estão associadas a um diagnóstico depressivo (ANTUNES *et al.*, 2016).

A associação entre depressão infantil e desempenho escolar tem sido avaliada por alguns estudos. As pesquisas não descrevem uma relação causal entre as duas variáveis, não deixando claro se a depressão ocasiona uma queda no rendimento escolar da criança ou o contrário, se uma dificuldade escolar conduziria a sentimentos depressivos. Quando a criança se depara no processo depressivo a mesma passa a não acreditar em seu potencial, apresentando baixo rendimento escolar, potencializando, assim, os sintomas depressivos e não se sente eficiente nas suas atividades (RODRIGUES *et al.*, 2016).

É constatado que perante as dificuldades apresentadas pela criança, ocorre uma negligência por parte dos pais, isto é, não procuram pelo tratamento adequado. A família da criança com transtornos de humor, frente aos sintomas aparentes, pode subestimar a doença do filho, preferindo ignorá-la e/ou desconfiar da veracidade dos sintomas percebidos, desacreditando-os e minimizando sua “ameaça” física e social. No entanto, considera-se que uma detecção precoce visa melhorar a resposta ao tratamento e o prognóstico deferido. No que tange a relação da família frente à doença instalada, podem ser notadas duas reações comuns: a incredulidade na doença e a conseqüente não procura de tratamento, ou a percepção rápida da mesma e

concomitantemente, a procura por atendimento especializado (ANTUNES *et al.*, 2016).

No processo diagnóstico para transtornos depressivos, além da avaliação criteriosa dos sintomas depressivos e dos transtornos associados na criança, a investigação da presença de depressão nos pais/ cuidadores é fundamental. As taxas de diagnóstico de depressão e de ansiedade em filhos de pais depressivos aumentam marcadamente (SANTOS; KRIEGER, 2014).

A depressão parental pode se manifestar como dificuldade em estabelecer rotinas para a criança na alimentação, no sono e na colocação de limites, visitas frequentes a médicos, pouca estimulação motora, além da indisponibilidade afetiva. Mães deprimidas tendem a aumentar os sintomas em seus filhos, o que pode estar associado à sintomatologia da mãe, e não propriamente à da criança (SANTOS; KRIEGER, 2014).

Segundo Pinto *et al.* (2015), foi visto que ocorrem diversificadas condutas na infância em que são altamente prevalentes e tendem a ocorrer múltiplos tipos de experiências adversas, estando associada a consequências negativas em diferentes dimensões, que incluem problemas físicos, psicológicos, cognitivos, comportamentais, sociais e emocionais. Pode se verificar a indicação de quatro ou mais tipos de experiências adversas na infância ou adolescência com mais de 46% de probabilidade de vir a sofrer de depressão (PINTO *et al.*, 2015).

Após uma verificação sistemática foi constatado que a relação positiva entre a adversidade e a depressão é empiricamente consensual, ou seja, quanto maior o número de experiências adversas (fatores de risco) vivenciadas, maior o risco de se desenvolver uma perturbação depressiva. Além disso, seu grau de severidade também aumenta. As investigações são também consistentes quanto ao fato de as experiências adversas constituírem um fator de risco para tentativas de suicídio. Em suma, a literatura sugere que o impacto das experiências adversas na infância e na adolescência sobre o índice de depressão e tentativas suicidas é significativo, cumulativo e destrutivo (PINTO *et al.*, 2015).

De acordo com Cardoso *et al.* (2018), verificamos que os fatores de proteção são características individuais (recursos pessoais) e/ou contextuais (recursos ambientais) que fortalecem e dão suporte ao indivíduo no enfrentamento de diferentes

eventos da vida. São exemplos de fatores de proteção: autonomia, autoestima, bem-estar subjetivo, competência emocional, afetos positivos, o apoio social, coesão familiar, entre outros. Os fatores de risco, por sua vez, constituem eventos e características negativas que atuam como sinalizadores de problemas emocionais, físicos e sociais ao longo do ciclo vital. São exemplos de fatores de risco: falta de apoio familiar, baixo nível socioeconômico, experiências de vitimização, etc.

Dentre os fatores individuais, as características psicológicas, como otimismo, autoestima, esperança, auto eficácia e bem-estar, apresentam-se como importantes mecanismos protetivos para o desenvolvimento pessoal saudável, apontando, ainda, a associação entre níveis elevados de auto eficácia e de satisfação com a vida durante a adolescência (CARDOSO *et al.*, 2018).

Em relação aos aspectos contextuais, Cardoso *et al.* (2018), apresentam uma percepção positiva do suporte social e familiar, por exemplo, a família pode atuar como um importante fator de proteção para os jovens, contribuindo para o aumento da sua autoestima e do seu bem-estar físico e psicológico. Em contrapartida as dificuldades no ambiente familiar se configuram como importantes fatores avessos, ou seja, negativos, podendo apresentar problemas de comportamento, como abuso de substâncias, delinquência, evasão e insatisfação escolar, entre outros, indicando a importância desse contexto para o desenvolvimento positivo do jovem.

Dentre os inúmeros prejuízos que os adolescentes com sintomas depressivos poderiam apresentar, devem ser sinalizados as dificuldades de interação social, pois podem sofrer rejeições de seus pares, sentirem-se sozinhos e com um repertório comportamental deficitário. O adolescente se encontra inserido em um mundo marcado por ambiguidades, instabilidades e contradições, o que pode facilitar, por sua vez, o surgimento de psicopatologias (CARDOSO *et al.*, 2018; GROLLI *et al.*, 2017).

Uma alternativa preventiva para o desenvolvimento de transtornos mentais é a disponibilidade dos pais para conversarem com seus filhos a respeito das emoções destes, promovendo um espaço para a discussão e resolução de problemas. Quando ocorre o dialogo familiar sobre as emoções, um aprende com o outro a dar nome aos sentimentos, facilitando o acesso dos pais aos jovens e criando uma relação de confiança para expor as suas emoções (GROLLI *et al.*, 2017).

Segundo Gomes *et al.* (2013), as crianças e os adolescentes deprimidos tendem a apresentar consequências, tais como outros transtornos psiquiátricos, maior do que aquela constatada em adultos deprimidos.

Uma vez realizado o diagnóstico, deve-se estar atento às possíveis comorbidades associadas, isto é, a presença de transtornos associados é a regra em psiquiatria da infância e da adolescência. Aproximadamente 40 a 90% dos jovens com transtorno depressivo podem ter outros transtornos, e mais de 50% têm duas ou mais comorbidades diagnósticas. As comorbidades mais comuns ao transtorno depressivo são os transtornos de ansiedade, transtornos disruptivos (Transtorno de Oposição e Desafio e Transtorno de Conduta), Transtorno de Déficit de Atenção e de Hiperatividade (TDAH), bem como o uso de substâncias tóxicas (SANTOS; KRIEGER, 2014).

A avaliação detalhada auxilia no entendimento dos transtornos associados, afinal geralmente esses outros transtornos precedem o início dos sintomas depressivos, sendo a ansiedade o mais comum deles. Por exemplo, crianças que possuem um histórico de ansiedade de separação apresentam risco aumentado para o desenvolvimento de sintomas depressivos na adolescência. Em relação ao TDAH, existe um histórico de sintomas frequentes desde a pré-escola, de hiperatividade, de desatenção e de impulsividade. Além disso, os sintomas depressivos podem intensificar sintomas preexistentes (SANTOS; KRIEGER, 2014).

Em jovens com quadro depressivo leve ou moderado, com moderada redução psicossocial e ausência de psicose ou de risco de suicídio clinicamente significativa, pode-se iniciar o tratamento com psicoeducação, suporte e manejo dos estressores ambientais na família e na escola. Faz-se necessário observar a resposta desse tipo de manejo após 4 a 6 semanas para avaliar êxito ou necessidade de outro tipo de intervenção. Naqueles com episódios depressivos mais severos, frequentemente é necessário tratamento medicamentoso associado a psicoterapia (SANTOS; KRIEGER, 2014).

2.4 Suicídio na infância e na adolescência

A morte autoprovocada de adolescentes tem crescido em todo mundo, segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), ainda é bem pouco discutida, e vista quase como um tabu. No Brasil, a taxa de crescimento de casos de suicídio na faixa etária de 10 a 14 anos aumentou 40% em dez anos e 33,5% entre adolescentes de 15 a 19 anos. Em média, dois adolescentes tiram a própria vida por dia, segundo pesquisas (CARTILHA DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE –OMS-, 2017).

O suicídio se caracteriza como problemática de saúde pública em todo o mundo. Segundo a OMS estima-se que por ano cerca de um milhão de pessoas percam a vida em decorrência do suicídio, o que equivale a uma morte a cada 40 segundos. Visto que esses dados podem ser ainda maiores, considerando que pode haver casos onde o motivo da morte seja velado, por inúmeras razões tais como questões culturais, religiosas ou mesmo pelo tema ainda ser encarado como tabu na sociedade (MAGNANI; STAUDT, 2018).

Em 2012, esta foi a segunda maior causa da morte em jovens entre 15 e 29 anos em todo o mundo e ainda no mesmo ano, revelou que no Brasil há um índice de seis suicídios por 100 mil habitantes, enquanto que esta média no continente americano é de 8,9. No país as taxas de mortalidade por suicídio ainda são consideradas baixas em comparação a outros países (OMS, 2018). Entretanto, ao observar o aumento mundial nos índices de suicídio, o Brasil obteve uma elevação de cerca de 21% no aumento dos casos de suicídio nos últimos vinte anos, o que reitera a necessidade de se pensar em estratégias de enfrentamento frente a essas situações (MAGNANI; STAUDT, 2018).

Segundo dados obtidos, no ano de 2012, aproximadamente 9.198 homens cometeram suicídio no Brasil, o que equivale a 9,4 mortes para cada 100 mil habitantes, em contrapartida em relação as mulheres o número de casos foi de 2.623, o que corresponde a 2,5 mortes a cada 100 mil habitantes, gerando um total de 11.821 mortes por suicídio no ano informado. Verificando que, quando se trata de mulheres, o número de casos é maior no que se refere ao planejamento e tentativa de suicídio, mas o sexo masculino é o que apresenta o maior número de casos de suicídio consumado, dado que os métodos utilizados pelos homens tendem a ser mais letais que os usados pelas mulheres. (CREMASCO; BAPTISTA, 2017).

Em nove capitais brasileiras, o suicídio ocupa o sexto lugar entre as mortes por causas externas, de 15 a 24 anos. Entre 1996 e 2000, de todos os suicídios registrados em São Paulo, 66% dos indivíduos tinham entre cinco e 44 anos. Apesar das taxas de suicídio entre jovens serem ainda relativamente baixas no Brasil (em comparação a outras faixas etárias), entre 15 e 24 anos foi observado um significativo aumento no número de suicídios (KUCZYNSKI, 2014).

Em relação aos dados nacionais sobre suicídio ocorre uma omissão, ou seja, não ocorre de maneira eficaz as notificações, havendo apenas altas taxas de subnotificações, podendo ser em decorrência de diversos fatores como por exemplo a família que pede a alteração na certidão de óbito até a existência de cemitérios clandestinos. A constatação de taxas amplamente variáveis de incidência de tentativas de suicídio podem refletir a menor procura por atendimento e a provável ausência de um diagnóstico adequado (KUCZYNSKI, 2014).

De acordo com estudo epidemiológico de suicídio no Brasil entre 1980 e 2000, é praticamente nulo o conhecimento sobre as taxas de tentativas de suicídio ocorridas, o que de fato acontece em muitos outros países. Estima-se que, na maioria dos países europeus, o número de tentativas seja de 10 a 40 vezes maior em relação ao de mortes por suicídio (KUCZYNSKI, 2014).

No Brasil, o suicídio é a terceira maior causa de morte na faixa etária de 15 a 24 anos, depois dos acidentes e homicídios. Ainda que a taxa de suicídio do Brasil seja mais baixa que a de outros países da América, entre 2002 e 2012, houve um aumento de 15,3% do suicídio de jovens. Embora o suicídio seja definido como um ato deliberado do indivíduo de pôr fim à própria vida, o processo que leva ao suicídio antecede este ato consumado, abarcando outros comportamentos. Por isso, indica-se o termo comportamento suicida para designar a complexidade deste processo, que pode variar das ideações/pensamentos suicidas para planejamentos e tentativas de autodestruição, até o ato consumado (COUTO; TAVARES, 2016).

Existe uma estimativa de que para cada suicídio consumado existam de 10 a 20 tentativas anteriores de acabar com a própria vida, o que exige atenção das equipes de saúde e das famílias, considerando que o suicídio não se trata de uma decisão repentina, onde o sujeito manifesta sinais sobre este pensamento (MAGNANI; STAUDT, 2018).

Mesmo o tema suicídio fazendo parte da história da humanidade, ainda é tratado pela população em geral com estigma, preconceito, mitos e tabus. Contudo, o suicídio deve ser compreendido como um fenômeno multifatorial e resultado de uma complexa interação de fatores biológicos, psicológicos e culturais presentes num determinado momento histórico. Atos e intenções suicidas não devem ser analisados como algo que tem uma fonte causal única e interna (genética/biológica) ao indivíduo (LEME *et al.*, 2019).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de 800 000 pessoas do mundo morreram, em 2016, devido ao suicídio. É a segunda principal causa de morte entre indivíduos de 10 a 24 anos e se caracteriza como um problema de saúde pública global. O Brasil foi o oitavo país em número de suicídios em 2016, foram registradas 11.433 mortes, sendo que, esse número representa um crescimento de 2,3% em relação ao ano anterior (OMS, 2018).

No que se refere a adolescência ela exige maior atenção quanto aos aspectos de saúde e proteção, visto que, é um período de mudanças significativas marcada por transformações físicas e psicológicas, configurando-se como um momento adverso ao jovem e a sua família (MAGNANI; STAUDT, 2018).

Esta fase do ciclo vital (adolescência) possui características peculiares que são compreendidas como típicas deste período, tais como frequência nas flutuações de humor e o comportamento impulsivo. Estas características quando não monitoradas e devidamente acompanhadas podem fazer com que os jovens acabem por colocar-se em situações de risco (MAGNANI; STAUDT, 2018).

Em crianças e adolescentes, o comportamento suicida envolve pensamentos relacionados a provocar intencionalmente danos ou a morte autoinfligidos (ideação suicida) e atos que causem danos (tentativa de suicídio) ou a morte (suicídio) (KUCZYNSKI, 2014).

Sabemos que é na adolescência que o jovem busca apropriar-se de seu papel social. É neste momento de construção de identidade, que o adolescente procura maior aceitação em grupos sociais, podendo adotar certas condutas para isso. Não é raro que nesta fase aconteça o início da experimentação do novo, tais como o uso de drogas e o início da vida sexual. Em decorrência desse processo, podem surgir

dificuldades nessa fase, gerando angústias e sentimentos diversos (MAGNANI; STAUDT, 2018).

Em todos os países e grupos culturais o suicídio é menos frequente na infância e na adolescência antes dos quinze anos de idade, com aumento de sua incidência no final da adolescência e no início da terceira década, configurando a terceira causa de morte de adolescentes e jovens adultos. Crianças e adolescentes que cometem ou tentam (sem êxito) o suicídio apresentam algumas características em comum: um terço dos que atingem seu intento apresenta histórico de tentativas anteriores, e quem executa essas tentativas pertence a um grupo de maior risco de suicídio bem-sucedido (KUCZYNSKI, 2014).

O quadro de emergência psiquiátrica mais comum entre adolescentes é o comportamento suicida, das crianças e adolescentes que recorrem aos serviços de pronto atendimento por motivos psiquiátricos, mais de 75% está acima de 13 anos (predomina o sexo feminino), sendo que 50% envolvem tentativa de suicídio ou alterações do comportamento. Além do crescente aumento de mortes por suicídio, as tentativas de suicídio são duas vezes mais prevalentes no sexo feminino, quando comparadas aos homens (KUCZYNSKI, 2014).

O suicídio é uma das maiores causas de mortalidade no mundo, especialmente, entre os jovens. Com sua crescente prevalência, esta condição tem sido considerada uma questão de saúde pública. Um estudo epidemiológico de prevalência descreveu variações interculturais e por faixa etária, no qual registrou que, de modo geral, a prevalência de mortes por suicídio é mais elevada nos países da Europa Oriental, mas baixa em países das Américas Central e do Sul. Tradicionalmente, a taxa de mortalidade por suicídio sempre foi maior entre adultos (ALMEIDA *et al.*, 2013).

O transtorno depressivo acomete mais sujeitos do sexo feminino e é apontado na literatura como altamente relacionado ao suicídio. Além disso, a doença acarreta grande sofrimento e interfere diretamente na qualidade de vida dos indivíduos, podendo ocasionar tentativas de suicídio ou o suicídio propriamente dito. Estima-se que ocorra um aumento de suicídios para mais de 1,5 milhões de pessoas anualmente, tornando a temática um dos grandes problemas de saúde pública em nível mundial (OMS, 2018).

O comportamento suicida é compreendido a partir de três classificações: ideação, tentativa e ato consumado. A ideação suicida consiste no pensamento de acabar com a própria vida, variando entre ideia e planejamento. Destaca-se que a ideação é o primeiro indicativo de suicídio e que este pode vir a tornar-se um ato consumado, ao identificar a existência da ideação suicida, pode-se atuar de modo preventivo. A tentativa se caracteriza pelo comportamento autodestrutivo onde não se efetiva o dano letal, a OMS alerta para a importância do cuidado e atenção ao indivíduo após uma tentativa de suicídio, uma vez que este comportamento tende a se repetir, para isso deve-se acionar a rede de saúde e o núcleo familiar do sujeito em risco. O suicídio, por sua vez, é o comportamento autodestrutivo consumado (MAGNANI; STAUDT, 2018; OMS, 2018).

Ocorre uma relação estreita entre a depressão e o suicídio, já que o comportamento suicida pode ser considerado como um dos sintomas do transtorno depressivo. O comportamento suicida é caracterizado como a preocupação, desejo ou ato que tem como objetivo gerar dano para o próprio sujeito, sendo que as ideias, desejos suicidas (ideação suicida), os comportamentos suicidas sem morte ou até mesmo os suicídios que foram consumados fazem parte deste quesito. À ideação suicida tem sido apontada como um dos preditores para a verificação dos riscos para o suicídio propriamente dito, podendo atingir diferentes populações, inclusive a de estudantes universitários (CREMASCO; BAPTISTA, 2017).

A tentativa de suicídio, com o intuito claro de morte ou como instrumento de manipulação dos demais, se define pela prática de um ato com a crença de ser capaz de se matar, sem sucesso fatal. (CREMASCO; BAPTISTA, 2017).

Para se estimar o risco de suicídio é importante realizar uma avaliação não só dos fatores de risco, como também dos indicadores de proteção, de modo que a prevenção ocorra a partir do reforço dos fatores de proteção, bem como da redução dos fatores de risco. Assim sendo, os motivos para viver têm sido considerados como um amortecedor frente a situações estressantes, nesse sentido, relações significativas, a satisfação com a vida e a existência de motivos para viver se constituem como indicadores de proteção em relação ao suicídio. Desse modo, poucos motivos para viver podem estar associados à comportamentos de risco como, por exemplo, ideação suicida, tentativas de suicídio, bem como o suicídio consumado (CREMASCO; BAPTISTA, 2017).

Como fatores de proteção, a OMS atenta para condições satisfatórias de qualidade de vida, como acesso a serviços de saúde e saneamento, inserção social e relacionamento harmonioso com família e rede social significativa. Por outra via, os fatores que contribuem para a ideação suicida são diversos e podem considerar condições socioeconômicas, biológicas e emocionais, sendo mais comum ocorrer quando há algum tipo de transtorno mental, especialmente quando não existe acompanhamento profissional especializado. Lembrando que crianças e adolescentes que sofrem de alguma doença mental estão mais expostas a riscos à saúde (MAGNANI; STAUDT, 2018).

Estudos têm identificado, de modo sistemático, um conjunto de indicadores de risco pessoais, ambientais e sociais associados a maiores índices de atos/intenções suicidas com adolescentes e jovens, a saber: ideação suicida; tentativa prévia; transtorno mentais (depressão, ansiedade); impulsividade; rigidez cognitiva; uso de drogas lícitas/ilícitas; relações interpessoais conflituosas com familiares, pares e parceiros românticos, desesperança; exposição à violência na família (abuso físico e sexual) e na comunidade (*bullying* e homofobia); pobreza; percepção precária de suporte familiar e social; ausência de serviços públicos de saúde mental (LEME *et al.*, 2019).

Entretanto, conhece-se menos sobre indicadores de proteção individuais e contextuais do suicídio na transição para a vida adulta, sendo que, destacam-se: autoeficácia; autoestima; sentido de vida; habilidades sociais e de vida (empatia, comunicação eficaz, assertividade, lidar com estresse e resolução de problemas); integração e bom convívio com familiares, pares e parceiros românticos; religiosidade; percepção de apoio social da família, amigos e comunidade; acesso aos serviços públicos de saúde mental (LEME *et al.*, 2019).

Na atualidade as pesquisas têm evidenciado que os espaços educativos (escolas e universidades) apresentam características por relações interpessoais individualistas e competitivas, práticas discriminatórias e pela “medicalização” dos processos de ensino e aprendizagem, isto é, as dificuldades relacionadas à aprendizagem são tratadas muitas vezes com uso abusivo de medicamentos psicotrópicos, sem considerar aspectos relacionais, sociais e políticos. (LEME *et al.*, 2019).

Essa conjuntura inviabiliza o surgimento de recursos protetores do suicídio, leva ao sofrimento psíquico, prejudica padrões de sociabilidade pautados por solidariedade e diminui o sentido de vida e o bem-estar geral da pessoa. Evidencia-se, portanto, a necessidade de não só prevenir o suicídio como também propiciar condições de promoção da saúde mental dessa população (OMS, 2018).

Uma alternativa alinhada ao Plano de Ação em Saúde Mental 2015-2020, proposto pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2016) para a prevenção do suicídio, é investir em ações que promovam relacionamentos saudáveis e ampliem conhecimentos sobre diversidade sexual e ético-racial, questões de gênero e direitos humanos com a comunidade escolar e universitária. Uma maneira de atuar nessa direção é melhorar a qualidade das relações interpessoais por meio do desenvolvimento e ampliação das habilidades sociais e de vida (OMS, 2018).

Comportamentos agressivos e impulsivos estão presentes não só em indivíduos com depressão maior, mas também em vítimas de suicídio que apresentavam outros diagnósticos, tais como abuso de substâncias. Os indivíduos poliusuários de drogas apresentam maior propensão ao suicídio, assim como, o uso de álcool isoladamente contribui para tal comportamento. Em relação as drogas ilícitas, homens com ideação suicida parecem ser mais suscetíveis do que homens sem ideação suicida para satisfazer critérios de uso de cocaína (ALMEIDA *et al.*, 2013).

A avaliação dos fatores associados ao comportamento suicida nos adolescentes é importante para ampliar a compreensão deste problema e aprimorar as intervenções em crises suicidas e a prevenção do suicídio. Embora, o suicídio seja algo complexo e multifatorial, alguns fatores de risco são comuns na maioria dos casos, entre os quais incluem-se a depressão, o uso abusivo de álcool e ou drogas, exposição à violência, histórico de suicídio na família ou de amigos, experiências estressoras, problemas de relacionamentos com os pais e histórias familiares difíceis, também foram identificados como fatores de risco (COUTO; TAVARES, 2016).

Nos dias atuais, voltamos a ter de lidar com o processo de imitação e indução deste tipo de comportamento em jovens por meio da mídia, como à época de *Werther*, uma vez que, os casos de *bullying* sendo o *cyberbullying* uma variante digital dessa violência, vêm gerando uma ascensão vertiginosa no número de suicídios entre as vítimas deste tipo de assédio (NASP, 2012).

O *bullying* é definido pelo uso de força ou coerção para afetar negativamente aos demais, envolvendo um desequilíbrio do poder social, físico e ou emocional, e atos danosos voluntários e repetitivos. Pode ser persistentemente dirigido a um alvo baseado na raça, cor, peso, origem, grupo étnico, religião, crença, deficiência, orientação sexual, gênero, aparência física, sexo, ou outras características que distingam o eleito no grupo. Não está limitado, mas prevalece entre crianças e adolescentes, assumindo formas variadas, como: verbal, física, relacional, social e eletrônica, sendo o último mais conhecido como *cyberbullying* (NASP, 2012).

2.5 Tratamento

A depressão é um transtorno mental com elevada predominância, estando intimamente associada ao suicídio. Ela tende a ser crônica e recorrente, principalmente quando não há a determinação em manter um tratamento. O tratamento pode ser: medicamentoso ou psicoterápico. A medicação é feita por base no subtipo da depressão de acordo com história pregressa individual e familiar. Cerca de 90-95% demonstram remissão total com o tratamento antidepressivo (MINISTERIO DA SAÚDE, 2020).

É de extrema importância a adesão ao tratamento sendo que, uma vez interrompido por conta própria, o indivíduo pode passar a utilizar de forma inadequada as medicações, podendo, desta forma, aumentar significativamente o risco de cronificação. Encontramos suporte para o tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e nos ambulatórios especializados (MINISTERIO DA SAÚDE, 2020).

Segundo Aguiar *et al.* (2018), o sistema único de saúde brasileiro (SUS), em conformidade com os princípios da Organização Mundial da Saúde, tem como um de seus princípios o cuidado integral à saúde dos pacientes que buscam atendimento. Ocorre uma dificuldade na escolha do serviço mais adequado, conseqüentemente pode comprometer o atendimento à queixa, isto é, com relação aos problemas de saúde mental, diante da multicausalidade e complexidade dessas condições, os tratamentos para determinados problemas infantis não podem se resumir ao uso da medicação.

Devem fazer parte de planos de ações, intervenções farmacológicas quando necessárias, e psicoterápicas. A necessidade de integração entre as terapias médicas e psicológicas para uma pessoa deprimida ajudará nas alterações de seus neurotransmissores cerebrais responsáveis pela serotonina, sendo que, podem vir a apresentar repertório restrito de habilidades sociais e emocionais e emitindo em baixa frequência respostas positivas devido ao diagnóstico depressivo (AGUIAR *et al.*, 2018).

Nesse caso, o uso de medicação diminui os sintomas da depressão, como anedonia, falta de energia, e pode, inclusive, contribuir para que o indivíduo esteja em melhor condição para se beneficiar do processo psicoterápico. Por outro lado, os antidepressivos, não são capazes, por si só, de tratar todas as determinantes da depressão, uma vez que, na etiologia do problema figuram aspectos da interação do indivíduo com ele mesmo e com o mundo (AGUIAR *et al.*, 2018).

Nesse sentido, a psicoterapia configura-se como uma oportunidade de aquisição de novos repertórios de habilidades socioemocionais que protegem o indivíduo contra esse problema. Cabe ao psiquiatra atuar, principalmente, sobre os aspectos fisiológicos que contribuem significativamente para a explicação dos comportamentos. Em contrapartida, é função do psicólogo clínico a avaliação dos determinantes ambientais do problema de saúde mental e o rearranjo das contingências da vida do cliente, ensinando-o um repertório alternativo frente às situações-problema (AGUIAR *et al.*, 2018).

No caso da depressão leve, a OPAS/OMS (2018), indica os tratamentos psicossociais, pois são efetivos. Os antidepressivos podem ser utilizados também, mas não são a primeira opção para o tratamento sendo que é um caso mais sutil. Os medicamentos não devem ser utilizados de modo exacerbado para as crianças e adolescentes, deve-se ter cautela ao indicar o medicamento, não são utilizados como os primeiros recursos.

De acordo com a OPAS/OMS (2018), ocorrem tratamentos eficazes para a depressão, moderada e grave. Os profissionais da saúde ofertam o tratamento psicológico e medicamentoso, tais como: ativação comportamental, terapia e psicoterapia interpessoal ou medicamentos antidepressivos. É indicado preferencialmente o tratamento individual, mas ocorre, também, casos de terapia em

grupo. O profissional precisa estar atento a possíveis efeitos colaterais devido ao uso de medicação.

Lembrando que de acordo com Grolli *et al.* (2017), um fator preventivo para o desenvolvimento de transtornos mentais é a disponibilidade dos pais para conversarem sobre as emoções de seus filhos, promovendo um espaço para a discussão e resolução de problemas. Portanto, a família também é um aspecto importante a ser investigado em possíveis quadros de depressão.

2.6 Prevenção

Conforme vemos em Paixão *et al.* (2018), a autoestima e a saúde mental na adolescência são importantes variáveis que têm sido relacionadas a vivências saudáveis ou de risco nesse importante ciclo do desenvolvimento. A autoestima é compreendida como um conjunto de sentimentos e pensamentos do indivíduo em relação ao seu próprio valor, competência, confiança, adequação e capacidade para enfrentar desafios, que repercutem em uma atitude positiva ou negativa em relação a si mesmo.

Visto que, a autoestima é considerada um importante fator que influencia a forma da pessoa perceber, sentir e responder ao mundo. A alta ou baixa autoestima relaciona-se às experiências da pessoa ao longo da vida, principalmente, as relacionadas à afeição, ao amor, à valorização, ao sucesso ou ao fracasso. No que se refere as mudanças cognitivas, sociais e afetivas, o adolescente está mais suscetível a sofrer variações na autoestima (PAIXÃO *et al.*, 2018).

Desta maneira compreendemos que a autoestima é importante para a auto compreensão dos adolescentes e é provável que seja uma construção flutuante e dinâmica, suscetível a influências internas e externas durante a adolescência. Sendo assim, foi visto também uma associação entre autoestima, resiliência e várias formas de comportamento de risco entre adolescentes. Os dados revelaram que a autoestima negativa parece desempenhar um papel importante no comportamento de risco em meninos e meninas. Os meninos possuem menor risco para o desenvolvimento de transtornos mentais quando comparados às meninas (PAIXÃO *et al.*, 2018).

Os adolescentes que apresentam baixa autoestima têm quase sete vezes mais chance de apresentar transtornos psiquiátricos, se comparados com os de elevada autoestima. Conseqüentemente, foi investigado uma associação entre autoestima, agressão, narcisismo e psicopatia, observando que a instabilidade da autoestima estava associada positivamente com agressão (PAIXÃO *et al.*, 2018).

Quando se observa uma estabilidade nivelar no que se refere a autoestima, verifica-se uma constância emocional, ou seja, experiências com sentimentos de autovalor. Em contrapartida pessoas que não conseguem manter a constância emocional, possuem uma propensão a autodesvalorização, estando mais vulneráveis, podendo obter ideação suicida, depressão. Além da associação entre autoestima e transtornos mentais, a qualidade das relações familiares também tem sido associada com os níveis de autoestima, onde se correlaciona com abuso emocional no ambiente familiar (PAIXÃO *et al.*, 2018).

Atualmente nos deparamos com um tema que está em alta que é o das habilidades socioemocionais (HSE), isto é, elas vêm sendo compreendidas como um construto multidimensional, que engloba variáveis emocionais (autoconhecimento e autocontrole), cognitivas (empatia) e comportamentais (perseverança, decisões responsáveis e comportamentos prossociais) que auxiliam no desenvolvimento saudável ao longo do ciclo vital (DAMÁSIO; SEMENTE EDUCAÇÃO, 2017).

As HSE diferem das Habilidades Sociais (HS) no sentido de que aquelas são mais amplas, envolvendo não apenas os aspectos relacionados às interações sociais, mas também aspectos individuais, de ordem cognitiva, emocional e comportamental (DAMÁSIO; SEMENTE EDUCAÇÃO, 2017).

Conforme podemos ver em Damásio e Semente Educação (2017), os estudos têm demonstrado que pessoas com maiores níveis de HSE apresentam atitudes mais positivas em relação a si mesmo, incluindo maior autoestima, auto eficácia, maior persistência frente a objetivos, melhores relacionamentos interpessoais, maior comprometimento e desempenho escolar, etc. A longo prazo, maiores níveis de HSE estão relacionados com maior nível educacional, isto é, a realização de cursos superiores e pós-graduações, maior sucesso profissional, relações familiares e de trabalho mais positivas, melhores índices de saúde mental, reduzida psicopatologia e menores níveis de problemas de conduta.

Ultimamente, há uma ampla variedade de programas de intervenção que, baseados em evidências científicas, buscam o ensino e o desenvolvimento de HSE. Em média, crianças que participaram de algum tipo de intervenção para desenvolvimento de HSE apresentaram desempenho acadêmico 11% maior do que crianças e adolescentes que nunca se submeteram a este tipo de intervenção. As evidências científicas acerca do tema demonstram que as HSE podem ser desenvolvidas e aprendidas (DAMÁSIO; SEMENTE EDUCAÇÃO, 2017).

Sendo assim, ocorre uma extensa aceitação entre pesquisadores, educadores e profissionais voltados a políticas públicas de que o sistema educacional de ensino deve focar não só no desenvolvimento cognitivo, mas também no desenvolvimento das competências sociais e emocionais de crianças e adolescentes, preparando assim os estudantes para a vida. Esse movimento mundial tem fomentado a criação de uma série de programas de intervenção que buscam o desenvolvimento de HSE. No Brasil, ainda são escassas as iniciativas que visem ao desenvolvimento de HSE (DAMÁSIO; SEMENTE EDUCAÇÃO, 2017).

O aprimoramento das HSE nas crianças e adolescentes, tem como principal meta trabalhar neles: Autoconhecimento; Autocontrole; Empatia; Decisões Responsáveis; Comportamentos Prossociais (DAMÁSIO; SEMENTE EDUCAÇÃO, 2017). Mesmo trabalhando com a autovalorização, auto aceitação, autoestima, HSE, compreendemos que em determinadas situações nos deparamos com a importância da resiliência para lidar com as adversidades do cotidiano (SOUSA, 2003; 2004; WALSH, 1998).

A resiliência é um estudo originário das Ciências Físicas, ou seja, a utilização deste conceito no campo das Ciências da Saúde iniciou-se na década de 70, com estudos sobre pessoas que a despeito de terem sido submetidas a traumas agudos ou prolongados, fatores estes considerados de risco para o desenvolvimento de doenças psíquicas, não adoeciam como seria o esperado (SOUSA; CERVENY, 2006).

Corroborando entre as teorias da psicopatologia, desenvolvimento e estresse, o conceito de resiliência foi definido a princípio como um conjunto de traços de personalidade e capacidades que tornavam invulneráveis as pessoas que passavam por experiências traumáticas e não desenvolviam doenças psíquicas, caracterizando, assim, a qualidade de serem resistentes (SOUSA; CERVENY, 2006).

De acordo com Souza e Cerveny (2006), entendemos, então, que a resiliência é um conceito construído sócio historicamente, impregnado de valores e significados próprios da cultura em que ele se insere, isto é, fatores de risco e protetores são diferentes dependendo da população e de suas origens, portanto, o significado do que é resiliência, fatores protetores e fatores de risco, pode ser diferente para diferentes populações, da mesma forma que as pesquisas são um retrato dos problemas enfrentados por cada país e/ou região em particular.

Desta maneira, a resiliência vem sendo definida como um processo de construção, compartilhamento e ressignificação de experiências tendo como resultado a transformação pessoal, e envolvendo a superação de desafios. Desta forma, pode ser vista como um processo de adaptação que envolve a avaliação da situação de crise, baseada em crenças e na existência de acúmulo de outros eventos estressores, tomada de decisão, busca de recursos pessoais, familiares, da comunidade e espirituais, e a transformação nas crenças e visão de mundo necessárias para a solução da situação de crise (SOUSA, 2003; 2004).

Segundo Walsh (1998), destacou a existência de processos chaves na resiliência familiar que contribuem para a superação dos desafios, sejam eles esperados ou inesperados. Esses processos são padrões de organização e comunicação familiar, bem como o sistema de crenças que orienta a visão de mundo da família como um todo. Tais processos chaves, incluindo a hierarquia, coesão, fronteira familiar, clareza e empatia na comunicação, visão de mundo, crenças e espiritualidade, terão sua importância e influência levando-se em conta o contexto presente nas fases do ciclo vital familiar.

Faz ter-se a atenção ainda para um mesmo fator que pode ser considerado como risco ou proteção, dependendo da fase do desenvolvimento humano. As práticas educativas parentais em relação à autonomia dos filhos podem configurar-se em atitudes de proteção, superproteção ou negligência, dependendo de como, em que idade ocorrem, e da visão dos pais e cuidadores sobre o que seja capacidade e habilidade da criança para “se virar sozinha e aprender a viver” (SOUSA, 2003; 2004; WALSH, 1998).

3. MÉTODO

3.1 Tipo de Pesquisa

A pesquisa bibliográfica será realizada de forma qualitativa, e para tanto será utilizado materiais já existentes, permitindo, desta forma, um aprofundamento teórico sobre um tema específico. Nas palavras de Fonseca (2002):

A pesquisa bibliográfica é feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites. Qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto. Existem, porém pesquisas científicas que se baseiam unicamente na pesquisa bibliográfica, procurando referências teóricas publicadas com o objetivo de recolher informações ou conhecimentos prévios sobre o problema a respeito do qual se procura a resposta (FONSECA, 2002, p. 32).

Segundo Gil (2008), este tipo de pesquisa permite uma ampla gama de análise de inúmeros fenômenos, fato relevante quando o problema de pesquisa requer dados muitos dispersos pelo espaço.

A pesquisa qualitativa não se preocupa com representatividade numérica, mas, sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo sócia. Ao utilizar desse método busca-se explicar o porquê das coisas, exprimindo o que convém ser feito, mas não quantificam os valores e as trocas simbólicas nem se submetem à prova de fatos, pois os dados analisados são não-métricos (susitados e de interação) e se valem de diferentes abordagens. A pesquisa qualitativa preocupa-se, portanto, com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais (GIL, 2007).

O presente estudo será feito a partir de uma pesquisa bibliográfica nas respectivas bases: Scielo, Pepsic e BVS.

Conforme Gil (2008), a pesquisa bibliográfica é realizada a partir do substrato de materiais existentes em livros e artigos científicos. Deste modo, por meio das palavras chave: Depressão na infância, depressão na adolescência e depressão/suicídio entre crianças e adolescentes, foram utilizados neste trabalho um total de 24 artigos, livros e sites para a complementação necessária. Os presentes

artigos foram selecionados a partir dos seguintes critérios: ano de publicação (2004 a 2020), linguagem escrita em Português/Brasil e relação com o tema principal.

3.2 Procedimento de coleta de dados

A coleta de dados será obtida através dos inúmeros artigos científicos, que se encontram nas seguintes plataformas: Pepsic, SciELO e BVS, cuja data varia de 2004 a 2020, contudo, caso o tema seja escasso, se necessário pode-se usar anos anteriores. Além disso, serão utilizados livros que possuam afinidade com o presente tema que se faz objeto de pesquisa. As palavras chave utilizadas para a pesquisa serão: (a) depressão, (b) ideação suicida, (c) suicídio, (d) criança, (e) adolescente, (f) tratamento, (g) prevenção, (h) habilidades socioemocionais.

3.3 Procedimento de análise de dados

As informações coletadas através dos dados bibliográficos serão analisadas qualitativamente, isto é, ocorrerá uma análise de todo o conteúdo, sendo subdividido em três fases: pré-análise; categorização; interpretação inferencial (RICHARDSON, 1999).

A primeira fase, pré-análise, constitui a fase de organização, ou seja, a escolha dos materiais a serem analisados, formulação de hipóteses, e dos objetivos e a elaboração de indicadores que venham a fundamentar a interpretação final (RICHARDSON, 1999).

A Segunda fase, categorização, é caracterizada pela execução sistemática das decisões tomadas na fase anterior, demanda da codificação e construção das categorias para a análise (RICHARDSON, 1999).

A terceira fase, interpretação inferencial, devem ser feitas as inferências e interpretações em referência aos objetivos propostos no estudo. A interpretação final ocorre através do referencial teórico que embasa a pesquisa (RICHARDSON, 1999).

Assim sendo, as categorias que serão analisadas: transtornos depressivos (depressão, suicídio), faixa etária, tratamento e prevenção.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme se observou na revisão da literatura, a depressão acomete qualquer indivíduo, não respeitando idade, gênero, raça, crença, condição social etc. Os dados obtidos em relação a depressão se tornam assustadores quando esse transtorno mental é visto em um alto número na população de maneira geral – crianças, adolescentes, adultos e idosos – com perspectivas futuras de ser a principal causa de incapacidade mental no mundo em 2030 (OMS, 2017).

A depressão é considerada como um conjunto de sintomas psicológicos e fisiológicos, que podem se apresentar de forma episódica ou contínua, com intensidade que varia de leve a severa (DSM-V, 2014),

Em casos mais graves onde a depressão se apresenta no estágio crônico, constatou-se uma forte influência desta com a ideação suicida e, conseqüentemente, com o suicídio de fato (DSM-V, 2014),

Como vimos em Silveira *et al.* (2011), as causas da depressão são múltiplas, de maneira que, somadas podem iniciar a doença. Desta forma, devemos considerar que há questões constitucionais da pessoa que corroboram para o surgimento ou expansão do transtorno, tais como: fatores genéticos e neuroquímicos (neurotransmissores cerebrais) somados a fatores ambientais, sociais e psicológicos – estresse, estilo de vida, acontecimentos vitais, crises e separações conjugais, morte na família, climatério, crise da meia-idade, entre outros.

Tais fatos citados acima, para uma criança ou adolescente são mais marcantes, visto que, nessa faixa etária tudo é vivido com muita intensidade, as alegrias e tristezas são demonstradas até de modo exacerbado muitas vezes (LEME *et al.*, 2019).

Em relação a identificação dos sintomas da depressão e a atribuição de um diagnóstico, podem ser mais difíceis em se tratando de crianças e adolescentes, pois pessoas mais jovens podem possuir dificuldades no que tange a perceber e descrever sintomas. Apesar das inúmeras dificuldades no diagnóstico de depressão infantil, estas parecem estar associadas às peculiaridades da manifestação da doença e somadas às dificuldades das crianças de expressarem seus problemas e sentimentos (KUCZYNSKI, 2014).

Os sintomas depressivos apresentados pelas crianças e adolescentes estão vinculados intimamente a danos de comportamentos sociais e baixos rendimentos acadêmicos. Infelizmente, por partido de muitos, estas manifestações raramente são associadas a um diagnóstico depressivo (KUCZYNSKI, 2014).

Deste modo, é necessário que a escola tenha um vínculo de cumplicidade com os cuidadores responsáveis por estes menores, a fim de alerta-los acerca de que o rendimento escolar está ficando deficitário, pois, os sintomas podem vir a ressoar primeiro na escola por ser o meio externo e um ambiente social no qual a criança pode manifestar aquilo que está lhe incomodando (MAGNANI; STAUDT, 2018).

Assim sendo, é necessário que após os primeiros sintomas, os pais ou cuidadores, tentem identificar se os sintomas da criança perpetuam para além do ambiente escolar, se alongando para a casa ou a outros ambientes dos quais ela frequenta (MAGNANI; STAUDT, 2018).

Os responsáveis pela criança ou adolescente precisarão buscar uma rede de apoio, isto é, recursos com profissionais da área de saúde para que possam se orientarem mais claramente. Em casos leves a moderados a psicoterapia é de extrema importância. Nos casos de moderados a graves, é necessário a intervenção médica com o uso de psicotrópicos e juntamente a psicoterapia. A psicoterapia poderá ser individual, grupo ou até mesmo familiar a depender da severidade do caso (AGUIAR *et al.*, 2018; GROLLI *et al.*, 2017; OMS, 2017).

Papalia (2013), mostra que na terceira infância, que ocorre entre 6- 11 anos, os transtornos emocionais e comportamentais mais comuns são: transtornos de conduta, transtornos de ansiedade e depressão infantil.

A depressão poderá, muitas vezes, estar mascarada por meio de uma má conduta de comportamento, desatenção ou até mesmo hiperatividade. O profissional trabalhará concomitante com a família, realizando uma observação sistemática da criança ou do adolescente no intuito de perceber os pequenos detalhes que apontam onde e como ocorrem as oscilações de humor, agressividade, irritabilidade, bem como se o sono e o apetite sofreram oscilações.

Os jovens que fazem uso de substâncias tóxicas ilícitas e lícitas também apresentam uma correlação com a depressão, utilizando-a como um subterfúgio a fim

de fugirem da realidade externa ou interna, do mundo social ou emocional, tendo a impressão momentânea de que estão amenizando o sofrimento que possuem.

Como nesse trabalho teve o foco em crianças de três anos a jovens de vinte anos, passamos pelas fases de aquisição e adolescência segundo a Teoria Sistêmica (CERVENY, 2002). A primeira fase é caracterizada como sendo a inicial, isto é, o período no qual há o predomínio de adquirir, em todos os aspectos – material, emocional, social e psicológico. Neste sentido, as crianças estão aprendendo sobre a vida, recebendo as instruções que se refletirão na vida adulta que irão ter um dia.

No que se refere a adolescência, esta é caracterizada como um período de transição da infância para a juventude, cujo tempo de duração oscila de acordo com os fatores sociais, culturais e econômicos. A teoria sistêmica nos mostra um fenômeno chamado de alinhamento de crises evolutivas e seus impactos em todo o sistema familiar, ou seja, a caracterização da família a fase adolescente, conseqüentemente este ciclo (fase adolescente) nas famílias é sempre um período que gera expectativas, anseios e insegurança (CERVENY, 2002); (AMARAL et al.,2016).

Como se sabe, os adolescentes são cíclicos e estão sempre buscando por uma evolução, bem como participar de um determinado grupo social. Somado a estes fatores, surgem os aspectos sociais, culturais, familiares e físicos, podendo gerar, por sua vez, uma probabilidade alta dos adolescentes desenvolverem os seguintes transtornos: transtorno depressivo, transtornos de ansiedade e transtornos da alimentação como a anorexia nervosa e a bulimia nervosa.

Não se pode esquecer que o período da adolescência é marcado pela construção de identidade, ou seja, o jovem vai se comparar com aquela atriz ou ator da série que gosta, cantor, amigos, ou uma pessoa que ele escolha como referência, seja pelo estilo de se vestir, seja pelo modo de falar e agir. Durante esta construção o profissional da saúde deverá ser empático para trabalhar de forma efetiva com o adolescente, pois nessa fase os mesmos mostram-se questionadores.

Por esta razão, é necessário que seja trabalhado os fatores protetivos, ou seja, recursos pessoais e ambientais que podem estar relacionados com a resiliência, isto é, ter recursos de enfrentamento frente aos diversos eventos de sua vida, superando as dores e dificuldades que não de surgir. Os principais fatores de proteção são:

autonomia, autoestima, bem-estar subjetivo, competência emocional, afetos positivos, o apoio social, coesão familiar, entre outros.

Em contrapartida existem, também, os fatores de risco, devido as situações adversas da infância que podem fazer com que os adolescentes desenvolvam uma perturbação depressiva. Os fatores de risco, por sua vez, constituem eventos e características negativas que atuam como sinalizadores de problemas emocionais, físicos e sociais ao longo do ciclo vital. São exemplos de fatores de risco: falta de apoio familiar, baixo nível socioeconômico, experiências de vitimização, brigas constantes, uso de drogas ilícitas e licitas etc. (PINTO *et al.*, 2015); (CARDOSO *et al.*, 2018); (CREMASCO; BAPTISTA, 2017).

Os fatores de risco poderão impactar na superação das experiências adversas, corroborando para o aumento do índice de depressão e tentativas de suicídio durante a adolescência (PINTO *et al.*, 2015); (CARDOSO *et al.*, 2018).

Há também os fatores individuais, isto é, características psicológicas como o otimismo, a autoestima, a esperança, a auto eficácia e o bem-estar. Estes fatores são importantes mecanismos protetivos para que o desenvolvimento pessoal ocorra de forma saudável, apontando, ainda, na fase da adolescência uma associação entre níveis elevados de auto eficácia com a satisfação pela vida (CARDOSO *et al.*, 2018).

Os fatores são construídos devido ao suporte familiar adequado, ou seja, a família pode atuar como um importante fator de proteção para os jovens, contribuindo para o aumento da autoestima e do bem-estar físico e psicológico (CARDOSO *et al.*, 2018).

Caso o ambiente familiar se configure com fatores negativos, o futuro adolescente poderá apresentar comportamentos prejudiciais vinculados ao abuso de substâncias licitas e ilícitas, delinquência, evasão e insatisfação escolar etc.

Não se pode deixar de lado um novo estudo que tem sido muito eficaz e que vem ajudando a inúmeras crianças e adolescentes, o das habilidades socioemocionais (HSE), isto é, elas vêm sendo compreendidas como um construto multidimensional, que engloba variáveis emocionais (autoconhecimento e autocontrole), cognitivas (empatia) e comportamentais (perseverança, decisões responsáveis e comportamentos prossociais) que auxiliam no desenvolvimento

saudável ao longo do ciclo vital. As HSE podem ser aprendidas e praticadas em qualquer idade (DAMÁSIO; SEMENTE EDUCAÇÃO, 2017).

Indivíduos que apresentam um satisfatório desenvolvimento das habilidades socioemocionais, possuem atitudes mais positivas em relação a si mesmo, incluindo maior autoestima, auto eficácia, maior persistência frente a objetivos, melhores relacionamentos interpessoais, maior comprometimento e desempenho escolar, etc. (DAMÁSIO; SEMENTE EDUCAÇÃO, 2017).

A morte autoprovocada de adolescentes tem crescido em todo mundo, segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2017), ainda é bem pouco discutida e vista quase como um tabu. No Brasil, a taxa de crescimento de casos de suicídio na faixa etária de 10 a 14 anos aumentou 40% em dez anos e 33,5% entre adolescentes de 15 a 19 anos, em média, dois adolescentes tiram a própria vida por dia.

No Brasil, o suicídio é a terceira maior causa de morte na faixa etária de 15 a 24 anos, depois dos acidentes de trânsito e homicídios. Ainda que a taxa de suicídio do Brasil seja mais baixa que a de outros países da América, entre 2002 e 2012, houve um aumento de 15,3% do suicídio de jovens. Embora o suicídio seja definido como um ato deliberado do indivíduo de pôr fim à própria vida, o processo que antecede ao ato consumado, é antecedido por outros comportamentos. Por isso, indica-se o termo comportamento suicida para designar a complexidade deste processo, que pode variar das ideações/pensamentos suicidas para planejamentos e tentativas de autodestruição até que o ato se consume (COUTO; TAVARES, 2016).

Vale ressaltar que o comportamento suicida apresenta como característica a preocupação, desejo ou ato que tem como objetivo gerar dano para o próprio sujeito, sendo que as ideias suicidas (ideação suicida), os comportamentos suicidas sem morte ou até mesmo os suicídios que foram consumados fazem parte deste quesito (CREMASCO; BAPTISTA, 2017); (MAGNANI; STAUDT, 2018; OMS, 2018).

À ideação suicida tem sido apontada como um dos preditores para a verificação dos riscos para o suicídio propriamente dito, podendo atingir diferentes populações, inclusive a de estudantes universitários (CREMASCO; BAPTISTA, 2017).

Com isso pode observar que tanto a criança como o adolescente sinalizam de alguma maneira que não estão felizes e utilizam de recursos muitas vezes sutis para se manifestarem antes que o próprio ato seja consumado.

Em crianças e adolescentes, o comportamento suicida envolve pensamentos relacionados a provocar intencionalmente danos ou a morte auto infligidos (ideação suicida) e atos que causem danos (tentativa de suicídio) ou a morte (suicídio). Em muitos casos eles agem sem pensar que vão conseguir tirar a própria vida, fazem daquele ato de mutilação uma maneira de amenizarem o sentimento de sofrimento, tristeza, angústia, irritabilidade, desprezo, que estão sentindo, mas a tentativa muitas vezes pode ser eficaz, caracterizando o suicídio propriamente dito.

É durante o período da adolescência que o jovem está buscando a sua identificação, o seu papel dentro da sociedade, que ocorre a busca pelo sentimento de pertencer a um grupo e para que isso ocorra poderá passar a ter condutas inadequadas como o início da experimentação do novo, ou seja, o uso de drogas e o início da vida sexual. Em decorrência desse processo, podem surgir dificuldades nessa fase, gerando angústias e sentimentos diversos.

A internet é um grande recurso que os jovens utilizam para interagir e se comunicarem com o meio externo, principalmente frente ao contexto atual de pandemia, a qual estamos todos vivenciando. Em muitos casos os pais não verificam as redes sociais dos menores, julgando que os mesmos saibam utilizar de modo adequado esses recursos tecnológicos.

Devido ao uso de modo desenfreado, sem controle ou averiguação dos pais os jovens podem estar frente a ação do *cyberbullying*, ou seja, sofrendo ou praticando a ação de desmerecimento a alguém (NASP, 2012).

O *cyberbullying* trata-se da expansão da pratica do *bullying* as redes sociais, tendo por base “brincadeiras” nas quais um indivíduo passa a ofender alguém ou a ser ofendido, deste modo, deixa de ser uma brincadeira para ser algo pejorativo no qual busca-se depreciar algum objeto ou alguém. Conseqüentemente, a pessoa que sofre a ação desse ato, poderá vir a se sentir triste, podendo até mesmo, a depender da situação, entrar em um quadro depressivo e este poderá leva-lo ao ato do suicídio (NASP, 2012).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Visto que o objetivo geral desse trabalho foi a realização de uma revisão bibliográfica, na base de dados Scielo, Pepsic e BVS, de publicações a respeito da depressão e seus possíveis vínculos com suicídios na infância e na adolescência foi visto os seguintes fins, nos parágrafos abaixo.

No que se refere a caracterização do que é e quais são os sintomas da depressão em crianças e adolescentes e como diagnosticá-la em ambas as fases, foi comprovado que os mesmos apresentam humor triste, irritável ou vazio, acompanhando alterações cognitivas e somáticas, afetando, desta forma, o indivíduo como um todo em sua vida. E de acordo com o transtorno disruptivo a principal característica é a desregulação do humor, conseqüentemente a irritabilidade crônica grave e persistente que afeta tanto as crianças como aos adolescentes. Quando a causa esta correlacionada com uma perda os sintomas tornam-se mais numerosos e duradouros.

Ao realizar a identificação acerca se realmente há uma possível ligação entre a depressão e o suicídio de crianças e jovens, foi comprovado que houve o aumento crescente da população jovem que vem cometendo o suicídio, conforme foi visto na literatura. Em se tratando de crianças, por mais que seja raro o suicídio nesta fase, ele pode ocorrer a depender da situação e dos inúmeros fatores que a engendram. Os motivos são diversos, mas temos que compreender o suicídio como um fenômeno multifatorial, resultado de uma complexa interação de fatores biológicos, psicológicos e culturais presentes num determinado momento histórico.

Para a identificação desses fatores que corroboram para a construção desse ato, foi visto que é importante o indivíduo apresentar uma boa relação familiar afim de evitar o suicídio, pois quando os pais estão presentes e ativos na vida dos filhos ficam mais atentos a pequenas mudanças e sinais que os mesmos vão apresentando, como: a tristeza, irritabilidade e agressividade.

Hoje com a internet temos o *cyberbullying*, no qual de modo rápido uma “piada” ou um comentário maldoso se espalha rapidamente. Temos o próprio *bullying* que ocorre em qualquer lugar que o jovem frequente, cujos impactos são grandiosos,

podendo, até mesmo contribuir para a formação de sintomas depressivos, bem como idéias suicidas.

Uma família que realiza diálogos, trabalhando com as emoções e sentimentos das crianças e dos jovens, os instruindo para a sociedade, propiciará a eles a construção de uma resiliência e de habilidades socioemocionais que os ajudarão a lidarem com as adversidades que poderão encontrar ao longo do caminho pela vida.

Com esse trabalho foi visto que é importante estar cada vez mais ativo em trabalhar a saúde emocional das crianças e dos jovens. Como possibilidade de instruir mais a população com a gravidade do assunto, poderá ser feito a construção de cartilhas para as escolas, promoção de eventos com os pais em ambiente clínico afim de levar mais instruções a respeito de como lidar com tais situações citadas acima.

O presente trabalho tratou de um tema grave nos dias atuais. Dessa forma, é necessário que novas pesquisas surjam em busca de, cada vez mais, torná-lo passível de controle e, quem sabe, praticamente extinção de sua prática no cotidiano mundial.

REFERÊNCIAS

AGUIAR B.M., RAFIHI-FERREIRA R.E., CARVALHO F.A., EMERICH D.R., MOURA C.B. Similaridades e Diferenças de Crianças/Cuidadores Atendidos em Serviço-Escola de Psicologia e Psiquiatria. Bragança Paulista. **Psico-USF**. 23 (1), 109-125, 2018. Disponível em < www.scielo.br <http://dx.doi.org/10.1590/141382712018230110>>. Acesso em 19 de Julho de 2020.

ALMEIDA R.M.M., FLORES A.C.S., SCHEFFER M. Ideação Suicida, Resolução de Problemas, Expressão de Raiva e Impulsividade em Dependentes de Substâncias Psicoativas. Rio Grande do Sul. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 26 (1), 1-9. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-79722013000100001&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 25 de Julho de 2020.

AMARAL, P.P.; CARVALHO, M.D.; LORENT, A.C.S.; SANTOS G.N.; SILVA, G.M.C. Definições e perspectivas familiares na fase adolescente do ciclo vital de família do vale do paraíba.in congresso internacional de ciência, tecnologia e desenvolvimento, 2016, Taubaté – SP. XVII MIPG mostra internacional de pós-graduação, 2016.

ANTUNES H.M., CAMPOS C.J.G., LIMA G.M.P.A., FERRAZ I.L.G. Motivos e crenças de familiares frente ao tratamento do transtorno depressivo infantil. **Estudos de Psicologia**, 21(2), 157-166, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2016000200157&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 25 de Julho de 2020.

BERTHOUD, C.M.E. Visitando a Fase Adolescente. In: CERVENY, C.M.O. e cols. **Visitando a Família ao Longo do Ciclo Vital**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p. 60-84.

CANO, D.S.; GABARRA, L.M.; MORÉ, C.O.; CREPALDI, M.A. As Transições Familiares do Divórcio ao Recasamento no Contexto Brasileiro. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 22, n. 2, p. 214-222, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722009000200007> Acesso em: 14 de Julho de 2020.

CARDOSO H.F., BORSA J.C., SEGABINAZI J.D. Indicadores de saúde mental em jovens: fatores de risco e de proteção. Londrina. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**. 9 (3), 03-25, 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072018000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 de Julho de 2020.

CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed. 1995.

Cartilha da Organização Mundial da Saúde (OMS). Rio de Janeiro. **Adolesc. Saude**. 14 (2), 7, 2017. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66801/5/WHO_MNH_MBD_00.3_por.pdf>. Acesso em 19 de Julho de 2020.

CERVENY, C.M.O. e cols. **Família e Ciclo Vital: Nossa Realidade em Pesquisa**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

CERVENY, C.M.O. e cols. **Visitando a Família ao Longo do Ciclo Vital**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

COUTO V.V.D., TAVARES M.S.A. Apego e risco de suicídio em adolescentes: estudo de revisão. Brasília. **SPAGESP**. 17(2), 120-136. 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702016000200010>. Acesso em 19 de Julho de 2020.

CREMASCO G.S., BAPTISTA M.N. Depressão, motivos para viver e o significado do suicídio em graduandos do curso de psicologia. Londrina. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**. 8 (1), 22-37, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2236-64072017000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 19 de Julho de 2020.

DAMÁSIO B. F., SEMENTE EDUCAÇÃO, G. Mensurando Habilidades Socioemocionais de Crianças e Adolescentes: Desenvolvimento e Validação de uma Bateria (Nota Técnica). Rio de Janeiro. **Temas em Psicologia**. 25 (4,) 2043-2050, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2358-18832017000402043&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em 25 de Julho de 2020.

DSM-V-TR - **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Trad. Maria Inês Corrêa Nascimento. et al. - 5.ed. rev. - Porto Alegre: Artmed,2014.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

FRAZÃO C.M.F.Q., RAMOS V.P., LIRA A.L.B.C. Qualidade de vida de pacientes submetidos a hemodiálise. Rio de Janeiro, UERJ. **Rev. enferm**. 19(4):577-82. 2011.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672011000500006&script=sci_arttext>. Acesso em 2 de Julho de 2020.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GOMES L.P., BARON E., ALBORNOZ A.C.G., BORSA J.C. Inventário de Depressão Infantil (CDI): uma revisão de artigos científicos brasileiros. **Contextos clínicos**. Rio Grande do Sul. 6(2), 95-105, 2013. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822013000200004>. Acesso em 25 de Julho de 2020.

GROLLI V., WAGNER M.F., DALBOSCO S.N.P. Sintomas Depressivos e de Ansiedade em Adolescentes do Ensino Médio. Rio Grande do Sul. **Revista de Psicologia da IMED**, 9 (1), 87-103, 2017. Disponível em:

<<https://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/2123/1338>>. Acesso em 25 de Julho de 2020.

KUCZYNSKI E. Suicídio na infância e adolescência. São Paulo. **Psicologia USP**, 25 (3), 246-252, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/pusp/v25n3/0103-6564-pusp-25-03-0246.pdf>>. Acesso em 19 de Julho de 2020.

LEME V.B.R., CHAGAS A.P.S., CARVALHO A.P., PADILHA A.P., ALVES A.J.C.P., ROCHA C.S., FRANÇA F.A., JESUS F.S.Q., CALABAR F.P., MATTOS L.P., LEOPOLDINO L.C., FERNANDES L.M., SILVEIRA P.S. Habilidades Sociais e Prevenção do Suicídio: Relato de Experiência em Contextos Educativos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**. Rio de Janeiro. 19 (1), 284-297. 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812019000100016>. Acesso em 25 de Julho de 2020.

MAGNANI R.M., STAUDT A.C.P. Estilos Parentais e Suicídio na Adolescência: Uma Reflexão Acerca dos Fatores de Proteção. Rio Grande do Sul. **Pensando Famílias**. 22(1),75-86, 2018. Disponível em:

<<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v22n1/v22n1a07.pdf>>. Acesso em 19 de Julho de 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: <https://saude.gov.br/suicidio>

NATIONAL ASSOCIATION SCHOLL PSYCOLOGISTS. **NASP**. Disponível em: <https://www.nasponline.org/>

OPAS/OMS. **Depressão**. 2018. Disponível em:

<https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=1095>. Acesso em: 20 de Julho de 2020.

PAIXAO R.F., PATIAS N.D., DELL´AGLIO D.D. Autoestima e Sintomas de Transtornos Mentais na Adolescência: Variáveis Associadas. Rio Grande do Sul.

Psicologia: Teoria e Pesquisa. 34(34436) 1-8, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722018000100535&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 25 de Julho de 2020.

PAPALIA, D. E; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento Humano**. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

PINTO V.C.P., ALVES J.F.C., MAIA A.C. Adversidade na infância prediz sintomas depressivos e tentativas de suicídio em mulheres adultas portuguesas. Campinas.

Estudos de Psicologia, 32 (4), 617-625, 2015. Disponível em:

<https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2015000400617&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 19 de Julho de 2020.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

RODRIGUES I.O., FREIRE T., GONÇALVES T.S., CRENITTE P.A.P. depressão nos transtornos de aprendizagem. Bauru. **Rev. CEFAC**. 18 (4), 864-875, 2016.

Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rcefac/v18n4/1982-0216-rcefac-18-04-00864.pdf>>. Acesso em 19 de Julho de 2020.

SALLES L.M.F. Infância e adolescência na sociedade contemporânea: alguns apontamentos. Campinas. **Estudos de Psicologia**. 22(1), 33-41, 2005. Disponível em:

<https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2005000100005&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 19 de Julho de 2020.

SANTOS A., KRIEGER F.V. Transtornos de humor na infância e na adolescência: uma atualização. Rio Grande do Sul. **Revista brasileira de psicoterapia**. 6(1), 104-114, 2014. Disponível em: <http://rbp.celq.org.br/detalhe_artigo.asp?id=145>.

Acesso em 25 de Julho de 2020.

SILVA B.T, SILVA M.R.S. Necessidades e preocupações dos pais em diferentes etapas do ciclo vital. **Rev Bras Enferm**. v. 67, n. 6, p.957-64, 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672014000600957&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 14 de Julho de 2020.

SOUSA M.T.S., CERVENY C.M.O. Resiliência Psicológica: Revisão da Literatura e Análise da Produção Científica. **Revista Interamericana de Psicologia**. 40 (1), 119-126, 2006. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rip/v40n1/v40n1a13.pdf>>. Acesso em 30 de Julho de 2020.

SOUZA M.T.S. **A resiliência na terapia familiar: construindo, compartilhando e ressignificando experiências** [Tese de Doutorado]. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. 2003.

SOUZA M.T.S. **Família e resiliência** in Família e...Cerveny, C.M.O (org). São Paulo, Casa do Psicólogo. 2004.

WALSH F. **Strengthening family resilience**. New York: The Guilford Press. 1998.

ZIMMERMANN P.R., CARVALHO J.O., MARI J.J. Impacto da depressão e outros fatores psicossociais no prognóstico de pacientes renais crônicos. Rio Grande do Sul. **R. Psiquiatria**, 26 (3): 312-318. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082004000300008>. Acesso em 3 de Julho de 2020.