

ROSEMARIE ELIZABETH DE ABREU

**OS CAMINHOS DA DEPRESSÃO E SUA CARTOGRAFIA NA
ADOLESCÊNCIA E INÍCIO DA ADULTEZ**

**Pontifícia Universidade Católica de Campinas
2006**

ROSEMARIE ELIZABETH DE ABREU

OS CAMINHOS DA DEPRESSÃO E SUA CARTOGRAFIA NA ADOLESCÊNCIA E INÍCIO DA ADULTEZ

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências da Vida da PUC-Campinas como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutor em Psicologia Clínica.

Orientador: Prof. Dr. Antônio I. Tércis

ROSEMARIE ELIZABETH DE ABREU

**OS CAMINHOS DA DEPRESSÃO E SUA CARTOGRAFIA NA
ADOLESCÊNCIA E INÍCIO DA ADULTEZ**

Banca Examinadora

Presidente Prof. Dr. Antônio I. Tézis

Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos

Prof. Dra. Heloísa Camargo S. Pieri

Prof. Dra. Dayse Maria Motta Borges

Prof. Dra. Lúcia Helena Tiosso Moretti

**Pontifícia Universidade Católica de Campinas
2006**

EPÍGRAFE

A vida são deveres que nós trouxemos pra fazer em casa.
Quando se vê já são seis horas!
Quando se vê, já é sexta-feira...
Quando se vê, já terminou o ano...
Quando se vê, passaram-se 50 anos!
Agora é tarde demais pra ser reprovado...
Se me fosse dada, um dia,
Outra oportunidade,
Eu nem olhava o relógio.
Seguiria sempre em frente
E iria jogando, pelo caminho,
A casca dourada
Inútil das horas...
Dessa forma eu digo, não deixe
De fazer algo que gosta devido
A falta de tempo, a única falta
Que terá, será desse tempo que
Infelizmente não voltará mais.”

Mário Quintana

AGRADECIMENTOS

Aos meus filhos Lauriane, Luciana e Luiz Antônio, pelo apoio e tolerância frente aos momentos de frustração; pela ausência e presença...

À equipe técnica e de suporte das Universidades; por suas orientações e paciência:

UEL: Edicléia

PUCCAMP: Eliane, Elaine, Amélia e Dareide

Ao meu pai e irmãos, pela admiração e incentivo

Às amigas: Denise Campanelli pela presença e apoio e Lúcia Helena T. Moretti, por sua doação

À Jorge Luiz Garbarino de Souza, por seu carinhoso apoio, incentivo e estímulo nos bons momentos e, principalmente nos momentos mais difíceis desta longa jornada.

Às pessoas que me acompanharam em diferentes momentos desta jornada e que torceram por mim: Clientes

Pacientes

Colaboradores

Acadêmicos

Estagiários

Aos professores do Curso de Doutorado, pelo conhecimento compartilhado, pelo acolhimento e orientação: Prof^a Dr^a Tânia Veisberg, Prof^a Dr^a Elisa Yoshida e, em especial, ao meu orientador, pela paciência, carinho e apoio: Prof. Dr. Antônio I. Tézis.

ABREU, Rosemarie Elizabeth. **Os Caminhos da Depressão e sua Cartografia na Adolescência e Início da Adulterz**. 2006. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

RESUMO

O presente estudo investigou a determinação de vários problemas psicossociais e ambientais (eixo DSM-IV revisado) na incidência da depressão maior (eixo I), em mulheres jovens com idades entre 16 e 25 anos, atendidas no ambulatório de psiquiatria da Universidade Estadual de Londrina, UEL. Na primeira etapa desta pesquisa, foram analisados prontuários médicos de modo descritivo. Na segunda etapa, foram selecionadas 32 pacientes com depressão maior, e que foram previamente submetidas à entrevista clínica estruturada (Scid-I versão clínica) e eixo IV do DSM-IV (problemas psicossociais e ambientais), para inclusão no estudo. Na etapa final, foi realizada a consulta terapêutica em grupo, realizada somente em 04 pacientes. Os resultados enfatizaram a importância da integração em uma pesquisa colaborativa, bem como a existência de um ambiente de “holding”, através do espaço transicional oferecido com perspectivas de continuidade deste atendimento em grupo, tendo como expectativa a cura da depressão.

Palavras-chave: Depressão Maior, adulto jovem, espaço transicional, consulta terapêutica, Holding, DSM-IV-ed.revisada.

ABREU, Rosemarie Elizabeth. **The ways of depression and its cartography in adolescence and early adults**. 2006. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

ABSTRACT

The present study analyzed several causes of psychosocial and environment issues (DSM IV revised axis) affecting the incidence of the major depression (axis I) in young women between 16 and 25 years old assisted at the psychiatric ambulatory unit of the State University of Londrina, UEL. At the first phase of this research, it was studied medical records in a descriptive manner. In the second phase, 32 depressive patients of this ambulatory, who were previously submitted to a structured clinical interview (clinical version Scid-I) and DSM-IV axis (psychosocial and environment issues), were selected for inclusion in the study. In the final phase, it was done a therapeutic group attendance composed only by four patients. The results emphasized the significance of the union in a collaborative research, as much as the presence of a “holding” environment, through the transitional space, which offered perspectives of continuity of the group therapy, with their expectative the cure of depression.

Key-words: Major depression, early adults, transitional space, therapeutic attendance, DSM-IV.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	01
CAPÍTULO 1: ASPECTOS TEÓRICO-TÉCNICOS SOBRE A ADOLESCÊNCIA, O ADULTO JOVEM, A DEPRESSÃO E O EIXO IV DO DSM-IV	01
1.1. Considerações iniciais	01
1.2. A Adolescência e o Adulto Jovem	15
1.3. Depressão (os transtornos mentais) e o Eixo-IV do DSM-IV	28
1.4. O Adulto Jovem e o Ambiente de <i> Holding</i>	42
1.5. A Depressão: Outras pesquisas; outros projetos	56
1.6. Algumas Considerações acerca da Importância Científica da Pesquisa sobre a Investigação dos Fatores que Multideterminam o Diagnóstico da Depressão em Mulheres na Fase Final da Adolescência e Início da Aduldez.....	68
CAPÍTULO 2: OBJETIVOS	74
2.1. Objetivo geral.....	74
2.2. Objetivos específicos.....	75
CAPÍTULO 3: MÉTODO.....	76

3.1. Apresentação.....	76
3.2. A Escolha do Método de Pesquisa: caminho e descaminhos.....	78
3.3. Trabalho de Pesquisa Colaborativo no Tratamento da Depressão de Jovens Adultas: terapêutica e pesquisa	85
3.4. Pesquisa: Os caminhos da depressão e sua cartografia	88
3.4.1. Participantes da Pesquisa	91
<u>1ª Etapa:</u> Realização do Estudo Descritivo	91
Local	92
Instrumentos utilizados.....	92
<u>2ª Etapa:</u> Seleção dos participantes para o estudo de caso clínico.....	93
Local	94
Instrumentos utilizados.....	94
<u>3ª Etapa:</u> Realização da Consulta Terapêutica.....	95
Local	95
Instrumentos utilizados.....	96
3.4.2. Procedimentos.....	97
<u>1ª Etapa:</u> Levantamento de Dados.....	97
<u>2ª Etapa:</u> Delimitação da População do Estudo	97
<u>3ª Etapa:</u> <i>Follow-up</i> e Consulta Terapêutica	98
<u>4ª Etapa:</u> Análise dos Dados.....	99

CAPÍTULO 4: RESULTADOS E <i>FOLLOW-UP</i> DA PESQUISA COLABORATIVA SOBRE: “Os Caminhos da Depressão e sua Cartografia na Adolescência e Início da Aduldez”	100
<u>1ªEtapa</u>	100.
Gráfico 1 - Frequência de depressão, tentativa de suicídio, HIV, DST por gênero.....	101
<u>2ªEtapa:</u>	103
Tabela 1: Incidência dos problemas Psicossociais e Ambientais do Eixo-IV – DSM-IV.....	105
Tabela 2: Frequência de Tentativas de Suicídio.....	106
Tabela 3: Histórico Familiar Positivo para o Álcool em 1º grau.....	107
Tabela 4: História Familiar Positiva ao Álcool em 2º grau.....	108
Tabela 5: Histórico Familiar Positivo à Depressão em 1º grau.....	109
Tabela 6: História Familiar Positiva, favorável a Depressão em 2º grau.....	110
<u>3ªEtapa</u>	111
CAPÍTULO 5: CONSIDERAÇÕES FINAIS	116
REFERÊNCIAS	121
BIBLIOGRAFIA	129
APÊNDICES	130
APÊNDICE 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	131
APÊNDICE 2: TABELAS	132

ANEXOS.....	160
ANEXO 1: Formulário para Análise da Depressão	161
ANEXO 2: Avaliação Multiaxial	167
ANEXO 3: Estudo de caso sobre diagnósticos de: depressão, tentativa de suicídio, gravidez, HIV e DST em adolescentes e adultos jovens.....	175
ANEXO 4: Depressão Maior e Gravidez na Adolescência e Adultos Jovens: Relação com estressores psicossociais e história familiar de psicopatologia	193

INTRODUÇÃO

CAPÍTULO 1: ASPECTOS TEÓRICO-TÉCNICOS SOBRE A ADOLESCÊNCIA, O ADULTO JOVEM, A DEPRESSÃO E O EIXO IV DO DSM-IV

1.1. Considerações iniciais

Ao percorrer a minha trajetória acadêmica, reflito sobre a minha história pessoal, ao lançar meu olhar para o passado tão atual e ativo, haja vista o processo de construção das representações psíquicas, profissionais e sócio-culturais que perpassam o processo de escolha pessoal e profissional.

Ao desenvolver atividades de atendimentos grupal e individual, tive a oportunidade de compreender as mesmas percepções e vivências em outros jovens, outros pais, da construção e reconstrução da identidade profissional imbricada, ao desenvolvimento da identidade pessoal.

Através de estudos teórico-práticos, surgiu o aprofundamento de meu interesse em entender a Adolescência, apreendê-la enquanto área de conhecimento e experiência de vida.

Surgiu, em 1997, a oportunidade de prestar um teste seletivo para docente na Universidade Estadual de Londrina, no Departamento de Psicologia e Psicanálise; em 1998, foi realizado o concurso, caminho indecifrável a ser percorrido do ponto de vista objetivo; decifrável do ponto de vista da anatomia de um destino: ser professora; estudar e pesquisar o tema da Adolescência; envolver-me com alunos, pessoas ligadas às questões dos adolescentes; ser Psicóloga Clínica, com pacientes na Clínica.

Ao mesmo tempo de meu ingresso na docência, houve minha inserção como supervisora junto aos projetos de Extensão: “Atendimento à Comunidade em Orientação Vocacional” e “Atendimento à Comunidade sobre Questões da Adolescência”. Tanto num quanto noutro, na modalidade de atendimento grupal e individual.

Existiu um intercâmbio entre as forças internas e externas não só do passado vivenciado, mas também do passado reatualizado e reeditado na busca de uma elaboração e maior compreensão da realidade. Surgiu a reconstrução de um aspecto educativo na minha identidade pessoal, por meio do desenvolvimento da minha

identidade profissional. Houve então, a comprovação de que uma área integradora de pulsão de vida foi à escola, sobretudo a importância dos professores em toda a fase de crescimento, reatualizada na adolescência de meus filhos.

Ao longo dos anos, os resultados das atividades profissionais relacionadas aos projetos que foram sendo mais propícios se direcionaram ao método clínico, à psicoterapia individual, o que fica caracterizado por uma comprida lista de espera na clínica psicológica.

Os atendimentos grupais com adolescentes em projetos de extensão sob a minha coordenação, e supervisão nos últimos anos, almejavam atender as demandas das escolas estaduais do ensino médio da cidade de Londrina e de famílias, que solicitaram o trabalho de extensão à comunidade da área de psicologia, vinculado à Universidade Estadual de Londrina.

O Projeto intitulado “O Atendimento à Comunidade sobre as Questões da Adolescência” de autoria inicial de Tinoco (1995). Posteriormente, Abreu (1999) assumiu o mesmo desenvolvendo as reformulações tidas como necessárias, privilegiou o atendimento de adolescentes somente de escolas estaduais, e pessoas que faziam parte do seu grupo de referência (pais, professores, orientadores educacionais).

Os acontecimentos marcantes nesta fase são a formação da identidade pessoal/profissional, permeada por vários lutos: dos pais; da infância; do corpo infantil; da sexualidade; e de todas as relações vivenciadas com o mundo. Por ser esse período, permeado, por dolorosas e incompreendidas mudanças, os atendimentos oferecidos aos jovens realizados por este projeto foram de extrema relevância.

Através do oferecimento de um espaço de apoio psicoprofilático e remediativo, por meio dos atendimentos individuais, e grupais, desenvolvidos nas instituições, orientaram muitos jovens, pais, professores sobre as transformações que ocorrem nesse período de vida-adolescência através da formação de grupos de acompanhamento por meio de discussões, trocas de experiências vividas e reflexões sobre situações do cotidiano adolescente. Portanto, auxiliou-os a enfrentar e compreender esta fase da vida repleta de intensas transformações.

Pode propiciar às pessoas envolvidas diretamente com os adolescentes a elaboração de suas próprias adolescências, e de melhorar as relações interpessoais dentro o grupo de pares e de referência. Facilitou aos adolescentes um maior entendimento de si, dos outros e do ambiente, através da conduta de acolhimento que o grupo ofereceu.

Foram garantidas as prestações de serviços, a qualidade dos mesmos através da validação da importância dada ao trabalho pelo grupo de pares. Por outro lado, as relevâncias de tais empreitadas e suas qualidades não foram suficientes para caracterizar uma pesquisa, pois não foram organizados os dados que poderiam demonstrar um conhecimento organizado sobre os fenômenos concebidos.

À medida que foi sendo realizado um aprofundamento de estudos teórico-práticos sobre a adolescência, foi sendo organizado um corpo de hipóteses e estruturado um conjunto de passos, os quais puderam garantir novos conhecimentos e modalidades de intervenção.

A partir dessas constatações, foi um caminho natural fazer o Mestrado em Educação, na linha de pesquisa de Desenvolvimento Humano, e investigar o perfil psicossocial dos adolescentes e a influência da Família, da Escola e da Escolha Profissional, na determinação do mesmo.

Foi desenvolvido o trabalho de Dissertação de Mestrado em Educação intitulado: “A Influência da Família, da Escola e da Questão Profissional na Determinação do Perfil Psicossocial do Adolescente”, (ABREU, 1999).

O objetivo deste estudo foi investigar a influência dos fatores psicossociais que são estruturantes da personalidade dos adolescentes do ensino médio, com idade entre 13/14-17/18 anos, e repensar seu processo de formação pessoal.

Face às constatações de que a família, a escola, o relacionamento interpessoal, o momento da escolha profissional poderiam determinar o perfil psicossocial do adolescente, além do aspecto sócio – cultural, tornou-se de suma importância poder pensar, e repensar as questões da adolescência e o processo de formação pessoal, moral, social, emocional e profissional de nossos jovens. Tal preocupação fundamentou-se no fato de que a prática educacional neoliberal, a família, a sociedade de um modo geral encontram-se em crise, em período de transição e ajustamento.

De acordo com essas questões, os objetivos propostos pela pesquisa foram atendidos. Eles tinham a finalidade de investigar a influência de variáveis psicossociais na determinação do perfil do adolescente, e discriminar áreas de desajustes, de acordo com os seguintes instrumentos: Questionário do adolescente (Rynaldo de Oliveira, 1995), Frases incompletas (Rodolfo Bohoslavsky, 1991) e Questionário individual (Abreu et al, 1997): Investigar a multideterminação do perfil psicossocial dos adolescentes: a influência da família, da escola e da escolha profissional.

Desenvolveu-se, a partir dos resultados obtidos na pesquisa, da metodologia descrita, dos procedimentos utilizados e dos estudos teóricos realizados, uma proposta de trabalho com adolescentes junto às instituições de forma grupal, no que se relaciona às áreas do processo de formação pessoal, social e profissional.

Foram abordados estudos sobre “O Perfil Psicossocial do Adolescente e seu Desenvolvimento Humano: no que diz respeito à compreensão de quem é o nosso adolescente, como ele se vê e como se sente”.

Foi analisada “A Adolescência e o Processo Ensino-Aprendizagem: a Família, a Escola e a Comunidade; considerando como o adolescente percebe e se identifica com a família; com a escola; com os professores e com o grupo de amigos”.

Discorreu-se sobre os temas de “Identificação e Identidade: A Questão da escolha Profissional do jovem e sua preocupação com o futuro”.

Foram apresentados: “Método e os procedimentos metodológicos”, utilizados no desenvolvimento do estudo, a apresentação e a discussão dos resultados e algumas considerações finais.

Ao considerar a multideterminação desses aspectos enquanto fatores decisivos que influenciam o perfil psicossocial dos adolescentes almejam-se estruturar programas de apoio psicoeducacionais com uma atuação psicoprofilática, sem os vieses de uma outra realidade social.

Com relação à pesquisa do mestrado, foi feita uma análise descritiva dos dados com apresentação de tabelas e gráficos. Utilizou-se o Teste T (validação estatística), para as diversas comparações entre grupos de interesses e, de uma forma combinada, a análise qualitativa de categorização das respostas, que envolveu a correlação dos dados obtidos com o referencial teórico.

Uma das contribuições mais significativas previstas para a disseminação dos resultados da pesquisa foi propor a operacionalização de atendimentos grupais, visto que os resultados apontaram áreas de desajustes ligadas à escola, à sexualidade e à área social. Surpreendentemente, dos oitenta jovens investigados - quarenta alunos de escola estadual e quarenta de escola privada, vinte homens e vinte mulheres para cada escola - a maioria não apresentou desajustes na área familiar; individual e de tóxicos. Os desajustes foram na área sexual, social e acadêmica.

As intervenções feitas desde o ano de 1999 até o momento atual, no desenvolvimento de atividades com grupos, almejam um espaço de apoio para os

jovens na fase média e final da adolescência propício às reflexões sobre os desajustes identificados na pesquisa.

Em razão das atividades desenvolvidas essencialmente na docência, em projetos de Extensão, de Mestrado, de Seminários Clínicos, serem todas, em sua maioria, voltadas à Adolescência, já antes de terminar o mestrado, em 1999, iniciei ações de docência ligadas às disciplinas de pós-graduação, com tarefas de orientação e supervisão de monografias *lato-sensu*, mais especificamente ligadas aos estudos da adolescência e do adulto jovem. Os meus estudos, atualmente são voltados ao envolvimento com projetos de pesquisa baseados em orientações da psicanálise, com foco em estudos de *Winnicott*.

Em virtude de meu envolvimento intenso com estudos e pesquisas sobre a Adolescência, considerando-se o critério de fases definido sócio-culturalmente por alguns estudiosos, na fase inicial; média; e final que coincide com o início da adultez, surgiu o meu envolvimento com o Programa de Doutorado em Psicologia como Ciência e Profissão, – área Clínica, no início de 2002, na PUC-Campinas.

O investimento neste Projeto de Pesquisa surgiu como decorrência do percurso assinalado. Tornou-se imprescindível para mim e para o aperfeiçoamento do meu trabalho uma continuidade expressada pelos anos de exercício acadêmico e profissional, compreender e considerar os aspectos multifacetados que podem resultar

em Transtornos de Ajustamento, Depressão e outras condições Clínicas Adicionais na Adolescência Final e Início da Aduldez. Além destas questões tão importantes, prevaleceu também a necessidade atual de aprender, para ensinar.

Com o ingresso no Programa, foi elaborado por mim o Projeto intitulado “Tratamento e Prevenção Psicológica dos Transtornos de Ajustamento e Depressão na Fase Final da Adolescência e Início da Aduldez: Um Enfoque Multidisciplinar”. Tal projeto foi devidamente aprovado pelas instâncias competentes da Instituição (UEL) : CPG - Comissão de Pós-Graduação, Comissão de Ética - Área predominante 7.07.00.00.1, Psicologia, subárea 7.07.10.00.7, Tratamento e Intervenção Psicológica, especialidade 7.07.10.01.5, Intervenção Psicológica.

Houve o envolvimento de outras áreas de acordo com o método colaborativo, para a fase do estudo descritivo. As outras áreas envolvidas foram: Medicina nas especialidades de Psiquiatria, Ginecologia, Obstetrícia e a área de Estatística.

Atualmente tem-se observado que há uma abertura de espaços em congressos para a apresentação de trabalhos de Grupos, e, uma ampla gama de pessoas trabalhando na procura de novos caminhos. E, também um movimento crescente de estudos que possam atender a demanda real dos jovens que procuram ajuda nos sistemas de saúde.

O contexto pós-moderno dissemina novas modalidades de estética e erótica nos relacionamentos baseadas em fatores que estão sendo modificados velozmente (OUTEIRAL, 2001). As implicações estruturais e psíquicas decorrentes destas inovações, de um paradigma de imagens desfocadas, descartáveis, de vicissitudes que não contemplam um início–meio–fim, ocasionam, cada vez mais, a brevidade dos contatos entre as pessoas, bem como a existência de uma fragilidade nos sistemas de apoio vigentes.

Os sentimentos de des-realização e des–personalização ocasionados por esta modalidade interacional desencadeiam uma psicopatologia ainda indecifrável. Quando se pensa e estuda o desenvolvimento da adolescência, a Síndrome Normal da Adolescência e os transtornos que podem ocorrer como o de ajustamento e a depressão, associados às questões que mostram o surgimento e agravamento de outras situações de risco na fase do crescimento, como, por exemplo: a gravidez na adolescência, doenças sexualmente transmissíveis, HIV, tentativas de suicídio.

Segundo Rouquayrol (1999) uma gravidez não desejada pode levar a jovem à tentativa de aborto; por esta prática ser ilegal no Brasil, surge complicações e riscos de vida. Os casos de gestação que vão até o final expõem, de acordo com alguns estudos, a adolescente a situações de risco importantes, como: demandas nutricionais do feto e da própria gestante que podem ser insuficientes; um corpo em crescimento acolhendo um outro, - o feto; dificuldades na hora do parto; falta de

amadurecimento na assunção do papel materno, refletido na taxa de mortalidade; perda de oportunidades sociais, educacionais e profissionais, as quais comprometem a vida futura.

Por outro lado, quando se pensa nos aspectos subjacentes a uma gravidez na adolescência, ou numa doença sexualmente transmissível, pressupõe-se inerentemente a existência de transtornos que estão ocorrendo no âmbito psicológico. Estes transtornos poderão ser investigados, por meio da aplicabilidade do método clínico sugerido pelos critérios diagnósticos do DSM IV, Eixo I e Eixo IV, bem como o método clínico em psicoterapia psicanalítica, além dos métodos clínico, médico e psiquiátrico sob o ponto de vista de uma visão multidisciplinar - institucional.

Os jovens que procuram os serviços institucionais encontram-se em sua maioria, em situações consideradas como de risco de vida, haja vista o número crescente da taxa de suicídio, depressão, uso de drogas, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez na adolescência e outras condições clínicas mostradas por outros pesquisadores em seus estudos. Estas situações requerem propostas urgentes de intervenção, voltadas ao tratamento e à prevenção.

Rubem Alves (1995) escreve: “Meu mundo é aquilo que posso falar”; em indagações que transcendem o rigor metodológico tradicional, quer seja na busca

de conhecimentos intencionais ou não, o que vem corroborar com o diálogo de outras áreas do conhecimento científico.

Neste sentido, em muitos atendimentos, realizados através dos projetos, foi observado que, além das queixas comuns deste período da vida, alguns jovens eram usuários do sistema de saúde mental, com diagnósticos de depressão, em sua maioria.

Surgiam questões imbricadas a estes diagnósticos, que traziam à tona alguns questionamentos relacionados a fatores Ambientais e Psicossociais, sobrepostos aos lutos do crescimento, principalmente em jovens que já eram ingressos da fase final da adolescência e início da adultez.

Tais situações experienciais ocasionaram o desenvolvimento deste estudo ao propor um enfoque de atendimento multidisciplinar e colaborativo na primeira etapa deste projeto de pesquisa, com a finalidade de um diagnóstico diferencial. Foram levados em consideração elementos cruciais deste caminho, e, por conseguinte, o mapeamento das intercorrências que o perpassam.

Esta tese não tratou de discorrer sobre os Transtornos de Ajustamento e Depressão, inseridos no Eixo-I e Eixo-IV do DSM-IV, respectivamente. Tampouco de

realizar um estudo exaustivo sobre a Depressão em adultos jovens, pois há muitos estudos atuais sobre a depressão, inclusive por parte da Psicanálise.

Pretendeu, sim, realizar um nível de ação com o caráter de investigar e considerar as especificidades e características dos problemas com os quais os jovens se deparam. E, quem sabe propor alguma contribuição para a área da saúde mental, através de uma pesquisa colaborativa e multifacetada por métodos e instrumentos distintos, mas complementares.

Os pressupostos do estudo previram uma intervenção que utilizasse as competências necessárias, com ética e coerência, para investigar e avaliar o caminho da depressão e a sua cartografia na fase final da adolescência - início da adultez jovem, através do diagnóstico descritivo diferencial sobre a depressão na primeira fase do estudo.

Auscultar o elemento de “ *holding*” que poderia surgir por meio da Consulta Terapêutica com jovens já diagnosticadas como portadoras de Depressão, na fase seguinte da pesquisa do estudo: “Os Caminhos da Depressão e sua Cartografia (a palavra cartografia aqui, com a representação análoga de uma “metáfora de localização” escrita por Vaisberg, 1999, na sua tese de livre docência USP/SP) na Adolescência final e início da Adultez”.

A seqüência de análise do desenvolvimento desta Tese seguirá o percurso baseado em capítulos: Capítulo 1, voltado principalmente para a apreensão dos Aspectos Teórico-Técnicos sobre o Adulto Jovem, a Depressão e os aspectos enfatizados pelo Eixo-IV do DSM-IV, edição revisada; Capítulo 2: Objetivos; Capítulo 3: Métodos e Procedimentos; Capítulo 4: Resultados; Capítulo 5: Contribuições Finais; Referências, Apêndice e Anexos.

1.2. A Adolescência e o Adulto Jovem

Abreu, (1999: 3), descreve:

Falar do adolescente é tentar compreender as alternativas possíveis que podem ou não ser apresentadas, significa a compreensão de um cenário multideterminado: a família, a qual não se escolhe; um sistema e um modo capitalista de pensar e o enfrentamento de uma dolorosa mudança biológica, psíquica e social.

Este consenso é resultado do entendimento por parte das diversas sociedades e especialistas, de que nossos jovens adolescentes “de hoje” serão os adultos “do amanhã”. E pelo entendimento de que a adolescência se circunscreve em um meio sócio-cultural, compreendida no desenvolvimento de um processo psicossocial, fundado na reflexão de que a experiência na adolescência é peculiar ao seu ambiente sócio-econômico, cultural e familiar, e que sua vivência é delimitada pela transposição de diferentes fases (ABREU, 1999:4).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) há, na adolescência, duas fases: a primeira, dos dez aos dezesseis anos; e a segunda, dos dezesseis aos vinte anos.

Ferrari (1996) diz que é freqüente, na adolescência, o surgimento de sintomas, como o único meio encontrado para enfrentar as mudanças intensas dessa fase. Eles têm a função de tranquilizar o adolescente a respeito da própria identidade, podendo constituir-se como sintoma clínico: vômito, hipertermia, dismenorréia, incomunicabilidade, estados confusionais e delírio, anorexia e bulimia, toxicodpendência, crises psicóticas e inibições várias, que podem envolver comportamentos, desempenhos e o crescimento em geral. Poderão ocorrer Transtornos, a interferir no desenvolvimento da adultez, haja vista o surgimento de condições de desajustes, como a depressão, gravidez na adolescência, doenças sexualmente transmissíveis, etc.

A sociedade brasileira, segundo Outeiral (1997, 2001), considera que a adolescência é delimitada por três fases: a adolescência inicial (10 a 14 anos), período de transformações corporais e de alterações psíquicas derivadas desse processo; a adolescência média (14 a 16 e 17 anos), caracterizada pelas questões sexuais, quando ocorre a passagem da bissexualidade para a heterossexualidade; a adolescência final (16/17 anos a 20/25 anos), em que há várias modificações em relação ao vínculo com

os pais, à questão profissional associada ao término do 2º grau (ensino médio), a aceitação do novo corpo e de novas formas de relação com o mundo adulto.

Essa é uma divisão de idades arbitrariamente estabelecida, porquanto os critérios de definição da finalização do período adolescente remetem à questão de uma análise psicossocial, na qual nos defrontamos “com adolescentes antes dos 10 anos, assim como após os vinte anos” (Outeiral, 2001). Adolescentes precoces e adolescentes tardios, avaliando a questão, sob o ponto de vista histórico-genético e funcional, com prováveis aspectos de detenção ou fixação parcial, em aspectos do desenvolvimento.

Aberastury e Knobel (1984) mostram que, na adolescência, ocorre à chamada “Síndrome Normal da Adolescência”, caracterizada, muitas vezes, por jovens apresentando comportamentos semelhantes ao de um quadro psicopatológico, no entanto, por ser transitória, é considerada normal. Não é fácil estabelecer o conceito de normalidade; ele varia com relação ao meio sócio-econômico, político e cultural e é regido pelas normas sociais vigentes, seja implícita ou explicitamente. Para esses autores, os acontecimentos marcantes, nessa fase, são: a formação da identidade e o processo de luto pela infância perdida, pelo corpo infantil e pela separação progressiva dos pais.

Segundo Knobel (1984), a fase da adolescência precisa ser estudada com sua bagagem biológica individualizante, inserida na psicologia evolutiva. O elemento sócio-cultural influi determinantemente na adolescência; mas não se pode deixar de considerar o embasamento psicológico por trás da expressão sócio-cultural. Portanto, sintetiza as características e a sintomatologia que integram esta fase como a “síndrome da adolescência normal”.

Erikson (1976) diz que o principal acontecimento, nesse período, seria a formação da identidade, no qual o adolescente passaria por um processo de elaboração das experiências vividas, tanto em relação às opiniões de outras pessoas, quanto às próprias idéias a respeito de si, sendo influenciado por aspectos profissionais, ideológicos, religiosos, sexuais.

É no desenvolvimento psicossocial, conforme Erikson (1976), que “o adolescente deve enfrentar o conflito básico: identidade versus difusão de papéis”. O conceito de identidade do autor leva em consideração que a integração da personalidade não é atingida simplesmente pela passagem normal das diferentes fases do desenvolvimento psicosexual.

Depende de uma constante reorganização durante o processo, que culmina com uma cristalização na adolescência dos “dados constitucionais,

necessidades libidinosas, capacidades desenvolvidas, identificações significativas, defesas efetivas, sublimações exitosas e papéis adequados”.

Para Freud, “a criança é o pai do homem”. A psicanálise, portanto, foi obrigada a construir seus postulados da seguinte maneira: 1) a atribuir a origem da vida mental do adulto à vida primitiva das crianças; 2) portanto, a estabelecer continuidade entre a mente infantil e a mente adulta, pois nenhuma das formações mentais infantis perece, e as atitudes da infância acham-se presentes na maturidade; 3) a confirmar a influência extraordinária das impressões dos primeiros anos da infância, que correspondem também às primeiras atividades de suas disposições instintivas inatas ou adquiridas pelo fenômeno da transferência vincular, oriunda das relações objetais (FREUD, 1909).

Sobre o trabalho, Freud (1930), afirma: “nenhuma técnica para conduta da vida prende o indivíduo tão firmemente à realidade quanto à ênfase concedida ao trabalho, pois este, pelo menos fornece um lugar seguro numa parte da realidade, na comunidade humana [...] A atividade profissional constitui fonte de satisfação especial, se for livremente escolhida, isto é, se por meio de sublimação tornar possível o uso de inclinações existentes, de impulsos instintivos persistentes ou constitucionalmente reforçados”.

O adolescente para a assunção de sua individuação precisa superar os estados transitórios e confusionais peculiares a esta idade. Devido a estas condições, o papel da família e do ambiente onde o adolescente vive tem importância fundamental. É um período no qual deverá elaborar as perdas mais significativas a serem enfrentadas, ou seja, os lutos: perda dos pais da infância; do corpo infantil; de todas as relações objetais infantis; do luto pela bissexualidade. Estes lutos irão desencadear sentimentos de tristeza, desamparo, num percurso normal; ao contrário num movimento patológico, surge a depressão.

Freud (1917), nos seus achados sobre o luto e a melancolia, já descrevia algumas manifestações simbólicas que sugeririam afecções somáticas descritas psicodinamicamente. Estes traços mentais distintos já caracterizavam o estado de melancolia como um luto patológico, semelhante ao tipo de transtorno depressivo maior descrito no DSM-IV, Eixo-I.

Pois de acordo com o Eixo-I do DSM-IV, os transtornos de humor são: episódio depressivo maior, maníaco, misto, hipomaníaco e transtorno ciclotímico. Para o adolescente, neste caso, ser diagnosticado como portador de um episódio depressivo maior, serão precisos pelo menos, cinco sintomas, presentes por volta de duas semanas, entre estes: humor deprimido, perda de interesse, perda do prazer, humor irritativo, alteração no apetite, perda e/ou ganho de peso, insônia, hipersonia, sentimentos de inutilidade,[...]pensamentos recorrentes de morte etc.

Traços mentais distintivos da melancolia são um desânimo profundamente penoso, a cessação de um interesse pelo mundo externo, a perda da capacidade de amar, a inibição de toda e qualquer atividade, e uma diminuição dos sentimentos de auto-estima [...] culminando com uma expectativa delirante de punição” (Freud, 1917: 276).

Ao se considerar essas manifestações, devem-se refletir, sobre as influências diretas e indiretas que o jovem sofre, como oriundas “de questões de natureza social: miséria, violência, ignorância, desemprego, fome, migrações, abandono, falta de modelos identificatórios, bem como elementos inibidores e facilitadores da vida pulsional, inerentes à cultura a que pertencem o jovem e sua família (Levisky, 1998); tudo isto imbricado a fatores que caracterizam a Pós-Modernidade, época da des-subjetivização, do descartável, do narcisismo patológico” (Outeiral, 2001).

Desta maneira , definir o que é normal ou patológico é poder observar que as avaliações sintomáticas, fenomenológicas, de natureza epidemiológica, são importantes. Entretanto elas são pouco reveladoras da dinâmica inter e intrapsíquica de cada caso, [...] não podendo ser esquecidas as características inerentes a cada fase do desenvolvimento; mesmo se considerando os Tratados Extraordinários de Psiquiatria Infantil e da Adolescência, segundo Levisky, (1998: 162).

Para “este autor, em um trabalho realizado sobre o Estudo e Discussão Nosográfica sobre as Psicoses Infantis”, ele pode observar algumas discrepâncias entre uma avaliação estritamente fenomenológica e uma avaliação metapsicológica (LEVISKY, 1998: 163).

Para Winnicott (1975 apud Abreu, 1999), o melhor tratamento para a adolescência é o tempo. Sob o ponto de vista de uma metáfora cartográfica análoga à metáfora freudiana de um “topo”, há, nesta visão, o espaço, um lugar transicional. E à teoria do objeto, neste caso: “a teoria do objeto transicional”.

A idéia de transição à da noção de um espaço intermediário constituído na ilusão (a palavra ilusão aqui entendida como brincar, do latim *ludere*, de acordo com Winnicott) , da continuidade para enfrentar a descontinuidade da diferenciação entre o “eu-não eu”. Um espaço entre a fantasia e a realidade, do como “se fosse”, através da criatividade do brincar, precursora da capacidade de sustentar, o paradoxo do desenvolvimento e preservação da vida.

Brincar durante a infância e através do ciclo de vida ajuda a liberar as tensões da vida, prepara-nos para o que é sério , às vezes fatal (ex: jogos de guerra), “ajuda-nos a definir e a redefinir os limites entre nós e os outros e auxiliando-nos na obtenção de nossa própria identidade pessoal e corporal “ (GROLNICK, 1993:44 apud ABREU, 1999:22 e 23).

Para Winnicott (1975:79): “É no brincar, e talvez apenas no brincar, que a criança ou o adulto fruem sua liberdade de criação”.

[...] descobrimos que os indivíduos vivem criativamente e sentem que a vida merece ser vivida, ou, então, que não podem viver criativamente e têm dúvidas sobre o valor do viver. Essa variável nos seres humanos está diretamente relacionada à qualidade e à quantidade das provisões ambientais no começo ou nas fases primitivas da experiência de vida de cada bebê (WINNICOTT, 1975: 103).

Por meio desta complexidade, a existência de um estado psicopatológico temporário ou permanente dependerá de como a realidade interna de um indivíduo foi subjetivamente concebida, de acordo com aquilo que objetivamente foi percebido por ele, através do seu desenvolvimento e das experiências emocionais que lhe foram proporcionadas.

“Os objetos transicionais e os fenômenos transicionais pertencem ao domínio da ilusão que está na base do início da experiência” (WINNICOTT, 1975: 30).

Segundo a teoria do desenvolvimento Winnicottiana, o viver criativo depende de experiências “suficientemente boas” que acontecem no espaço potencialmente transicional, fundadas na confiança entre o bebê e a mãe, a criança e a família, o indivíduo e a sociedade.

Ao contrário, experiências más levam a um estado patológico e de sofrimento; com a eclosão de sentimentos ruins, que fazem com que o indivíduo não consiga livrar-se deles, pois não dispõe de meios para tanto.

A partir daí, para o adulto jovem reconhecer-se a si, já é muito difícil, razão pela qual eclodem vários transtornos.

A própria literatura psiquiátrica, segundo Kaplan (1993), na descrição feita sobre transtorno de identidade e nos critérios diagnósticos enfatizados, faz pouca menção a este quadro patológico, a depressão . Essa falta de discussão é causada, provavelmente, pelo fato de muitos adolescentes com os sintomas de transtorno de identidade, de ajustamento, estarem sofrendo, na verdade, de um transtorno diferente. Além disso, supostamente, muitos deles não chegam à atenção dos profissionais.

O início desse tipo de transtorno ocorre, freqüentemente, quando o jovem se encontra na fase final da adolescência, tendo de enfrentar situações decisórias ligadas à família, ou aos estudos, ao trabalho, à sexualidade; ou todas elas, ao mesmo tempo. Estudos epidemiológicos realizados até a atualidade têm-se mostrado sem confiabilidade e, ainda, são escassos. A etiologia deste transtorno é supostamente psicológica e é perpassada pelas questões psico-sócio-culturais.

Segundo as características clínicas, curso e prognóstico descritos, caracteriza-se o transtorno de identidade na fase final da adolescência, quando o jovem procura ascender a um novo *status quo*, o de adulto. Por outro lado, esta vivência poderá ser representada por uma sintomatologia e análise diferencial, amplamente difusa, podendo tornar-se extremamente prejudicial. Poderá ser tratada como uma “síndrome depressiva, *borderline*, dentre outras”.

Os critérios diagnósticos para Transtorno de Identidade apresentam conforme Kaplan, (1993):

A - Sofrimento subjetivo grave relativo à incerteza sobre vários temas relacionados à identidade, incluindo três ou mais dos seguintes: 1-objetivos em longo prazo; 2- escolha da profissão; 3- padrões de amizade; 4- orientação e comportamento sexual; 5- identificação religiosa; 6- sistemas de valores morais; 7- lealdades grupais;

B - Insuficiência do funcionamento social ou profissional (incluindo acadêmico), como resultado dos sintomas em A.

C - A duração da perturbação é de pelo menos, três meses.

D - Não ocorre exclusivamente durante o curso de um transtorno do humor ou de um transtorno psicótico, como na esquizofrenia.

E - A perturbação não é suficientemente global e persistente para justificar o diagnóstico de transtorno de personalidade borderline.

Segundo o DSM-IV, os transtornos podem ser de Ajustamento de Personalidade, de Relacionamento, de Identidade de Gênero, Alimentares, relacionados a Substâncias, bem como Condições Adicionais que podem ser um foco de atenção Clínica, como: Comportamento anti-social na criança ou no adolescente v.71.02, problema acadêmico v.62.3, ocupacional v.62.2, religioso ou espiritual v.62.89, problema de aculturação v.62.4, problema de fase de vida v.62.89, problema de identidade v.313.82, dentre outros. Tais classificações foram organizadas, com a finalidade de serem usadas em contextos clínicos, educacionais e de pesquisa. Há que se considerar, a ampla aceitação internacional do DSM-IV, como parâmetro norteador clínico de diagnósticos e prognósticos das doenças mentais nas diferentes áreas da saúde, na atualidade.

Em virtude da multiplicidade de aspectos clínicos que podem ser diagnosticados, faz-se cada vez mais necessário o desenvolvimento de estudos, capazes de rever algumas questões ligadas a certas doenças, pois há estudos inconclusivos quanto às razões de seus inícios em diferentes idades, havendo um aumento progressivo, com o avanço da idade, como, por exemplo, a depressão. Ao mesmo tempo, configura-se a necessidade de outras pesquisas, relacionadas aos

fatores de risco desta população, a fim de atender a demanda, cada vez maior, de atendimento clínico, de forma efetiva e profilática.

Frente a estas demandas, reconfigura-se também, uma visão hodierna sobre os métodos de pesquisas para estes estudos, os quais devem procurar ser colaborativos e multicêntricos.

Neste contexto de uma visão de experiências emocionais com falhas ambientais precoces, localizadas na experiência cultural atual, os jovens cada vez mais assumem condutas de riscos e as vivenciam com comportamentos de menos valia para a vida o que desencadeia vários transtornos como: a depressão, tentativa de suicídio, doenças sexualmente transmissíveis (DST) e a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), incidindo com um aumento de “gravidez precoce”.

Em um estudo realizado por Abreu, et al (2004), foi constatado que, iniciadas estas condutas de risco nas idades de 10 a 16 anos, significativamente elas aumentam nas idades de 17 a 25 anos, aumentando a sua “prevalência”. Segundo a O.M.S., idades que caracterizam a adolescência e o início da adultez jovem.

1.3. Depressão (os transtornos mentais) e o Eixo-IV do DSM-IV

Por se considerar a importância de critérios de um diagnóstico diferencial no mapeamento da depressão e seus caminhos na adolescência e na adultez, levar-se-á em conta uma visão clínica colaborativa adicional, iniciando - a com a seguinte questão para os psicólogos, preferencialmente.

“Mas o que é um Transtorno Mental?” (Baron, 2002).

A maioria dos psicólogos concorda que os transtornos mentais incluem modelos de comportamento ou pensamentos que são julgados como incomuns ou atípicos na sociedade. As pessoas que apresentam estes transtornos não se comportam, não pensam como deveriam, e estas diferenças são frequentemente observadas por quem vive ao seu redor.

Tais transtornos usualmente geram angústia, sentimentos negativos e reações, nas pessoas que os experimentam. Os transtornos mentais são desadaptativos, interferem nas habilidades individuais de funcionar normalmente e atrapalham as demandas da vida diária.

Com a confirmação destes pontos, os transtornos mentais podem ser definidos como distúrbios no comportamento dos indivíduos, no funcionamento psicológico, não são aceitos culturalmente e que levam à angústia - aflição psicológica, à inabilidade comportamental e ao enfraquecimento de todas as funções.

Baron (2002) realizou uma síntese histórica panorâmica sobre a natureza dos transtornos mentais, até a atualidade e examina como os psicólogos procedem, para identificar vários transtornos mentais, e da importância crucial de tal processo, ao planejar uma avaliação diagnóstica que determine um tratamento e prognóstico, efetivos.

O foco sobre um modelo de anormalidade pressupõe o pêndulo da história não se mover em uma direção somente; porém em várias direções. Através dos séculos e diferentes sociedades os transtornos mentais eram atribuídos aos fatores ou forças naturais, como infrações com o corpo ou questões sobrenaturais, como possessões demoníacas.

Ao percorrer estas mudanças históricas sobre a compreensão dos transtornos mentais, iremos transitar por modelos de anormalidade, que são, por sua vez, a estruturação que leva à compreensão de como e por que os transtornos mentais se desenvolvem e qual o melhor tratamento para eles.

“Do Velho Mundo à Era do Esclarecimento” (Baron, 2002): eram consideradas as explicações sobrenaturais e atribuições aos espíritos demoníacos. Somente a Grécia antiga oferecia uma explicação diferente a este cenário: “Todas as formas de doença, inclusive as mentais tinham causas naturais” (Hipócrates). Ele atribuía os transtornos psicológicos e físicos a alterações bruscas dos humores corporais, à hereditariedade e, inclusive, sugeria um tipo de tratamento: descanso, repouso (boa alimentação, boa bebida), enfim, uma dieta saudável.

A idéia de que os distúrbios eram oriundos de causas naturais biológicas e poderiam ser tratados como as outras doenças, particularmente, agradava os romanos de um modo geral.

No entanto, após a queda de Roma, este cenário mudou radicalmente no mundo ocidental, pois, enquanto outras culturas mantiveram a idéia de causas naturais, originando os transtornos mentais, a religião veio dominar a sociedade ocidental. Como resultado desta dominância religiosa, retorna-se à atribuição de forças sobrenaturais, para se explicar e tratar os transtornos mentais.

Na Renascença (1400) o Pêndulo da História move-se novamente, Paracelsus (1493-1541) sugeriu que o comportamento anormal, pelo menos, em parte, ainda sofria a influência de Hipócrates, visto que a mudança de humor influenciava o cérebro e induzia à loucura.

Décadas mais tarde, John Weyer (1515-1588) retoma a idéia das causas naturais, das causas físicas nos transtornos mentais, podendo ser considerado o primeiro médico-psiquiatra com o conhecimento da anatomia e da biologia crescentes no Renascentismo. A visão de Weyer de que o comportamento anormal era uma espécie de doença se firmou; ele contestava fortemente a forma bruta de tratamento dos transtornos mentais.

Em meados de 1700, os reformadores sinalizavam grandes mudanças. Em 1793, Philippe Pinel (1745-1826), responsável por um grande hospital psiquiátrico francês, desacorrentou os pacientes, argumentando que teriam melhora se fossem tratados com amor e carinho. O resultado da aceitação de suas idéias desenvolveu um tratamento moral e criou o movimento da Higiêne Mental, promovendo, durante o século XIX, melhores condições de atendimento e tratamento aos doentes mentais.

Os resultados produzidos não previram sua manutenção, e isto desencadeou o funcionamento desprovido de recursos humanos necessários. Portanto, nas primeiras décadas do século XX, podiam-se oferecer apenas cuidados de custódia ao grande número de pacientes internados e tratados. Além disso, estas facilidades permitiram aos psiquiatras o estudo e a comparação dos sintomas de muitos pacientes; esse trabalho também proporcionou o desenvolvimento de formas melhoradas de descrever e classificar os transtornos mentais.

Atualmente, as perspectivas modernas compõem-se dos Modelos Biológico; Psicológico; Sócio-cultural e de Diátese-Estresse. As perspectivas se complementam umas às outras. Estes achados promovem um novo cenário de compreensão sobre os transtornos mentais e mostram como os psicólogos procedem para identificar vários transtornos mentais.

O Modelo Biológico enfatiza a regra do sistema nervoso no Transtorno Mental. Explica-o em termos de mau funcionamento de algumas partes, e, em algumas discussões, a questão familiar-hereditariedade. Contribuiu grandemente para as descobertas das neurociências e de avanços tecnológicos.

Já o Modelo Psicológico privilegia a regra dos processos básicos psicológicos nos Transtornos Mentais, como a questão da aprendizagem, por exemplo: fobia social. A outra regra se refere aos fatores cognitivos, exemplo: teorias da depressão. Finalmente, a perspectiva psicológica que leva em consideração as forças inconscientes e conflitos individuais, a Psicanálise. Forças dinâmicas que precisam ser organizadas .

Por meio do Modelo Sócio-cultural, psicólogos e outros profissionais da saúde mental apontam a importância de variáveis sociais como o desemprego, pobreza, educação inferior - baixa escolaridade e preconceito, como causas potenciais

em alguns Transtornos Mentais (T.M.). Enfatizam os fatores externos, como o ambiente negativo, posição social desfavorável e tradições sócio-culturais.

O Modelo de Diátese-estresse (afirma uma pré-disposição ao estresse) sugere que fatores genéticos podem predispor o indivíduo a desencadear um T.M.; mas este será desenvolvido, apenas se a pessoa for exposta a certos tipos de condições ambientalmente estressantes.

Esta visão sugere que os T.M. resultam da junção de duas influências: uma sobre a predisposição para um transtorno herdado chamado diátese e a outra sobre os estressores ambientais que ativam ou estimulam esta predisposição ou vulnerabilidade. Em outras palavras, o modelo diátese-estresse sugere que, por várias razões (fatores genéticos, experiências traumáticas vividas na tenra idade - traços específicos de personalidade), os indivíduos mostram variados graus de vulnerabilidade a específicos Transtornos Mentais.

Assim, é realizada a Avaliação e o Diagnóstico para identificar um transtorno específico na atualidade.

Através dos determinantes diagnósticos, integrado às definições dos padrões de vários Transtornos Mentais, como, por exemplo, o DSM-IV, edição revisada.

O DSM-IV ed. Revisada é um Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana. É um empreendimento conjunto de mais de 1000 pessoas e numerosas organizações profissionais, que ajudaram na preparação deste documento. Prioriza a prática clínica e finalidades de pesquisa e educacionais. Baseado em evidências empíricas, organizadas por 13 grupos de trabalho no mundo.

Propõe uma Avaliação multiaxial: Desenvolve uma avaliação em diversos eixos. São cinco eixos:

EIXO1-Transtornos Clínicos: Outras Condições que podem ser um foco de Atenção Clínica;

EIXO2-Transtornos da Personalidade-Retardo Mental;

EIXO3-Condições Médicas Gerais;

EIXO4-Problemas Psicossociais e Ambientais;

EIXO5-Avaliação Global do Funcionamento.

O DSM-IV é uma ferramenta útil para os psicólogos, passível de algumas críticas como :a questão do limite descritivo não ser explicativo; a questão do

rótulo, do estereótipo e vieses relacionados a identidade de gênero, pois as doenças que acometem os homens e mulheres são imbricadas à visão social dos estereótipos dos papéis sociais e, por último, os transtornos mentais são contínuos, não são categorias estanques.

Para a superação destes limites do manual, os Psicólogos, ao avaliarem os Transtornos Mentais, devem ter em mente que ele é uma ferramenta indispensável na atualidade e, em primeiro lugar, refletir sobre: Por que eles ocorrem? Em seguida, devem levantar dados sobre a História de Vida: históricos escolares, familiares, médicos; Entrevistas de Avaliação: passado individual, comportamentos presentes, problemas correntes e relações interpessoais. Utilização de Testes Psicológicos. Observação do Comportamento: escola, família, etc; e auto-observação. Exames Biológicos, se necessários.

Torna-se cada vez mais importante para os profissionais, inclusive o Psicólogo clínico, um asseguramento de critérios diagnósticos que poderão delinear o desenvolvimento do diagnóstico e prognóstico dos casos selecionados para a investigação que ocorre numa depressão de adolescente e no adulto jovem, com a finalidade de apoio e terapêutica mais específica e adequada.

Segundo Bahls (2002), a depressão maior, embora não diagnosticada e não tratada, é comum na adolescência e envolve um alto grau de morbidade e mortalidade.

Também Donald (2000) aponta que a depressão maior em adolescentes constitui morbidade para a saúde mental e abusos de substâncias psicoativas, gravidez não planejada, prejuízo acadêmico e social e altas taxas de suicídio.

Na faixa etária de adolescentes e adultos jovens a depressão tem uma prevalência de 16,8%, sendo uma doença incapacitante para o trabalho, habilidades educacionais e interações sociais. Haja vista que os adolescentes e adultos jovens estão numa fase chave de socialização em termos de carreira profissional e relações interpessoais, esse índice indica um considerável risco potencial para complicações e futuro risco de cronicidade do estado de depressão (WITTCHEN; MELL SONC; LACHNER, apud ABREU et al, 2004).

Adultos jovens que apresentam transtornos psiquiátricos, já na adolescência haviam tido episódios depressivos severos, com maior número de sintomas, recidivas e até história de tentativas de suicídio. (LEURINSOHN et al, 2000)

Segundo Leurinsohn et al (apud ABREU et al, 2005), indivíduos que iniciaram episódios depressivos antes da idade de 19 anos apresentam risco elevado

de episódios depressivos, com aumento da refratariedade da doença, o que demanda diagnóstico correto e tratamento preventivo ou profilático eficaz.

Variáveis que predizem transtorno depressivo recorrente incluem: múltiplos episódios depressivos na adolescência, história familiar de depressão recorrente, sexo feminino, conflito com os pais e personalidade borderline.

Kendal (2005) relata que a atrofia dos neurônios do hipocampo que ocorre em pacientes depressivos, por fatores estressantes e contínua exposição a eles, pode ser reversível, em face dos “estressores psicossociais”, serem interrompidos o mais cedo possível.

Segundo Vargas et al (1998:44), o transtorno depressivo maior (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV) “apresenta uma prevalência para toda a vida de 10 a 20% nas mulheres e de 5 a 12% nos homens em amostras comunitárias”.

Fédida (2002:14) arguiu a idéia de que a depressão é uma doença do humano ao mesmo tempo em que o estado deprimido é, em suma, comum e familiar: é o estado do desumano: “Hoje estamos confrontados a um estranho paradoxo: os

estados de depressão são banalizados e generalizados, no momento em que a psiquiatria não tem mais tempo para se dedicar à observação e escuta dos doentes”.

Diz que há uma

“Diferença que deve ser estabelecida entre a depressividade inerente à vida psíquica (a vida psíquica e depressiva no sentido em que garante proteção, equilíbrio e regulação à vida) e o estado deprimido, que representa uma espécie de identificação com a morte ou com um morto”. (FÉDIDA, 2002:14).

O estado deprimido, no seu aspecto mais comum e grave, é a depressão maior, que, se não for devidamente diagnosticada e tratada, resulta numa taxa de risco de suicídio de 15 a 30% das pacientes de média e severa gravidade.

Atualmente, a depressão é um dos transtornos mentais mais freqüentes e o seu desencadeamento recebe a influência dos fatores genéticos e, principalmente, de fatores sócio-econômicos, como: ausência de perspectiva de futuro, abandono familiar e falta de diálogo interpessoal e social, solidão e outros.

Esta estatística elevada tem preocupado cada vez mais os profissionais que lidam com pessoas, na área da saúde (KAPLAN; WILKINSON, apud BERNIK, 1999).

“A depressão é muito comum nos jovens, diante do desafio de uma vida competitiva num mundo conflituoso. Apesar da dificuldade de diagnóstico e ainda do pequeno nível de conscientização dos próprios adolescentes e da família, calcula-se que cerca de 20% a 25% das pessoas têm comprometimento afetivo” (BERNIK, 1999:350).

Estudos epidemiológicos mostram que, pelo menos, 10 a 15% das pessoas apresentam sintomas depressivos, conforme critérios do CID-10 ou do DSM-IV (APA). Tais sintomas são causadores de transtornos na vida das pessoas. Cada vez mais, o percentual de atingidos vem aumentando.

Há uma medição segundo a qual, anualmente, os novos casos são de 1/100 homens e de 3/100 mulheres (STAHL, apud BERNIK, 1999). Estes dados mostram que as mulheres estão mais sujeitas à depressão, e isto aumenta cada vez mais.

Fatores sócio-culturais e econômicos devem ser os responsáveis por fatores estressores que as sensibilizam mais significativamente, em relação à população masculina. Há, também, fatores hormonais sazonais.

Por outro lado, a incidência de suicídio é maior entre homens, principalmente os mais jovens, embora o número de intenções suicidas e parassuicidas (tentativas com finalidade manipuladora) tenham aumentado mais entre as mulheres, nos últimos anos.

De acordo com BERNIK (1999), no grupo de pessoas deprimidas, ressalta-se o maior índice de suicídio entre todas as doenças. E, cada vez mais jovens tentam o suicídio, na faixa dos 15 anos acima o suicídio é a segunda causa de morte, além de mortes que ocorrem por overdose de drogas e acidentes automobilísticos.

Em razão destes índices, todos os envolvidos com os jovens – a família, os ambientes sociais e acadêmicos, profissionais da área da saúde – precisam prestar muita atenção a estas questões por causa do período de moratória psicossocial vivido pelo jovem e da violência social que o acomete. E ainda, a sociedade, a família e a escola encontram-se num período de transição e ajustamento.

Portanto, respaldar o diagnóstico diferencial da depressão, de acordo com essa visão classificatória do Eixo-1 do DSM-IV, não poderá ser objeto de exclusão em hipótese nenhuma, principalmente o Eixo-IV: Problemas Psicossociais e Ambientais, visto que a análise dos estressores psicossociais é de extrema relevância nestas idades, pois investiga os problemas que são desencadeantes da crise como:

Problemas com o grupo de apoio primário: por exemplo, morte de um membro da família; problemas de saúde na família: ruptura da família por separação, divórcio ou desavença, despejo de casa, novo casamento do pai/mãe; abuso sexual ou físico, superproteção pelos pais; negligência da criança; disciplina inadequada; discórdia com irmãos, nascimento de um irmão.

Problemas relacionados ao ambiente social: por exemplo, morte ou perda de um amigo; apoio social inadequado; viver sozinho; dificuldades com aculturação; discriminação; adaptação à transição no ciclo de vida (tal como casamento).

Problemas educacionais: por exemplo, analfabetismo, problemas acadêmicos, discórdia com professores ou colegas de escola, ambiente escolar inadequado.

Problemas ocupacionais: por exemplo, desemprego, ameaça de perda de emprego, problemas no trabalho estressante, condições de trabalho difíceis, insatisfação com o emprego, mudança de emprego, discórdia com chefe ou colegas de trabalho.

Problemas de moradia: por exemplo, falta de moradia, moradia inadequada, vizinhança perigosa, discórdia com vizinho ou locador.

Problemas econômicos: por exemplo, extrema pobreza, recursos financeiros inadequados, apoio previdenciário inadequado.

Problemas com o acesso aos serviços de cuidados à saúde: por exemplo, serviços inadequados de cuidados à saúde, indisponibilidade de transporte aos locais de cuidados à saúde, seguro saúde inadequado.

Problemas relacionados à interação com o sistema legal/criminal: por exemplo, detenção, encarceramento, litígio, vítima de crime.

Outros problemas psicossociais e ambientais: por exemplo, exposição a desastres, violência na comunidade e outras hostilidades, discórdia com prestadores de serviço que não fazem parte da família, tais como conselheiro; assistente social ou clínico; indisponibilidade de agências de serviços sociais.

1.4. O Adulto Jovem e o Ambiente de *Holding*

Alguns autores e pesquisadores têm discutido, na atualidade, a questão da consideração de fases, para explicar o desenvolvimento humano. Com relação à adolescência, reporta-se a um conceito de cristalização de fases, que pode limitar a compreensão do que ocorre efetivamente.

Estas questões devem ser consideradas quando há uma tentativa de enquadrar os jovens nas fases descritas, de acordo com um modelo usual de “normal” ou patológico. Não havendo esta postura iatrogênica, considera-se, nestas experiências de trabalho/estudo com adolescentes e jovens adultos, uma clara disposição de adequação do modelo proposto por Outeiral (1997, 2001, 2004), o qual descreve a

adolescência em períodos distintos (fase inicial, média e final), com características peculiares.

Ao longo do meu percurso de atividades profissionais foi observado que, nos trabalhos realizados, independentemente da falta de sistematização quantitativa dos mesmos, os adolescentes e o adulto jovem em situações de atendimento individual ou grupal, apresentavam tais aspectos, passíveis de ser confundidos nos diagnósticos e prognósticos oriundos de seus atendimentos. Ressalte-se que, devido à demanda institucional e de procura por ajuda, a maioria das intervenções privilegiaram a situação de grupo.

Há uma máxima desenvolvimental referendada por Aberastury e Knobel (1984), no que se refere ao quadro da “Síndrome Normal da Adolescência”, associada aos lutos de crescimento. Considera-se a questão da identificação com o grupo de pares, o mote que os levam a participar mais ativamente das situações grupais.

Nestes espaços, o autoconhecimento é desenvolvido através da experiência de vários relacionamentos diferentes, visto que os grupos fornecem vários modelos identificatórios (através de seus participantes), estimulando relações de novas aprendizagens. Estes os tornam mais aptos socialmente, e mais seguros de si, superando o conflito da identidade x difusão de papéis (Erikson, 1976).

No desenvolvimento das experiências realizadas com grupos em atendimento às questões da adolescência, várias tentativas foram mal sucedidas.

Quando se avaliava a ruptura dos trabalhos, ocasionada por abandono do processo, interrupções, dificuldades no manejo da situação grupal e na manutenção da vivência grupal, dentre outras, foi reiniciada uma reflexão, a qual gerou novos posicionamentos, ainda incipientes; mas já suficientes para dar algum tipo de resultado, quanto as seguintes questões: Quais as dificuldades que interferiam na organização dos grupos? E na adesão grupal?

À medida que foi surgindo a compreensão de que todas as situações desenvolvidas em grupo eram para atender às solicitações dos pais junto à escola, dos professores, ou seja, eram situações supostamente impostas aos jovens; elas acabavam propiciando uma situação vincular transferencial muito negativa, a qual mobilizava muita resistência por parte dos adolescentes em direção à situação grupal e aos coordenadores de grupo.

Então, análogo ao método clínico da psicoterapia individual, considerando-se todos os aportes teórico-técnicos do manejo da relação psicoterápica como o *setting*, o contrato e o enquadre, começou a ser desenvolvido um método de operacionalização para os grupos que transpunha manejos semelhantes ao da clínica individual. O método foi sendo configurado, a medida que surgia a clareza de que o

paciente que nos procura, assim como os jovens que eram considerados como problema, a maioria, fora encaminhado por outrem.

Os procedimentos foram sendo construídos, inicialmente, de assuntos de interesse dos adolescentes, através de palestras realizadas nas escolas. No final, encaminhava-se uma lista de participantes, para os interessados se inscreverem no grupo de adolescentes, com dois dias da semana oferecidos e com dias do mês programados, para informações sobre o período de duração do encontro e solicitação de telefones para contato.

Deste modo, começava a formação dos grupos. O critério de escolha de horários, dias da semana, referia-se ao número maior de inscritos, aspecto que era informado aos adolescentes no momento da inscrição. Então, começou a construção (ou aplicação) de um método grupal a partir das experiências teórico-práticas vivenciadas.

Referiu-se, inicialmente, a reaplicação do *setting* clínico individual para a delimitação de conteúdos ansiógenos que poderiam surgir por parte dos adolescentes, em relação à vivência grupal, ou seja, à situação grupal social real.

O método utilizado foi o de um método combinado, subsidiado por partes do método clínico, *setting* clínico, modalidade de grupo operativo: tarefa em comum que visa ao ensino e aprendizagem; técnicas vivenciais da Dinâmica de Grupo: para o desenvolvimento interpessoal; Psicoterapia Breve de orientação psicanalítica: o manejo das relações vinculares transferenciais e contra transferenciais do *setting*, voltados para a supressão da ansiedade.

Os encontros de grupo eram por volta de 12:

No Primeiro Encontro do Grupo, havia uma auto-apresentação das coordenadoras, dos objetivos, e apresentação das regras iniciais – enquadre: horário, dia da semana, número de encontros de foram de oito a doze, definição do local (salas de aula da escola, ou se o grupo preferisse as salas da clínica psicológica da UEL).

Quanto ao desenvolvimento do encontro ou sessão, solicitava-se aos participantes que se auto-apresentassem como quisessem, todavia dizendo o motivo de “estarem ali”, o “por quê?” e o “de que maneira” aconteceriam o desenvolvimento do processo e o delineamento dessas variáveis.

No término do Encontro: trabalhava-se com o grupo a definição e outras constantes do processo que se referiam aos atrasos, faltas e fechamento do grupo até o 2º ou 3º encontro (convite a amigos ou ingresso de outros alunos que não puderam vir). Refletia-se sobre algumas variáveis (expectativas dos adolescentes), sobre o

compromisso assumido com o grupo e consigo, ao se perguntar a cada um “se queria voltar?”. Havia a delimitação do sigilo por parte das coordenadoras, dos participantes, o encaminhamento de um termo de autorização aos pais dos adolescentes menores que 18 anos, com os devidos esclarecimentos. Organizava-se, o cronograma provável do grupo (8 a 12 encontros).

O Segundo Encontro do Grupo: compreendia a historicização do 1º Encontro por um membro do grupo, e se houvesse novos integrantes, retomava-se todo o percurso inicial (contrato, as constantes e as variáveis do processo); faziam-se perguntas aos participantes que já vieram sobre alguma “questão” vinculada ao 1º encontro que gostariam de compartilhar: “Conversaram com os pais, alguém, amigo, sobre o grupo?” e outras considerações surgidas a partir do relato pessoal, na situação grupal. De acordo com estes emergentes, eram introduzidas algumas técnicas vivenciais/lúdicas, dependendo do movimento grupal. Até o final do Encontro, retomava-se o enquadre, o sigilo e o documento de autorização, com todos se despedindo.

Os Terceiro, Quarto, Quinto [...] Encontro: Nestes encontros, surgia o desenvolvimento das relações vinculares, ligadas à situação grupal, às vezes mobilizada pela utilização de técnicas e testes psicológicos, atividades lúdicas que desencadeavam uma condição mais favorável ao Eu (*self*) dos integrantes do grupo.

Na Fase final dos Encontros, eram realizadas sínteses panorâmicas por parte de seus integrantes (coordenadoras e membros participantes), e ia sendo trabalhada, concomitantemente, através de atividades propostas, a ansiedade de separação. Concretizavam-se as despedidas e, ao longo do processo, além da devolutiva grupal, percebeu-se a importância de uma devolutiva final individual, após o término da situação grupal que ocasionava variados encaminhamentos na finalização do processo.

Foram formados vários grupos com focos mais específicos, como: grupos de adolescentes voltados à questão da escolha profissional, ao relacionamento familiar, às questões da sexualidade; ao desenvolvimento interpessoal, às questões acadêmicas, além de grupos de professores, pais, etc. Estes focos foram sendo selecionados pelos participantes do grupo, a partir do segundo encontro, na maioria das vezes.

Portanto, foram grupos fechados, heterogêneos, pré-selecionados (questão da fase de desenvolvimento da adolescência, ano escolar, escola) com um número de participantes muito variado (às vezes 04, 12, 15) de ambos os sexos, com exceção dos grupos que têm como foco a sexualidade, nos quais o processo foi perpassado por formações de gênero também. A partir desta fase dos trabalhos, surgiu o encontro com novas demandas de situações grupais, que pudessem atender algumas especificidades, inclusive no âmbito da psicopatologia.

Graña (1994) reafirma Foulks (1975), no conceito de que as intervenções e interpretações dos próprios companheiros de grupo têm um alcance e uma intensidade maior, em virtude de uma carga afetiva identificatória mais intensa.

O grupo serve como um espaço transicional necessário ao adolescente para lidar com os medos: a perda de si, do outro, do amor, da vida. Representa uma zona intermediária (como se), entre a fantasia e a realidade, através da identificação que o jovem faz com os outros “eus” do grupo. Por meio do manejo dos sentimentos adquiridos com a integração grupal, ele pode vivenciar o imaginário como real, condição necessária para se aproximar da realidade.

Segundo Winnicott (1975), todo indivíduo localiza o lugar da experiência cultural no espaço potencial/virtual existente entre si e o ambiente. Enfatiza que a tolerância do paradoxo da vivência entre o “eu” e o “não eu” acontece através da capacidade de se iludir (brincar), adquirida das experiências do viver da mãe provedora do bebê, em suas vivências permitidas de forma suficientemente boa.

Portanto, o grupo pode ser um espaço transitório que possibilita para o adolescente a instauração, e/ou reinstauração da confiança, de um “*holding*” (acolhimento, sustentação) propiciado pelo *setting*, como forma de reviver uma

aproximação mais elaborada de respostas emocionais surgidas no aqui e agora do grupo relacionada às falhas ambientais precoces (ou não).

Transiciona por meio de brincadeiras, atividades propostas exercitadas num espaço protegido. Neste *setting* grupal “analítico”, que por si só leva a uma regressão e à dependência, a relevância pedra angular da terapia winnicottiniana, que considera o *setting* clínico como o *holding* materno; para ele, este *holding* propicia ao paciente (enquanto regredido e dependente), o encontro com o seu verdadeiro *self*.

Será esta zona de repouso (o grupo): o espaço transacional necessário ao adolescente, porque o espaço intermédio entre o dentro e o fora não é para Winnicott tão só a chave do sentido da vida, mas também a do bom funcionamento psíquico e da saúde mental (Abadi, 1998).

Segundo Winnicott o enquadre no processo psicoterápico é mais importante que as interpretações, pois uma das funções do enquadre é favorecer a regressão à dependência, com vistas à independência (durante o tratamento), o paradoxo da ilusão/desilusão.

Nos trabalhos desenvolvidos com grupos, “paradoxal” se torna manejar ao mesmo tempo um *setting*, que possa propiciar, por um lado, a regressão à

dependência, questão cortada, por outro lado, por um tipo de enfoque de método clínico da psicoterapia breve, que convida à não regressão.

Foi estruturado um *setting*, pressupondo-se a existência de um espaço transicional, espaço intermediário entre a fantasia e a realidade em que os adolescentes possam se recuperar “descansar”. Utilizou-se de um modelo de manejo de *setting* das psicoterapias de objetivos e tempo limitados; o qual evitou favorecer o desenvolvimento da regressão e da neurose transferencial. “A regressão só é permitida em pequeno grau, não indo além dos níveis requeridos para possibilitar a exploração de experiências iniciais de insight de situações conflitivas atuais” (Braier, 1991).

Propôs estimular a iniciativa pessoal do paciente, visou ao desenvolvimento de capacidades autônomas. Estes enfoques requerem um fortalecimento das funções do ego e prevêm um manejo mais diretivo por parte do coordenador/terapeuta (de grupo, neste caso) em razão das condições de focalização e de duração limitada do atendimento. A focalização, neste processo, refere-se ao eixo central que é definido pelo grupo, a partir dos encontros iniciais (grupo de orientação vocacional/profissional, sexualidade, relacionamento interpessoal etc.).

Segundo Fiorini (1991), todo foco é definido pelo motivo da procura de atendimento, situações de conflito, “sintomas” atuais. O desdobramento desta

motivação inicial sempre pressupõe uma hipótese psicodinâmica inicial (regrada pelas teorias psicanalíticas), inclusive no grupo.

O exame analítico permite distinguir aspectos característicos dos participantes - aspectos histórico-genéticos individuais e grupais reativados - e como eles se reatualizam no contexto social mais amplo. São estes exames e o manejo clínico da modalidade focal individual que propiciam um “restabelecimento” psicodinâmico dos adolescentes, bem como encaminhamentos para atendimento psicoterápico individual, se necessário, através da devolutiva final individual.

As observações destes momentos evolutivos individuais, representados nos encontros grupais, tornaram-se possíveis através do manejo das atividades que orientam. “as participações livres, espontâneas de seus integrantes que assim trarão seus esquemas referenciais e os colocarão à prova numa realidade mais ampla, fora dos limites da estereotipia, do autismo, ou do narcisismo, tomando consciência deles com a conseqüente retificação” (Rivière, 1961).

Esta é a técnica do grupo operativo, que não preconiza uma homogeneidade máxima enquanto resultado final, mas sim da tarefa, e espera uma máxima heterogeneidade de seus participantes. Esta tarefa grupal comum pode ser operacionalizada com a utilização de técnicas e jogos psicológicos, lúdicos e de dinâmica de grupo, por transicionarem os objetos associados ao vínculo.

Segundo Rivière (1998): “Historicamente, podemos dizer que o último passo da psicanálise foi o estudo das relações do objeto”. Isto nos leva a tomar como material de trabalho e observação permanente a maneira particular pela qual cada indivíduo se relaciona com outro ou outros, criando uma estrutura particular a cada caso e a cada momento que chamamos vínculo. E, observar, conforme Herrmann (1999), o “mosaico psicopatológico inespecífico” ou específico que surge nas relações vinculares intra e interpessoais.

Kalina (1999), ao discorrer sobre as indicações e normas técnicas para as psicoterapias grupais de tempo limitado em adolescentes, relata uma ideologia da instituição, de tomar atitudes que impedissem a formação de listas de espera e que o lema principal de atendimento é “até que se demonstre o contrário, todo paciente deve ser tratado em grupo”.

O autor assinala a importância de um diagnóstico prévio, através da utilização de critérios de classificação e seleção de pacientes, ressaltando que estes critérios provisórios irão tecnicamente determinar o tipo de atendimento e *setting* grupal.

Quando o grupo é considerado “facilmente” agrupável, propõe um ano de duração para o atendimento; se, por outro lado, mostra-se de difícil agrupamento,

são tratados por um período menor que 16 horas, para investigar melhor as possibilidades de incluí-lo num grupo terapêutico, ou outros encaminhamentos mais adequados que poderão surgir. Há uma preocupação muito grande, na tentativa de sistematizar a conduta terapêutica, na seleção dos pacientes.

Kalina (1999) afirma a importância crucial de trabalhar com os elementos emergidos das histórias individuais, e que o método deve ser especialmente operativo. A psicoterapia é essencialmente anti-regressiva. As intervenções verbais nas sessões sempre visam a um fechamento, conclusão, esclarecimento do temas tratados durante a mesma. Evita-se todo e qualquer manejo de conteúdos que possam desencadear uma angústia mais severa, prevenindo o não acontecimento de *acting out*. Enfatiza que o grupo basicamente é terapêutico em si mesmo, pela função de continente às ansiedades que surgem.

Térsis (1998), ao apresentar um trabalho que tem por “objetivo apresentar a técnica grupanalítica, suas regras e seu processo grupanalítico”, afirma a sua aplicabilidade não somente voltada a grupos psicoterápicos ou de formação, mas também a grupos sociais reais ou naturais (associações, escolas, grupos de trabalho, dentre outros). Discorre sobre condições que sejam consideradas para a grupanalise como um atendimento científico, o pressuposto essencial da consideração do inconsciente.

Toda situação psicanalítica: individual ou grupal; formativa ou terapêutica se baseia em duas regras fundamentais:

A - a regra de livre associação;

B - a regra da abstinência.

O convite à liberdade ilimitada desencadeia a assunção de conteúdos ansiógenos, reprimidos; reativa os conteúdos pré-edípicos e/ou edípicos.

Centra a explicação do método de grupanálise na relação transferencial–contratransferencial, haja vista uma análise centrada das dimensões teórico-práticas da Psicanálise.

O autor enfatiza também regras complementares como: unidade de tempo, unidade de lugar, unidade de ação, a regra da restituição.

Zimerman (1999) considera que a “situação de grupo é um método de estudo para toda espécie de problemas”.

Osório (2000) considera que deva haver um investimento teórico-prático que propicie um bom acesso à era da grupalidade que se avizinha.

Sabe-se que o ser humano é inerentemente gregário. Cabe, pois, ressaltar a falta de ascensão e crescimento das grupoterapias. Análise paradoxal, sob o ponto de vista de como isto acontece, pois há um contingente cada vez mais expressivo de jovens que poderiam ser beneficiados pelo atendimento em grupo.

Creio que todos estes aspectos teórico-técnicos, foram convalidados através dos Encontros Grupais. Destarte, interagir com jovens que já são atendidos por outros profissionais e, realizar um estudo colaborativo sobre a depressão; convalidar esta colaboração e verificar a importância da Consulta Terapêutica, como um ambiente de *holding* para sensibilizar o paciente atendido à adesão aos trabalhos de grupo, tornou-se um outro percurso a ser vivido, aprendido e aplicado.

1.5. A Depressão: Outras pesquisas; outros projetos.

Através da análise de estudos realizados por outros pesquisadores e por mim, foi observado que projetos que privilegiam estudos sobre o adulto jovem, são raros e, muito mais ainda ao se considerar o enfoque da depressão.

Pesquisas sobre a Depressão, de acordo com os critérios diagnósticos do Eixo-I, são desenvolvidas com populações variadas e diversas especificidades conceituais, por outro lado não foi localizada nenhuma pesquisa que faça o enfoque do Eixo-IV do DSM-IV, Problemas Psicossociais e Ambientais na população de adultos jovens.

Faz-se necessário considerar que somente na atualidade esta havendo uma mudança de paradigma na área da saúde, principalmente da área Mental, que começa a enfatizar as questões ambientais e sócio-culturais, que transcendam os estudos epidemiológicos clássicos, bem como a orientação da psicopatologia clássica, inclusive da Psicanálise mais ortodoxa.

Romaro (1999) desenvolveu um estudo que verifica as variações adaptativas de pacientes *borderlines* em psicoterapia breve dinâmica, tese de doutorado, utilizando a avaliação multiaxial do DSM-IV e do SCID-II. Marcassa (1999) em sua Dissertação de Mestrado investigou o ajustamento social em pacientes com transtornos afetivos, com idades acima de 50 anos. Tengan (2000), em sua dissertação pesquisou a dor, sintomas depressivos e ansiosos em pré-adolescentes e adolescentes com artrite reumatóide-juvenil.

Guanaes (2000) desenvolveu um estudo com grupo de apoio a pacientes psiquiátricos, com idades entre 29 a 65 anos. Costábile (2001) desenvolveu

um estudo conceitual e teórico dos estados depressivos, de acordo com os pressupostos da metapsicologia. Alves (2001) em sua tese de doutorado examina o método da Psicoterapia Breve Operacionalizada com adolescentes, na faixa etária de 16 a 18 anos. Guimarães (2001) estuda a grupoterapia em hospital dia. Yokota (2003) investigou no seu doutorado a experiência da arte terapia em adolescentes diagnosticados com depressão refratária.

Ressalte - se trabalhos de pesquisa que enfatizaram o método de Pichon Riviere; Grupos Operativos. Melo e Silva (2000), tese de doutorado, intitulada "Intervenção em orientação vocacional; profissional de adolescentes, fase média". Carniel (2001), tese de doutorado, "O acompanhamento psicológico no tratamento das distúrbios temporomandibulares: uma proposta de grupos operativos com pacientes".

Constantinidis (2000) dissertação de mestrado, "Pacientes psicóticos e a teoria de Pichón". Varela (2002) dissertação, um estudo sobre a toxicomania e o método de Pichón. Villela (2000) dissertação: "O Grupo Operativo como estratégia para atender mulheres em depressão". Há que se ressaltar a análise dos dados de forma quantitativa e qualitativa na maioria dos estudos, de forma combinada e a grande frequência do método de grupo operativo de Pichón Rivière. E, a pesquisa de Silva (2000), tese de doutorado, que aborda uma proposta de leitura Winnicottiana com fundamentação teórica do uso de técnicas grupais.

Percebe-se que todas as pesquisas que privilegiam aspectos contemporâneos sobre a depressão, são perpassadas por uma metodologia que aplica instrumentos para o diagnóstico da depressão e são representados por escalas de medição, através de critérios diagnósticos específicos. Visam contribuir para uma maior compreensão dos fatores emocionais, situações familiares e sócio-ambientais, que estão envolvidas com a depressão, e, a utilização de instrumentos como escalas, técnicas projetivas de desenho e entrevistas clínicas estruturadas ou semi-estruturadas, com critérios da psicopatologia.

Tardivo (1999) desenvolve um estudo sobre a depressão, que selecionou uma amostra de 80 adultos homens e mulheres que freqüentavam o Hospital das clínicas (HC) da USP-SP. Destes, 40 indivíduos diagnosticados com depressão foram avaliados pelo Primary Care Evaluation for mental Disorder (PRIME-MD) e pelo Desenho da Figura Humana (DFH), mostrando que os instrumentos utilizados não apresentam similaridade no diagnóstico, mas que se complementam, pois o PRIME-MD enfatiza os sintomas manifestos e o DFH, refere-se aos aspectos latentes.

Simon (2000) estudou as divergências entre variedades de depressão e a teoria da adaptação, identificando uma aproximação entre a Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO) e a classificação psiquiátrica clássica e seus

aspectos nosográficos, no trabalho intitulado: “Relação entre o diagnóstico operacionalizado, a psicopatologia da depressão e psicoterapia psicanalítica”.

“Pezo Silva (2003), em sua tese de doutorado e na sua pesquisa: A trajetória percorrida com a depressão: estudo transcultural da vivência de famílias do Brasil e do Peru” utilizou, “o Modelo de Componentes em Enfermagem Transcultural”.

Fuentes (1999) em sua dissertação de mestrado investiga o tema da depressão da psiquiatria à psicanálise.

Pântano (2005), em sua tese de doutorado intitulada “O Texto de Crianças e Adolescentes com Depressão Maior Unipolar” atendeu esta população de acordo com o diagnóstico diferencial do DSM-IV.

Maria Salete L. L. de Paulo (2004) desenvolveu um estudo clínico qualitativo de base psicanalítica, o qual, no processo de avaliação para o psicodiagnóstico de depressão na tese: “O Psicodiagnóstico Interventivo com Pacientes Deprimidos: Alcances e possibilidades a partir do emprego de instrumentos projetivos como facilitadores de contato”; também utilizou instrumentos quantitativos com a finalidade de diagnóstico diferencial como o “Inventário Beck para a Depressão”, além

do Questionário Desiderativo e o Teste de Relações Objetais de Phillipson (T.R.O.) e a Entrevista Clínica.

Costa (2005), na sua dissertação sobre: “Psicoterapia Psicodramática Focal: Análise qualitativa e quantitativa no transtorno depressivo maior”, também avaliou 20 pacientes divididos em dois grupos/situação grupal, Escala de Depressão Ham-17 e pela Escala de Adequação Social (EAS).

Identifica-se neste rastreamento de pesquisas realizadas mais recentemente acerca da depressão, um expressivo enfoque sobre a identidade de gênero feminino, ou seja, vários estudos foram realizados com mulheres com diagnóstico de depressão. Haja vista o número de observações realizadas sobre um maior número de pacientes do sexo feminino com diagnóstico de depressão e, também, de um maior número de tentativas de suicídio.

Villela (2000), na sua dissertação “O Grupo Operativo como Estratégia para Assistência de Enfermagem: mulheres em depressão”, aborda esta questão, relatando que escolheu as mulheres por entender, através de suas observações, que elas apresentam uma gama maior de conflitos de vivência depressiva.

Araújo (2003) também quis compreender como é “A Vivência da Sexualidade em Mulheres com Quadros de Depressão, Tratadas com Medicamentos Antidepressivos e Psicoterapia”, utilizando-se, para isso, da escala do Beck Depression Inventory.

Mello (2004) estudou a prevalência da “Depressão em Mulheres Infectadas pelo Vírus HIV”, tendo utilizado na avaliação dos transtornos afetivos, o CID-DSM-IV, Escala de Hamilton 21, Escala de Hamilton não somática e Inventário de Beck.

De Felice (1999) verificou no “Estudo Psicodinâmico do Puerpério em Mulheres Primíparas”, que, de acordo com a qualidade da elaboração da posição depressiva infantil (visão psicanalítica de Melaine Klein) é que as mulheres poderão viver de forma melhor suas experiências emocionais, neste período, necessitando de apoio adequado das pessoas do seu ambiente.

Simão (2003), na sua pesquisa sobre “Depressão Pós-parto e Aspectos Psicossociais Associados: Suporte social e eventos vitais adversos: revisão de literatura” identificou aspectos multideterminantes da depressão neste evento da vida.

Outras pesquisas que retratam uma compreensão evolutiva de ciclos de vida distintos para a vida das mulheres como o de Cunha Netto (2002) sobre “Mulheres

no Climatério: nível de informação, ansiedade, depressão, qualidade de vida e resultados de uma intervenção psicológica”. Os instrumentos utilizados foram: Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), Inventário de Depressão de Beck, Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida (Whoqol-Bref) e um questionário elaborado pelo autor.

Souza (2004), em sua tese de doutorado intitulada “Grupos Informativos sobre menopausa: informação, suporte cognitivo-comportamental e prevenção”, utilizou, na sua investigação, o Inventário Beck de Depressão e IDATE, questionário de menopausa e folhas de registro individual. Segundo a autora, os dados de depressão apresentaram alteração estatisticamente significativa.

Ribeiro (2005), ao relatar a sua pesquisa de tese “Mortalidade por Causas Externas em Mulheres de 10 a 49 anos, nas Capitais Brasileiras”, apresenta um índice de 43,4% de morte por suicídio, com referência familiar a algum tipo de transtorno mental, tendo verificado a depressão em 71% destes casos.

Faz-se necessário, abordar novamente a importância dos aspectos evolutivos que determinam a depressão em mulheres, em pesquisas que enfatizam o transtorno relacionado à identidade de gênero. E, levar em consideração, o seu grau mais grave de depressão que leva ao suicídio ou a tentativa deste.

Avanci (2004) relacionou o fenômeno do suicídio com a adolescência. Ao examinar todas as tentativas que foram atendidas no ano de 2002, de adolescentes na faixa etária entre 10 e 19 anos, na Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP), 77,8% dos casos foram do sexo feminino, na faixa etária de 15 a 19 anos, cor branca, bairros de baixo nível sócio-econômico.

O estudo de Giusti (2004) sobre “Adolescentes Usuários de Drogas que Buscam Tratamento: as diferenças entre os gêneros”, também apontou uma prevalência (Nº 124 adolescentes) de suicídio, e depressão no sexo feminino.

Campagna (2003), numa pesquisa com 20 garotas de 12 anos, classe média e média alta de São Paulo, com o objetivo de entender o início da adolescência na mulher, verificou que a fragilidade egóica é grande devido às dificuldades que o meio social impõe, de padrões idealizados de beleza e de dificuldades de reorganização da identidade frente aos lutos do crescimento e as perdas que ocorrem, ocasionando uma auto-imagem negativa, sentimentos de menos-valia, portanto, depressivos.

Higa (2000), ao investigar as expectativas dos adolescentes em relação ao futuro, em alunos do supletivo, nas idades de 14 a 21 anos, verificou um descrédito por parte deles para com a sociedade e para com o sistema produtivo, educacional e

profissional. Para ela, “É na esfera familiar que os adolescentes depositam suas expectativas”; a família é a fonte de referência interna e externa para todos os modelos futuros.

Todos estes estudos podem traçar um mapeamento que tenha impacto para os clínicos que atuam nesta área, principalmente os que exercitam o seu saber na prática clínica.

Devem integrar pesquisa com prática, pois as pesquisas devem convencer os clínicos de que o que os pesquisadores estão estudando está relacionado com que eles fazem (os clínicos), e que seus achados são importantes visto que as publicações das pesquisas, freqüentemente, estão repletas de jargões estatísticos e metodologias que não são bem compreendidas pelos clínicos (Piper, 2001).

Segundo o mesmo autor, o desafio para os pesquisadores de psicoterapia no século atual é estabelecer uma colaboração que integra diferentes objetivos e metodologias de pesquisa em psicoterapia.

Todas as pesquisas comentadas e que abordaram questões congruentes as dessa tese de doutorado, tiveram como espaço de coleta de

informações e de análise de sentido, na sua maior parte, as clínicas institucionais e, como população-alvo, usuários das mesmas, em sua maioria.

As psicoterapias na área da saúde mental têm-se expandido através da formação de grupos que são caracterizados por suas classificações diagnósticas como, por exemplo, grupo de mulheres na menopausa, grupo de [...]; por outro lado, não há uma correlata expansão de pesquisas na área, como aponta a literatura especializada.

Guanais (2000) estudou o grupo de apoio com pacientes psiquiátricos ambulatoriais, com esta finalidade. Alves (2001), também quis verificar a eficácia do método da Psicoterapia Breve Operacionalizada (PBO), com adolescentes.

Silva (2000) almejou, em sua tese de doutorado, conceituar, à luz das idéias de Winnicott, os procedimentos grupais baseando-se, para isso, em sua própria experiência com grupos, embasando-se nos conceitos de fenômenos transicionais e espaço potencial winnicottianos.

Gil (2005) no estudo sobre: “Envelhecimento e Depressão: da perspectiva psicodiagnóstica ao encontro terapêutico” aborda o material clínico, através da narrativa de duas pessoas idosas sob a orientação do pensamento winnicottiano, inspirada pelo modelo de Consultas Terapêuticas e por um ambiente de *holding*.

Portanto, a pesquisa de tese de minha autoria, intitulada “Os Caminhos da Depressão e sua Cartografia na Adolescência e Início da Aduldez” pretende integrar uma visão de pesquisa colaborativa, visão inovadora se baseada em minha experiência com jovens, na situação de atendimento clínico individual e com grupos. Irá levar em consideração uma análise descritiva sobre os aspectos relacionados aos problemas psicossociais e ambientais, que fazem parte do diagnóstico diferencial de pacientes diagnosticados com depressão que fazem parte do estudo.

.Pode contribuir de forma original ao conhecimento de outros pesquisadores e psicólogos clínicos, por levar em consideração a importância do DSM-IV, exclusivamente o Eixo-IV: Problemas Psicossociais e Ambientais e , por propor um sentido à Consulta Terapêutica como precursora de um ambiente de *holding* nos diferentes “âmbitos do acontecer humano”, da depressão, tanto no individual como no coletivo que são inerentemente, elementos que constituem uma unidade social (BLEGER apud VEISBERG et al, 2003).

Tal unidade social representada nesta pesquisa por adolescentes adultos jovens, mulheres, que freqüentavam o Hospital das Clínicas e Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina – Pr, em busca de auxílio e ajuda frente aos períodos de desajustamento e sofrimento biopsicossocial existencial.

1.6. Algumas Considerações acerca da Importância Científica da Pesquisa sobre a Investigação dos Fatores que Multideterminam o Diagnóstico da Depressão em Mulheres no Início da Adulterez

Com o percurso de trabalhos já realizados com adolescentes e adultos jovens, sugere-se que, ao se formar grupo, deve-se levar em consideração uma pré-seleção somente em relação a critérios de idade (fase da vida), identidade de gênero, devido às especificidades sócio-culturais e ambientais e não utilizar critérios de seleção da psicopatologia, segundo vários estudiosos.

Esta pesquisa, ao contrário fará uso de um diagnóstico diferencial, portanto critérios da psicopatologia, devido a um aumento grande do número de jovens com depressão. São jovens em sofrimento psíquico, com prejuízos físicos, sócio-ambientais e culturais.

Winnicott (1975: 91), nas suas considerações sobre o exame da sociedade, diz:

Temos de aprender a deixar de procurar pelo cidadão mundial, contentemo-nos em encontrar apenas raramente essas pessoas cuja unidade social se estende além da versão local de sociedade, além do nascimento ou além das fronteiras de uma seita religiosa. Com efeito,

precisamos aceitar o fato de que as pessoas psiquiatricamente sadias dependem para sua saúde e sua realização pessoal da lealdade a uma área delimitada da sociedade, talvez os clubes de boliche. E Por que não! Decerto malograremos se quisermos encontrar Gilbert Murray em toda à parte (renomado escritor erudito inglês, famoso por traduzir tragédias gregas e por seus interesses sociais e humanitários.).

Faz sentido então pensar em aplicar o método de consulta terapêutica considerando-a como um espaço transicional necessário ao *holding* de uma intervenção que atenda jovens adultos depressivos em grupo. Será de uma lealdade suficientemente boa esta área delimitada de tratamento, considerando-se os elementos psicossociais e ambientais que compõem uma situação paradoxal frente ao delineamento de uma vida com qualidade e saúde?

Justifica-se o ato de Fé desta pesquisa, ao buscar examinar e desenvolver algo que possa coincidir com Winnicott (1975), nas suas considerações sobre o exame da sociedade, nas quais ele privilegia a saúde e não a doença. Outrossim, ao desmistificar a evitação de um diagnóstico diferencial, baseado numa conduta de classificação, como por exemplo, o DSM-IV, objeto de críticas e controvérsias acirradas no âmbito da Psicologia, principalmente. Também a combinação do método clínico de análise quanti e qualitativo, a partir das experiências das jovens participantes.

Segundo Hisada (2001), para Winnicott “o setting não é moldura, não é interpretação, não é observação de fenômeno; é a situação que é posta, é o lugar para

um acontecimento”. Ainda a mesma autora: “O setting analítico proporciona espaço, tempo e a presença do analista para o processo clínico. O resultado experiencial deste setting para o paciente é o *holding*”.

Será possível pensar em algo há mais que “envolva confiança, estabilidade e previsibilidade” (*holding*), mesmo levando-se em consideração uma provável adaptabilidade da técnica analítica frente à situação de atendimento que pode ser em grupo?

Ou, como discorre Outeiral sobre uma (suposta, para alguns autores) “Pós-Modernidade”, que enfatiza uma cultura que ausenta - se ao não oferecer mais elementos culturais (Família, Trabalho, Relações Sociais) de “ *Holding*” e que presentifica-se pelo “*Fast*” e “*Delivery*”.

A partir deste percurso reflexivo, faz-se necessário o desenvolvimento de um método de intervenção com grupos de adultos jovens com transtornos que considere as orientações diagnósticas do DSM-IV relacionadas ao Eixo-I: Depressão e Eixo-IV: Problemas Psicossociais e Ambientais.

Ao contrário das proposições de outros autores, as intervenções foram realizadas com pacientes diagnosticadas de acordo com um critério nosológico da

psicopatologia como já havia sido dito , de diagnóstico diferencial sobre transtornos os mentais. Estes jovens, devido a cronicidade de seus transtornos, não aderem ao tratamento de forma efetiva, vivendo uma periodicidade crítica quanto aos atendimentos. Nesta pesquisa, o enfoque é o “acontecer clínico”, compreender que ele se dá, conforme Vaisberg et al (2003) num “campo inter-humano”.

[...] Assim, a investigação clínica tornará o acontecer humano, enquanto experiência emocional, como fenômeno de sua atenção, pautando-se, assim, na ética da solidariedade, na medida em que considera o outro como semelhante, a ser respeitado em sua singularidade existencial” (VAISBERG et al, 2003).

Há nos encontros: o clínico, o de pessoas, dos pesquisadores, pessoas e instituição, a interlocução do método psicanalítico como metáfora destes encontros que são, entre as pessoas (inter-humanos), que pode acontecer num espaço transicional, denominado psicoterapêutico.

“Quando nos referimos ao acontecer clínico, queremos chamar a atenção para o fato de que se trata sempre de um encontro inter-humano, seja o paciente um indivíduo, atendido individual ou grupalmente, ou um sujeito coletivo” (VAISBERG et al, 2003:11).

“A crença de que inexistem limites para a compreensibilidade do fenômeno humano”, segundo Vaisberg (et al, 2003), premissa fenomenológica da

psicanálise winnicottiana, é que irá desenvolver a intenção de observação e investigação desta pesquisa de tese ao propor, por sua vez, um aprofundamento teórico-técnico sobre: “Os caminhos da Depressão e sua Cartografia na Adolescência e Início da Adulterez”, em jovens portadoras do diagnóstico de depressão, sob o ponto de vista do Eixo-I e IV do DSM-IV (ed. Revisada), através de diagnóstico diferencial e do “acontecer” da consulta terapêutica.

Tais ações irão procurar as respostas para as seguintes questões:

1 - Quais são os fatores que podem determinar a depressão maior em jovens mulheres?

2 - Estão relacionadas ao enfrentamento de situações decisórias ligas à família, aos estudos, ao trabalho, à sexualidade e aos padrões de amizade?

3 - Qual a importância de um enfoque colaborativo para o diagnóstico diferencial, frente aos construtos teórico-técnicos atuais?

4 - É o processo de consulta terapêutica um ambiente de *holding* para o jovem adulto portador de um diagnóstico de depressão, segundo os critérios nosológicos, da psicologia do desenvolvimento, da personalidade e da psicopatologia?

5 - Será a experiência de grupo, no futuro, um espaço de transição para a cura?

6 - E quais serão efetivamente as contribuições que poderão emergir para auxiliar psicologicamente estas jovens já pacientes crônicas, sob a égide dos construtos teórico-técnicos atuais?

Ou seja, caracterizar a área de pesquisa em Psicologia Clínica, como uma atuação à saúde que visa desenvolver ações que privilegiem a promoção da saúde no âmbito psicossocial e ambiental. Visar a cura ...

Winnicott (apud Celeri, 2005: 51) “Em uma palestra para médicos e enfermeiros na Igreja de São Lucas, em outubro de 1970, poucos meses antes de morrer, relembra à audiência que a palavra ‘cura’ em sua raiz etimológica, significa ‘cuidado’”.

CAPÍTULO 2: OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

- ❖ Investigar a influência das variáveis psicossociais e ambientais sobre o diagnóstico de depressão de jovens mulheres adultas.

2.2. Objetivos Específicos

- ❖ Realizar um estudo descritivo das variáveis psicossociais e história familiar no diagnóstico diferencial da população atendida;
- ❖ Avaliar os fatores psicossociais e a história familiar de psicopatologia que podem levar ao aumento na frequência da depressão maior;

- ❖ Analisar se a experiência da “Consulta Terapêutica” pode sensibilizar as jovens depressivas para a vivência da situação grupal;
- ❖ Convalidar a importância de um enfoque colaborativo para o diagnóstico diferencial, frente aos construtos teórico-técnicos atuais;
- ❖ Auto-avaliar o processo de desenvolvimento da pesquisadora sob o ponto de vista de um enfoque colaborativo sobre a depressão em mulheres adultas jovens.

CAPÍTULO 3: MÉTODO

3.1. Apresentação

Optar por escolher adolescentes na fase final ou adultos jovens (17/18 à 25/26 anos) significou poder refletir mais acertadamente sobre este período da vida, visto que os atendimentos clínicos por mim realizados individuais ou em grupo, com adolescentes na fase média (14-17/18 anos) já apresentavam em outros trabalhos, como resultado, desajustamentos, comportamentos de risco e sofrimento psicológico.

Outrossim, por mim e por parte dos profissionais envolvidos com o jovem adulto, quer seja no consultório psicológico; projetos; clínica médica geral, de psiquiatria e de ginecologia; e no exercício da docência em cursos e Universidades (primeiros anos dos cursos), havia um consenso geral de que o grau de dificuldade por eles enfrentados, às vezes propiciava um diagnóstico difuso e impreciso.

Somos confrontados com um grande número de jovens diagnosticados com o transtorno do Eixo-1, DSM-IV, Depressão Maior, um grande número com terapia medicamentosa e, por conseguinte, um índice maior no número de tentativas de suicídio e outras situações de risco que eles vivenciam na atualidade, como, por exemplo, as drogas; as DSTs, Aids, acidentes fatais, gravidez “indesejada”, etc.

Há que se considerar o número significativo de jovens em sofrimento e que procuram ajuda junto às clínicas-escolas dos setores da saúde.

A escolha por desenvolver uma ação terapêutica através do desocultamento dos caminhos da depressão e sua cartografia, nesta idade, ou seja, nesta fase da vida, foi feita na crença de propiciar às jovens adultas, um espaço transicional, através da experiência do acontecer clínico individual e coletivo, visando a “cura”.

Inicialmente através de atividades colaborativas de diagnóstico descritivo e, *a posteriori*, por meio da consulta terapêutica como mote de sensibilização a formação de um ambiente de *holding*, um espaço transicional, procurando meios de extrapolar a visão psicológica por si só e, através desta mesma visão, encontrar meios para resolver alguns problemas destes pacientes, relativos ao tratamento de cada um. E , disseminar o intercâmbio da colaboração entre as diferentes áreas que intervêm com estes pacientes, dentre outros.

Os Transtornos de Ajustamento, a Depressão e algumas condições clínicas adicionais devem ser de forma geral resolvidas até o início da vida adulta. Daí a extrema importância do desenvolvimento de novas estratégias diagnósticas e ações clínicas interventivas que propiciem um tratamento mais adequado para estas jovens que foram selecionadas para o aprofundamento desta pesquisa , visto que os estudos

epidemiológicos atuais não são confiáveis, haja vista uma mudança de paradigma sendo considerada por todas as organizações que lidam com a saúde.

3.2. A Escolha do Método de Pesquisa: caminho e descaminhos

Ao iniciar este caminho, faz-se necessária à exposição das idéias de grandes autores e pesquisadores que ousaram propor um percurso metodológico congruente com os dias atuais.

Reporto-me a Luna (2001) que diferencia a pesquisa da prestação de serviços, ao afirmar que “ao ter em vista a identificação de processos e interações para o conhecimento e interpretação de determinados fenômenos” faz-se pesquisa, e não somente atinge-se um fim em si mesmo, o que caracteriza a prestação de serviços. Este autor refere-se à pesquisa como uma atividade de investigação capaz de oferecer (e, portanto, produzir) um conhecimento “novo” a respeito de uma área ou um fenômeno, sistematizando-o em relação ao que já se sabe a respeito dela (e).

Independentemente do problema, referencial teórico, ou da metodologia empregada, uma pesquisa deve considerar a consecução de três questões:

- 1 - A existência de uma pergunta que se deseja responder;
- 2 - A elaboração (e sua descrição) de um conjunto de passos que permitam obter a informação necessária para respondê-la;

3 - A indicação do grau de confiabilidade.

Sucessivamente à maneira que podem ser contempladas, reportam-se as explicações assim possam responder as perguntas, a construção clara do conjunto de passos que se apropriam de informações que possam responder a pergunta inicial e a elaboração de um grau de confiabilidade no resultado apresentado, avaliado segundo os parâmetros do referencial teórico adotado.

Definir-se por uma tese de Doutorado, segundo Eco (2000), é procurar aperfeiçoar-se e especializar-se como pesquisador científico.

Algumas regras para a escolha do tema:

- 1 - “Que o tema responda aos interesses do candidato”;
- 2 - Que as fontes de consulta sejam manejáveis;
- 3 - Que o quadro metodológico da pesquisa esteja ao alcance da experiência do candidato.

Há considerações essenciais sobre a escolha do tema (deve-se restringir o tema) e outras que desmistificam várias questões importantes sobre temas antigos e/ou contemporâneos; sobre a cientificidade de que “um estudo é científico quando responde aos seguintes requisitos”:

- 1 – O estudo debruça-se sobre um objeto reconhecido e definido de tal maneira que seja reconhecível igualmente pelos outros, exemplifica “a raiz quadrada também é um objeto, embora ninguém jamais a tenha visto”.
- 2 - O estudo deve dizer do objeto algo que ainda não foi dito, ou rever sob uma ótica diferente o que se disse;
- 3 - O estudo deve ser útil aos demais. Pode ser uma contribuição científica indispensável para os outros estudiosos?
- 4 - O estudo deve fornecer elementos para a verificação e a contestação das hipóteses apresentadas e, portanto, para uma continuidade pública;
- 5 – diferentes tipos de objetivos e metodologias.

A investigação clínica em psicologia, aplica procedimentos que são consensualmente aceitos, de preferência, por outros psicólogos. Considera-se em psicoterapia o método clínico como condição *sine qua non* para a compreensão dos elementos diagnósticos com a finalidade de tratamento.

Este fazer em psicoterapia, com alusões investigativas, transcende o rigor metodológico da ciência (método experimental), pois aplica o método clínico, ou seja, não “faz ciência”, “aplica” a ciência.

“Eventos de natureza qualitativa podem receber tratamento quantitativo desde que o pesquisador possa assumir algumas premissas de natureza ontológica e semântica para a concepção dos seus dados” (PEREIRA, 2001).

Segundo Figueiredo (1995:71), ao pensar a clínica psicológica e psicanalítica, bem como o que poderia “ser seu regime de produção de conhecimentos” reflete sobre o clínico e sua ética: “clinar é, assim, inclinar-se diante, dispor-se a aprender-com, mesmo que a meta em médio prazo seja aprender-sobre”.

Para o autor: “É bem truísmo afirmar que a psicanálise comporta uma dimensão clínica e uma dimensão de pesquisa, um método terapêutico e um método de investigação” (FIGUEIREDO, 1995: 74).

Diz ainda: “[...] estes componentes, embora indispensáveis, talvez não sejam em absoluto complementares” (FIGUEIREDO, 1995:74). Conclui que os achados nunca abarcarão “a pluralidade das experiências na totalidade de um sistema” (FIGUEIREDO, 1995:76).

Entretanto, Bleger (1963 apud Vaisberg et al, 2003) constata: “[...] tomar a conduta como objeto de estudo de todas as ciências humanas, aí incluída a psicanálise, entendeu que o acontecer clínico se dá em um campo inter-humano”.

Esta premissa consolida que a

“Investigação clínica tomará o acontecer humano, enquanto experiência emocional, como fenômeno de sua atenção, pautando-se, assim, na ética da solidariedade, na medida em que considera o outro como semelhante, a ser respeitado em sua singularidade existencial” (VEISBERG et al, 2003).

Piper (2001) sugere que há muitas outras maneiras úteis para estudar cuidadosamente o material do estudo em psicoterapia, com a finalidade de melhorar o entendimento de como ele funciona. Diz que o Ensaio Clínico Randomizado (RCT) tão bem avaliado, apresenta falhas em pesquisas relacionadas à psicoterapia.

Em primeiro lugar, existe uma pequena validação externa destes estudos, pois sua metodologia não tem como foco principal, o enfoque clínico. Em segundo lugar, existem os erros de randomização, principalmente devido a amostras pequenas e perdas de sujeitos durante a pesquisa.

Ao mesmo tempo, há outras formas que são: análise de tarefas; análise narrativa; análise de sonhos; multifatorial, entre outras.

Por outro lado, há uma atenção às limitações associadas aos ensaios clínicos de psicoterapia. Também são reconhecidos os pontos fortes como: regulação cuidadosa das variáveis independentes; forte validação interna e a habilidade de testar teoricamente, com base em hipóteses causais.

Argüe que não se deve estereotipar, polarizar, nem sucumbir a uma visão dicotômica, pois é muito mais apropriado para este novo milênio e seu tempo, que diferentes metodologias se complementem uma à outra, proporcionando avanços no campo do conhecimento.

Esta visão multidisciplinar e de inclusão de competências, de colaboração internacional, inclusive, a nível formal contribui e dissemina novas práticas das intervenções terapêuticas, quer seja no modelo de P.O.B., de procedimentos para atendimentos individuais e grupais e dos tipos de benefícios de cada processo, de análises adicionais dos tipos quantitativos e qualitativos.

O primeiro passo para o processo de colaboração é o reconhecimento do valor de diferentes objetivos e metodologias. Deve-se estimular a colaboração, desde que a mesma não venha sem esforços e custos.

Destarte, fica claro que as pesquisas atuais com procedimentos e técnicas interventivas, bem como determinadas características de personalidade do paciente e sua relação com o processo e o resultado destas terapias psicodinâmicas de tempo limitado, podem ter benefícios de processos de análise adicionais dos tipos quantitativo e qualitativo.

O princípio *inclusiveness*, visão da organização científica e internacional, que promove a colaboração entre pesquisadores e seus grupos, aplica a inclusão de:

- 1 – diferentes profissões;
- 2 – diferentes modos de treinamento;
- 3 – diferentes orientações teóricas ;
- 4 - diferentes modalidades de tratamento;
- 5 – diferentes tipos de objetivos e metodologias.

Tais atributos favorecem a comunicação formal e informal e a colaboração, assim, proporcionando avanços no campo do conhecimento (PIPER, 2001).

3.3. Trabalho de Pesquisa Colaborativa no Tratamento da Depressão de Jovens Adultas: terapêutica e pesquisa

Como foi descrito anteriormente, o Projeto de Pesquisa refere-se à área da Psicologia Clínica e é caracterizado por uma área de pesquisa e atuação voltada à saúde. Visa através de ações de intervenção , desenvolverem a promoção da saúde de adultos jovens, considerando-se os elementos psicossociais e ambientais.

Todo episódio terapêutico pode ser encarado como uma experiência ou ensaio no campo da pesquisa. Esta concomitância de tratamento e pesquisa constitui, hoje em dia, lugar comum na área da saúde, sendo amplamente responsável pelos progressos na terapêutica. A pesquisa constitui um subproduto do processo terapêutico espontâneo, visto o pesquisador–psicólogo, neste caso, permanecer relativamente passivo, mesmo considerando-se o fato de que ele é um observador participante, pois não existe neutralidade no campo da pesquisa.

Todavia ele realmente observa, de mente aberta, fluída e tenta apreender as informações sem incorrer em preconceitos. Ou seja, estará preparado para aprender algo novo através de suas descobertas, por isso a mente aberta da pesquisadora-psicóloga é um pré-requisito da pesquisa.

Esta perspectiva não representa uma espécie de relativismo, no qual tudo vale, de acordo com os caprichos do sujeito do conhecimento, do observador de cena, mas sim para enfatizar que: “tornar-se um pesquisador consiste em o observador submeter-se a um processo de aprendizagem dos critérios de validação e aplicação das explicações científicas, desenvolvidos e assumidos pela comunidade de cientistas”. (Ferreira et al, 2002:48).

Sob esta visão, a qual não existe neutralidade, que o pesquisador é um ser vivo, impregnado por sua história pessoal e de construção de sentidos já representados pelo seu conhecimento desenvolvido, e que na pesquisa qualitativa outros processos passam a ser privilegiados – passa-se a enfatizar a especificidade da situação de pesquisa, isto é a descrição detalhada e rigorosa do contexto da pesquisa, do caminho a ser percorrido pelo pesquisador e de como procedeu em sua interpretação, Spink (1999).

Assim, este caminho será percorrido nesta pesquisa ,que será **quantitativa** (grifo meu) e não só qualitativa, pois se acredita que poderão “surgir novas construções de sentido e possam favorecer a melhoria da condição humana, mesmo que tal trabalho contenha riscos de imprecisões”, sob o ponto de vista de uma visão mais pragmática que também valide o conhecimento desenvolvido (Ferreira et al, 2002).

Ressalte-se nesta visão, o olhar clínico, a postura clínica que caracteriza a Psicologia Clínica, o que a diferencia de outros ramos da Psicologia, pois ao clínico interessa a forma de pensar e atuar, acima dos problemas que o leva a intervir. Ao clínico, acima de tudo, de acordo com Silvaes e Melo (2002), diz respeito o bem-estar das pessoas que atende.

Em seguida serão detalhadas as especificidades do projeto de pesquisa intitulado “Tratamento e Prevenção Psicológica dos Transtornos de Ajustamento e Depressão na Fase Final da Adolescência e Início da Aduldez: Um enfoque multidisciplinar”, o qual originou a Tese “Os caminhos da Depressão e sua Cartografia na Adolescência e Início da Aduldez”.

Na fase inicial da Pesquisa, ao refletir sobre várias questões estudadas, que atendessem as demandas teóricas de autores como Eco (2000), Luna (2001) e Piper (2001) que propõem estudos colaborativos, optaram por desenvolver um

estudo desta natureza, com diferentes profissionais e metodologias complementares, ou seja, uma pesquisa multidisciplinar como já descrito anteriormente, por avaliar o fenômeno de que jovens estavam em sofrimento psicológico, alguns com diagnósticos difusos e imprecisos.

Visto que havia estudos e relatos de pacientes, alunos e colegas da área da saúde, que comprovavam assystematicamente que as clínicas freqüentadas pelos jovens eram as de Psicologia, Psiquiatria, Ginecologia e Obstetrícia, optei por esta população. Acreditava ser possível desenvolver um estudo descritivo inicial, com a finalidade de diagnóstico diferencial, atendendo os critérios não só psicológicos, mas também de classificação do DSM-IV (ed. revisada), enfocando o Eixo-I e EIXO-IV.

3.4. Pesquisa: Os caminhos da depressão e sua cartografia

A população envolvida para o desenvolvimento da pesquisa num enfoque colaborativo comportou:

- A própria pesquisadora, da Área de Psicologia Clínica;
- Uma profissional pesquisadora, professora e doutora da Área de

Psiquiatria e outra da área de Estatística;

- Três acadêmicos do Curso de medicina, orientados pela pesquisadora, de acordo com o modelo de Iniciação à Pesquisa; Capes/CNPQ;

- Trinta e duas jovens voluntárias, atendidas no Ambulatório de Psiquiatria com diagnóstico de depressão, de uma amostra inicial de 60 jovens, que foram analisadas através dos prontuários.

Os instrumentos utilizados foram:

1ª Etapa : Prontuários do HC/UEL (Psiquiatria e G.O.) ,para análise descritiva de acordo com o CID-10;

2ª Etapa: Formulário para diagnóstico diferencial(SCID e DSM-IV,Eixo IV , Anexo 1);

A importância da escolha do Formulário foi por avaliá-lo como um instrumento que abarcasse o enfoque colaborativo.O Formulário é uma lista formal; catálogo; “categoria de variáveis destinada a coleta de dados psicossociais, de história familiar e de psicopatologia”.

É freqüentemente usado no levantamento de dados descritivos, geralmente para a coleta de dados definidos, concretos e objetivos, como por exemplo, a identificação de pacientes, informações sobre às condições de moradia, características pessoais.

“Uma das vantagens do formulário consiste exatamente na assistência direta que o informante recebe do investigador, que pode reformular os itens, tornar mais claras as perguntas, dar explicações, enfim, ajustar o mesmo à experiência e compreensão de cada informante” (NOGUEIRA, 1968:129).

Ainda segundo o autor: “[...] O formulário não apenas uniformiza as observações do mesmo investigador, mas também, as observações dos diferentes investigadores empenhados no mesmo estudo” (NOGUEIRA, 1968:129).

3 ETAPA: Técnica da Consulta Terapêutica ;

A técnica da consulta terapêutica foi outro instrumento utilizado com a finalidade de criar um ambiente de holding para sensibilizar os participantes do estudo descritivo e conduzi-los, por uma parte, a fazer o seu próprio diagnóstico e, por outra, a descobrir meios apropriados para resolver alguns problemas que se implantam em todo o grupo, inclusive o familiar ,. através da situação grupal futura .

4ª Etapa: A análise do material quantitativa, por categorias descritivas de análise: Eixo – Iv do DSMIV – ed. revisada, e qualitativa, sob o ponto de vista da “Consulta Terapêutica Winnicottiana”.

A explicação e descrição de cada etapa serão abordadas a seguir, à medida que foram sendo desenvolvidas de forma complementar.

3.4.1. Participantes da Pesquisa

Foram escolhidos os pacientes na fase final da adolescência e início da adultez que freqüentavam as clínicas de : Psicologia , G.O. e Psiquiatria da Universidade Estadual de Londrina, no período de um ano (setembro de 2002 a setembro de 2003).

1ª Etapa: Realização do Estudo Descritivo

Na primeira etapa da pesquisa, pacientes adolescentes; adultos jovens que freqüentavam as Clínicas de Psiquiatria, Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina (HU/UEL), no período de um ano: setembro de 2002 a setembro de 2003, atendidos com diagnósticos de DSTs, HIV, Depressão, gravidez e com episódios de tentativa de suicídio, através de análise descritiva de 2.523 prontuários para o mapeamento da população com depressão. Exceção feita a pacientes da Clínica de Psicologia , que foram parte da população prevista para o estudo ,mas que devido às dificuldades de coleta das informações foram excluídos .

Local: Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina - Pr (HU/UEL).

Instrumentos utilizados:

Foram avaliados 2.523 prontuários de pacientes adolescentes e adultos jovens atendidos com diagnóstico de DSTs, HIV, depressão, gravidez e histórico de tentativas de suicídio dos ambulatórios de Psiquiatria e Ginecologia e Obstetrícia.

Os dados coletados foram diagnosticados através da décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças – Décima Edição (CID 10) da Organização Mundial da Saúde (O.M.S.).

Os diagnósticos de tentativas de suicídio foram notificados obrigatoriamente para os órgãos públicos;

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEL, via ofício nº 107/02.

2ª Etapa: Seleção dos participantes para o estudo de caso clínico.

Foram selecionados os 60 jovens que haviam sido diagnosticados e atendidos na instituição para esta etapa, com um diagnóstico diferencial de depressão maior, e a investigação de outras variáveis, como história familiar, através da análise de seus prontuários de acordo com as classificações específicas de cada clínica.

Nesta etapa do estudo, conduzida no período de abril de 2004 a abril de 2005, foi considerada a conveniência de tempo e local, visto que a amostra foi

pareada na mesma faixa etária, com a finalidade de descrição do método em modelo estatístico adequado ao estudo, ainda descritivo.

Devido a estas condições , a partir desta etapa, foram selecionadas e avaliadas 32 pacientes depressivas, com idades entre 17-25 anos(algumas com tentativas de suicídio);

Local: Instalações e dependências do HU e HC/UEL.

Instrumentos utilizados:

Foi utilizada a análise clínica estruturada, versão clínica (SCID-I), baseada nos critérios diagnósticos do Eixo-I, da Associação Americana de Psiquiatria (APA), do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quarta edição, DSM-IV, traduzido e adaptado para o português por Del Bem e colaboradores (2001).

Para investigar os estressores psicossociais foi incluído o Eixo-IV: Problemas Psicossociais e Ambientais do DSM-IV (ed. revisada), em formulário organizado por Abreu (et al, 2003/2004), intitulado “Formulário para Análise da Depressão” (Anexo 1). E também o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(Apêndice 1), aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEL, espontânea e previamente assinado por todos os participantes dos grupos.

Com Critérios de Inclusão: pacientes do sexo feminino, atendidas no Ambulatório do HU, com idade entre 16/17 - 25 anos preferencialmente , em todo caso com idades de 12 - 25 anos.

Critérios de Exclusão: qualquer paciente que tivesse história de doença médica crônica, que alterasse a função cognitiva.

3ª Etapa: Realização da Consulta Terapêutica

Para esta etapa da pesquisa, participaram as 32 adultas jovens com idades entre 17-25 anos, que já haviam sido selecionadas e entrevistadas na fase de diagnóstico diferencial sobre depressão maior (algumas com tentativas de suicídio), e com ênfase nos dados que surgiram na análise do Eixo-IV do DSM-IV, problemas psicossociais e ambientais, no período de agosto a dezembro de 2005.

Local: Consultório Psicológico

Instrumentos utilizados:

Na retomada através de contato telefônico e na Consulta Terapêutica, os dados obtidos por meio do “Formulário para Análise da Depressão”, elaborado e organizado por Abreu (et al, 2003/2004), aplicado nas 32 adultas jovens (etapa 2), no item específico sobre o Eixo-IV: Problemas Psicossociais e Ambientais.

População atendida através da Consulta Terapêutica: quatro jovens com diagnóstico de depressão maior, duas delas, com tentativas de suicídio.

Critérios de Inclusão: Interesse em participar num grupo de jovens adultas com diagnóstico de depressão e ser integrante do projeto de pesquisa desde o seu início.

3.4.2. Procedimentos

1ª Etapa: Levantamento de Dados

Na primeira etapa foi realizado um levantamento de dados, via análise descritiva de elementos diagnósticos de acordo com os 2.523 prontuários de adolescentes com idades entre 12-16 anos e de 17-25 anos.

As freqüências tabuladas mostraram quais os comportamentos de risco de vida, como: DSTs, HIV, Depressão, gravidez e com episódios de tentativa de suicídio, através do mapeamento destas intercorrências.

2ª Etapa: Delimitação da População do Estudo com diagnóstico de Depressão

Após análise descritiva dos eventos de risco das jovens atendidas pelas clínicas, num total de 2.523, foram separadas para um aprofundamento da pesquisa sobre a depressão e a influência do Eixo-IV do DSM-IV: Fatores Psicossociais e Ambientais, os jovens com diagnóstico prévio de depressão.

Desta amostra, dos 60 iniciais com as idades de 10 a 16 anos :n =14(6:F,8:M) ; com idades de 17-25 anos :n=53 (46:F,7:M), ficaram só as 32 mulheres adultas – jovens que vieram para o estudo , das 46 iniciais que compunham o n feminino da amostra inicial nesta idade . Por conta do estudo ser colaborativo, ainda havia interesse em investigar se havia uma correlação significativa entre a depressão, a gravidez e a história familiar de psicopatologia, nas adultas jovens selecionadas para esta etapa do estudo em diante.

Portanto, 32 pacientes depressivas foram entrevistadas individualmente, e atendidas com as devidas orientações sobre a Pesquisa e sobre o trâmite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, bem como a aprovação pelo Conselho de Ética em Pesquisa da UEL.

Foi informado às pacientes com diagnóstico de depressão, que elas poderiam participar da continuidade da pesquisa, caso quisessem, em atividades de *follow-up* em grupo.

3ª Etapa: Follow-up e Consulta Terapêutica

Nesta etapa, foi realizada a tentativa de contato telefônico somente com as 32 pacientes de depressão para convidá-las ao acompanhamento (*follow-up*), já outrora informado, através do procedimento da consulta terapêutica em grupo. E, com a

finalidade de aprofundamento dos fatores do Eixo-IV do DSM-IV (ed. revisada): Problemas Psicossociais e Ambientais (vide Anexo 2), fazendo menção às questões já identificadas na análise descritiva, relacionada à etapa anterior.

4ª Etapa: Análise dos Dados

Análise descritiva dos dados coletados e análise qualitativa obtida nas consultas terapêuticas realizadas com foco específico no Eixo-IV do DSM-IV, de acordo com o referencial teórico-técnico que foi adotado para esta pesquisa.

Quanto a análise qualitativa foram aplicados os pressupostos do “acontecer clínico”.

A seguir, serão apresentados os resultados que surgiram e as considerações relevantes a cada etapa da pesquisa: “Os Caminhos da Depressão e sua Cartografia na Adolescência e Início da Adulterz”.

CAPÍTULO 4: RESULTADOS E *FOLLOW-UP* DA PESQUISA COLABORATIVA SOBRE: “Os Caminhos da Depressão e sua Cartografia na Adolescência e Início da Aduldez”

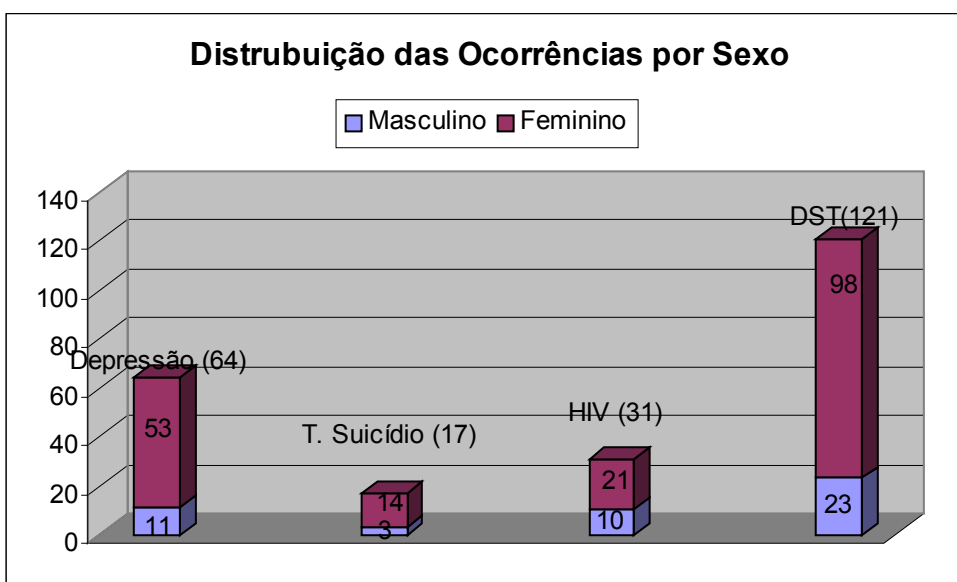
Os resultados que surgiram serão apresentados de acordo com as etapas descritas no capítulo anterior, relacionadas às: 1ª etapa, 2ª etapa, 3ª etapa, 4ª etapa.

Na Primeira etapa , intitulada : “Levantamento de Dados “ , a determinação da freqüência dos diagnósticos de Depressão, tentativas de suicídio, DSTs, HIV e gravidez foram coletadas de 2.523 prontuários de adolescentes nas idades de 10 à 16 anos e de 17 à 25 anos, pacientes do HU/UEL, no período de um ano (2002-2003), de acordo com diagnósticos da décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10, O.M.S.).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEL, via ofício nº 107/02.

Foram analisados, nas condutas de risco, os seguintes aspectos: a identidade de gênero; distribuição por idade e o diagnóstico dos prontuários médicos; mostradas no gráfico 1.

Gráfico 1 - Frequência de depressão, tentativa de suicídio, HIV, DST por gênero.



Os resultados das idades de 10 a 16 anos foram: episódio depressivo ou transtorno depressivo recorrente: N = 14, 6 F, 8 M; tentativas de suicídio: N = 4; 2 F e 2 M; HIV: N = 3; 2 F e 1M; DST: N = 9, 8 F e 1 M; gravidez: N = 277.

Quanto às idades de 17 a 25 anos, que é a população selecionada para o estudo da Tese, surgiram: episódio depressivo ou transtorno depressivo

decorrente; depressão: N = 53, 46 F e 7 M; tentativas de suicídio: N = 13, 11 F e 2 M; DST: N = 112, 90 F e 22M; HIV: N = 28, 19 F e 9M; gravidez: N = 2074.

Os resultados sugerem o aumento na freqüência dos diagnósticos estudados nas idades de 17 a 25 anos.

Estes dados corroboram com as questões teórico-técnicas, enfocadas nesta pesquisa, as quais localizam nesta idade, os maiores eventos desencadeadores de dificuldades pessoais, psicossociais e ambientais.

Outros aspectos relacionados à análise de outros fatores de risco podem ser levados em consideração no trabalho realizado por Abreu (et al, 2004): “Estudo de caso sobre diagnósticos de: depressão, tentativa de suicídio, gravidez, HIV e DST em adolescentes e adultos jovens” (vide Anexo 3).

Os dados analisados indicando que a depressão maior tinha índices mais elevados em mulheres fizeram com que eu deixasse de considerar o número de homens que, no caso da depressão nas idades entre 17-25 anos, eram na freqüência de sete.

Além disso, ficou evidente que a depressão é característica psicopatológica, com maior incidência na identidade do gênero feminino, como já apontavam os estudos desenvolvidos por outros pesquisadores.

Após a conclusão desta etapa prevista para a pesquisa sobre a depressão e a influência do Eixo-IV do DSM-IV (ed. revisada), bem como as decisões tomadas por mim e colaboradores com base nos critérios de exclusão e de inclusão de métodos objetivos e instrumentos para a continuidade da pesquisa, surgiram ainda, várias demandas e dificuldades na fase de coleta de dados e de diagnóstico clínico diferencial.

A primeira etapa foi concretizada através da análise de dados já existentes nos registros (prontuários das clínicas escolhidas para o estudo), com o intuito de investigar e confirmar:

1 –Eram freqüências significativas para que o meio acadêmico-científico começasse a se voltar mais para estas questões críticas?

2 –Como selecionar o tipo de diagnóstico e os aportes teórico-técnicos numa mesma pesquisa colaborativa e de tese?

3 –Qual o caminho? Optar por qual das freqüências do diagnóstico surgido? E [...] assim por diante [...].

Então, as decisões foram baseadas na minha premissa profissional inicial, a qual era a de continuar a investigar a depressão em adultos jovens; mulheres a partir desta fase da pesquisa, e, verificar a influência das variáveis psicossociais e ambientais na incidência deste transtorno.

Daí por diante, foi iniciada a 2ª etapa da pesquisa:” Delimitação da população da Pesquisa com Diagnóstico de depressão “ ,selecionando dos 60 jovens diagnosticados (n= 46 F e 7M) , 32 moças com diagnóstico de depressão que vieram para a realização do diagnóstico diferencial , abordando o Eixo IV –DSM-IV (e, ainda avaliando a variável gravidez), e história psicopatológica familiar correlacionada).

Todos estes aspectos podem ser vistos e analisados através do trabalho intitulado “Depressão maior e gravidez na adolescência e adultos jovens: relação com estressores psicossociais e história familiar de psicopatologia” (vide Anexo4).

As 32 jovens que participaram deste diagnóstico diferencial, faziam parte das 46 que participaram na primeira etapa da pesquisa, um total inicial de N = 53, nas idades de 17 à 25 anos, 46 F e 7 M (que foram excluídos do estudo).

Ao avaliar a questão dos problemas psicossociais e ambientais, surgiram 24 respostas sobre ter problemas em grau elevado com o grupo de apoio

primário; 12 relacionadas ao ambiente social; 11 com problemas educacionais; 8 atinentes a problema ocupacional; 9 com problema legal/criminal e 5 com problema psicossocial/ambiental, conforme apresenta abaixo a Tabela 1 .

Ainda a variável gravidez correlacionada , devido como já foi dito ao estudo ser colaborativo , e a análise estatística englobar estes dados.

Tabela 1: Incidência dos problemas Psicossociais e Ambientais do EixoIV – DSM I

ESTRESSORES	DEPRESSÃO		GRAVIDEZ		χ^2	Valor de p
	n	%	n	%		
GRUPO APOIO PRIMARIO	24	77,42	6	13,33	28,93	< 0,0001
AMBIENTE SOCIAL	12	38,71	10	22,22	1,69	0,1935
PROBLEMA EDUCAIONAL	11	35,48	6	13,33	3,99	0,4580
PROBLEMA OCUPACIONAL	8	25,81	12	26,67	0,03	0,8561
PROBLEMA DE MORADIA	9	29,03	15	33,33	0,02	0,8844
PROBLEMA ECONOMICOS	8	25,81	21	46,67	2,56	0,1097
PROBLEMA ACESSO SERVIÇO DE SAUDE	3	9,68	16	35,56	5,25	0,0220
PROBLEMA LEGAL/CRIMINAL	9	29,03	8	17,78	0,77	0,3805
OUTRO PROBLEMA PSICOSSOCIAL/AMBIENTAL	5	16,13	6	13,33	FISHER	0,7507

Analisando as variáveis sobre :suicídio ,história familiar de depressão e alcoolismo ,do total de 32, 13 jovens tinham histórico de tentativas de suicídio; 20

responderam que tinham história familiar positiva para o álcool e, 25, história familiar favorável à depressão em primeiro grau e outras 20 em segundo grau.

Tabela 2: Freqüência de Tentativas de Suicídio

Table of q42 by q3			
q42(HISTORICO TENTATIVA DE SUICIDIO)	q3(POPULAÇÃO)		Total
	Depressão		
Frequency Col Pct			
sim	13 41,94		
não	18 58,06		
Total	31		
Frequency Missing = 6			

A tabela acima apresenta o número de tentativas de suicídio ,as quais foram atendidas no pronto socorro do Hospital Universitário e que foram devidamente notificadas junto a instância competente.

Tabela 3: Histórico Familiar Positivo para o Álcool em primeiro grau.

Table of q22 by q3			
q22(HIST,FAMILIAR POSITIVA-ALCOOL1)	q3(POPULAÇÃO)		Total
Frequency Col Pct	Depressão		
sim	12 40,00		
não	18 60,00		
desconhece	0 0,00		
Total	30		
Frequency Missing = 2			

As respostas mostram uma correlação significativa da depressão das jovens com um grau de alcoolismo familiar .

Tabela 4: História Familiar Positiva ao Álcool em segundo grau.

Table of q23 by q3			
q23(HIST,FAMILIA R POSITIVA- ALCOOL2)	q3(POPULAÇÃO)		Total
Frequency Col Pct	Depressão		
sim	15 50,00		
não	13 43,33		
desconhece	2 6,67		
Total	30		
Frequency Missing = 2			

As respostas sugerem coincidência de histórico de alcoolismo ,também em segundo grau .

Tabela 5: Histórico Familiar Positivo à Depressão em primeiro grau.

Table of q20 by q3			
q20(HIST,FAMILIAR POSITIVA-DEPRESSAO1)	Q3(POPULAÇÃO)		Total
Frequency Col Pct	Depressão		
sim	25 80,65		
não	5 16,13		
desconhece	1 3,23		
Total	31		
Frequency Missing = 1			

Os resultados apontam um grau positivo para o histórico familiar de depressão de forma dominante .

Tabela 6: Histórico Familiar Positivo a Depressão em segundo grau.

Table of q21 by q3			
q21(HIST,FAMILIAR POSITIVA-DEPRESSAO2)	Q3(POPULAÇÃO)		Total
Frequency Col Pct	Depressão		
sim	20 64,52		
não	7 22,58		
desconhece	4 12,90		
Total	31		
Frequency Missing = 1			

A tabela 5 e 6 apresentam a predominância de histórico familiar com depressão. .

Inúmeras variáveis foram correlacionadas estatisticamente, inclusive com a questão da gravidez, conforme as tabelas apresentadas no Apêndice 2.

Os resultados apresentados sobre a influência das variáveis psicossociais, correlacionados a história familiar, mostraram um índice elevado de respostas relacionadas a problemas com o grupo de apoio primário, como descrito na Tabela 1. Concomitantemente, apontaram um grau elevado de intercorrências, de

história familiar positiva, favorável á depressão em primeiro grau (Tabela 5) e segundo grau (Tabela 6).

De acordo com os objetivos propostos para esta pesquisa de tese de doutorado, já havia até aqui obtido o resultado sobre os objetivos acerca da investigação de variáveis psicossociais e ambientais (Eixo-IV do DSM-IV), influenciando o diagnóstico de depressão e a questão do histórico familiar.

Já na segunda etapa da pesquisa, as análises descritivas realizadas apontaram para indicadores familiares psicopatológicos no primeiro grau e segundo grau o que ocasionou o aumento na freqüência da depressão de forma expressiva.

Na terceira etapa ; “ Follow-up e Consulta Terapêutica “ fui à busca da realização do objetivo relacionado à Consulta Terapêutica, ao acontecer clínico , a oferta de um espaço transicional, um ambiente de *holding* para auxiliar estas jovens frente a esta situação de depressão. E, principalmente, para sensibilizá-las para a vivência de uma situação de *holding* no grupo.

Após um período de tempo entre o início da pesquisa, até o término, foram transcorridos alguns meses .

Neste intercurso , indo de encontro ao percurso até então realizado , através de contatos telefônicos realizados por mim em busca destas pacientes; jovens participantes da pesquisa desde a primeira etapa; consegui realizar a Consulta Terapêutica somente com quatro delas.

Das 32 jovens selecionadas para o estudo, surgiu um número pequeno de adesão a partir da etapa da Consulta Terapêutica, que se deveu aos seguintes fatores: 10 jovens (dez) moram em outras cidades; 10 (dez) não responderam as minhas tentativas telefônicas; sete ficaram de retornar e não o fizeram e, as quatro participantes da consulta, foram as jovens com as quais consegui realizar a terceira etapa prevista para a pesquisa, de um total de $n = 32$ selecionado , com o surgimento de um $n = 31$ em algumas das etapas sequenciais .

A diferença do n :Total de 32 para o n : total de 31 pacientes ocorreu devido às respostas incompletas no instrumento que foi aplicado na segunda fase da pesquisa, em diante . Acredito que houve a interferência do fator tempo; local; espaço; que se interpõe na rotina; na vida; no espaço pessoal de cada um. E questões relacionadas a problemas familiares e financeiros.

Imagino que houve influências das vicissitudes do cotidiano que se sobrepuseram às possibilidades do encontro, com seu próprio eu e, o eu e o outros, que ocorreu através da Consulta Terapêutica.

Os resultados do espaço propiciado por meio da Consulta com as jovens puseram-me em contato com o acontecer clínico, mais ainda, com o acontecer humano ao poder solidarizar-me com estas jovens, sendo que de um total de quatro, duas tinham histórico de tentativa de suicídio e conseguir sensibilizá-las para a premissa de um espaço de “cura” (cuidado) oferecendo um espaço transicional de um ambiente de *holding* que supostamente foi aceito em situação grupal.

Independentemente deste estado de aceitação, quanto à consolidação da importância de um enfoque colaborativo, penso que ele tornou-se possível, à medida que contribuiu para a realização do diagnóstico diferencial descritivo, frente ao Transtorno da Depressão Maior em mulheres jovens adultas.

Por outro lado, retratou as impossibilidades que a ausência de uma continência ao estado de sofrimento psicológico, por meio de um ambiente de holding que fora inadequado nas fases anteriores da pesquisa, resultou numa falta de adesão a continuidade do processo.

Esta falta de adesão ao tratamento é uma dos maiores problemas relacionados ao enfoque psiquiátrico nas mulheres adultas jovens com diagnóstico de Depressão Maior. O não “ouvir” a dor psíquica, é que pode cada vez mais afastá-la deste processo, bem como o resultado que surge nesta pesquisa, de somente quatro jovens virem para a Consulta Terapêutica.

Ao mesmo tempo, com as jovens que vieram à Consulta Terapêutica, houve, na retomada do contato, um tipo de enquadre pessoal, no manuseio com as lembranças advindas de seus percursos junto a própria pesquisa e as suas próprias vidas frente a demanda e à aceitação de um “espaço transicional”; “de cuidado”; “de cura”.

O *follow-up* surge como um tipo de resultado que se inicia com o acontecer clínico da Consulta Terapêutica.

De acordo com Winnicott (1963 apud Vaisberg, 2005:67):

No texto dedicado aos objetivos do tratamento [...] enuncia que, diante de uma situação problemática, cabem duas opções: fazer psicanálise, pelo uso do dispositivo padrão freudiano, ou ser um psicanalista que faz outra coisa mais apropriada à situação. Aí está, pois dito com clareza que o projeto psicoterapêutico, visto da perspectiva psicanalítica, não é uma questão meramente ‘técnica’, mas um ser e fazer. (WINNICOTT, 1963 apud VAISBERG, 2005:67)

O autor, dando continuidade à idéia supracitada, nos leva a refletir:

A afirmação tem importância crucial, na medida em que expressa o alcance de um elevado grau de coerência no contexto de uma teoria a qual traz, em seu bojo, pressupostos psicopatológicos segundo, os quais o sofrimento que importa combater, nos dias atuais, é aquele da dissociação que impede o ser humano de se sentir vivo, real, e capaz de gestualidade espontânea, criadora e transformadora (WINNICOTT, 1963 apud VAISBERG, 2005: 67).

Por conseguinte, “A teoria que considera fundamental é aquela do amadurecimento emocional humano; a natureza de que trata é a humana” (VAISBERG, 2005: 66).

CAPÍTULO 5: CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo sobre “Os caminhos da Depressão e sua Cartografia na Adolescência e Início da Aduldez”, pressupõe uma trajetória que corrobora com as hipóteses e inferências que fizera com que eu iniciasse esta pesquisa.

De acordo com Luna (2001), acredito ter conseguido responder as perguntas que fiz; elaborei um conjunto de passos que permitiram a atenção das informações necessárias e com um grau aceitável de confiabilidade.

Pude vivenciar o princípio *inclusiveness*, proposto por Piper (2001).

Consolidar a importância de uma pesquisa colaborativa e ser confrontada com os limites de uma escrita humana mais sustentada para o sofrimento psicológico.

Desvendar a minha ignorância, o meu não saber [...] Enfrentar a assunção das dificuldades originadas pelos limites pessoais enquanto pesquisadora e de minha frustração pessoal frente aos percalços de um Curso de Capacitação.

O foco sobre a depressão maior em mulheres jovens com idades entre 16-25 anos, algumas destas com tentativas de suicídio, mobilizaram uma experiência emocional que ultrapassou a barreira do “acontecer clínico” transpondo-a para o “acontecer humano”.

Causou-me espanto e constrangimento poder aferir tamanho sofrimento, dor e autodestruição em pessoas tão jovens e que se vêem tão sem saída para o contexto atual. Outrossim, de perceber o quão despreparados estamos eu, o sistema institucional, a família e a sociedade, para apoiá-las de forma mais justa e adequada.

Há uma crucial questão relacionada às famílias que cada vez mais, estão sem elementos de *holding* sócio-cultural, por conseguinte com pais que não conseguem mais oferecer apoio e suporte aos seus filhos adultos jovens, que se encontram num período de “moratória psicossocial”.

Faz-se necessário para os profissionais que tratam dos jovens com diagnóstico de depressão maior, que ampliem cada vez mais, de forma colaborativa, o seu conhecimento teórico-técnico, que consolidem a integração entre pesquisa e prática clínica. Que ampliem os espaços das Conversas Terapêuticas propriamente

ditas, por meio da integração entre ações interventivas que possam atender de forma mais atenciosa e suportiva para as jovens em situações de risco que procuram os serviços de saúde, principalmente, os serviços ambulatoriais dos hospitais-escola.

Concluo que é de extrema importância para o psicólogo que atende jovens adultos, a clareza acerca do diagnóstico diferencial como o do DSM-IV (SCID-I: Entrevista Clínica) e, principalmente, que possa levar em consideração, os múltiplos fatores que determinam a depressão maior e que são os problemas psicossociais e ambientais do Eixo –IV do DSM-IV. E lancem um olhar para as famílias.

É óbvio que não podemos ter uma visão somente assistencialista prevista para o atendimento de pessoas que procuram a prestação de serviços em instituições e nem uma visão escatológica sobre os transtornos mentais, estreitados unicamente com uma análise e compreensão psicanalítica, psicopatológica e de outras abordagens teórico-técnicas.

Pois restritos por estas clausuras, perde-se o ato humano. Ao invés, pode surgir o acontecer clínico humanizado; o “pensar-sentir”, deste posicionamento que pode ser winnicottiano, ao privilegiar a saúde e não a doença.

Pode o psicólogo pensar em atuar com algo mais que envolva confiança, estabilidade e previsibilidade (o *holding*), numa situação que é posta; que é o lugar para um acontecimento: o acontecer humano além do clínico.

Creio que esta pesquisa revelou algo mais do que havia sido feito até então. Muito mais do que descrever as situações de risco , confirmá-las e diagnosticá-las; foi a apreensão do fenômeno fenomenológico da depressão, seus caminhos que, muitas vezes, podem levar ao fim da vida . Às vezes por meio das tentativas de suicídio feitas pelas adultas jovens que não podem viver e participar de nenhum ambiente de holding, nem familiar ou social para a superação de sua doença.

Visar à compreensão de uma cartografia fundadas na existência de problemas psicossociais e ambientais (Eixo-IV) que perpassam a situação familiar por meio de uma visão profissional teórico - técnica colaborativa , sem tanta competitividade e vaidade pessoal .

Estes fenômenos devem ser objetos de nossa atenção, pautados, pois, numa ética da solidariedade numa ética que prime por uma apreensão do conhecimento e aprendizagem constantes.

Afirmo que a Consulta Terapêutica pode ser a construção de um espaço de ambiente de *holding* para estas jovens, podendo ser um espaço transicional para o ensaio da cura.

E, finalmente devo também aceitar os meus parcos limites frente à tamanha complexidade , perante aquilo que posso falar do meu mundo . Aceitar o fato de que nunca abarcaremos “a pluralidade das experiências” [...], pois conforme diz Figueiredo (1995:71) “clínica é, assim, inclinar-se diante, dispor-se a aprender com, mesmo que a meta em médio prazo seja aprender sobre”.

“Caminhante não há o caminho, o caminho se faz ao caminhar”
(BOHOSLAVSKY, 1991).

REFERÊNCIAS

_____. DSM-IV – **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Trad. Dayse Batista; - 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

ABREU, R. E. **Influência da Família, da Escola e da Escolha Profissional na Determinação do Perfil Psicossocial dos Adolescentes**. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Londrina, 1999.

ABREU, R.E et al. **Formulário para análise de Depressão**. Material elaborado para o Projeto de Pesquisa do Doutorado. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 2003.

ABREU, R. E., et al. Determinação dos Diagnósticos de Depressão, Tentativa de Suicídio, Gravidez, Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) em Adolescentes e Adultos Jovens. **Revista Semina**. v. 26, n. 1, 2004.

ABREU, R.E., et al. Depressão Maior e Gravidez na Adolescência e Adultos Jovens: Relação com estressores psicossociais e história familiar de psicopatologia. **Revista de Psiquiatria**, 2005 (no prelo).

ABADI, S. **Transições** - O Modelo Terapêutico de D.W.Winnicott. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

ALVES, Rubem. **Conversas com quem gosta de Ensinar**. São Paulo: Ars. Poética, 1995.

ALVES, H. **Psicoterapia breve operacionalizada - PBO com adolescentes de rede pública escolar da cidade de Santos – SP**: uma contribuição à psicologia clínica preventiva, Tese – 240 p. USP, São Paulo, 2001.

ARAÚJO, A. R de. **A vivência da sexualidade em mulheres com quadros de depressão, tratadas com medicamentos antidepressivos e psicoterapia**. Ribeirão Preto, 2003. Dissertação (Mestrado). Disponível em: <<http://www.dedalus.com.br>>. Acesso em 06/12/2005.

AVANCI, R. de C. **O adolescente que tenta suicídio: estudo epidemiológico em uma unidade de emergência**. Ribeirão Preto, 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Disponível em: <<http://www.saber.usp.br>>. Acesso em 01/07/2005.

BARON, P. A. **Psychology**. Boston: Allyn & Bacon, 2002.

BERNIK, V. Depressão. **Revista Brasileira de Medicina**. V. 56, n. 5, p. 347-364, maio, 1999.

BOHOSLAVSKY, R. **Orientação Vocacional – a estratégia clínica**. 8ª ed., São Paulo: Martins Fontes, 1991.

BRAIER, E. A. **Psicoterapia Breve de Orientação Psicanalítica**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

BOHOSLAVSKY, R. **Orientação Vocacional: a Estratégia Clínica**. 8 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

CAMPAGNA, V. N. **Aspectos da organização da identidade feminina no início da adolescência**. São Paulo, 2003. Dissertação (Mestrado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano). Disponível em: <http://www.saber.usp.br.htm>. Acesso em 01/07/2005.

CELERI, E. H. R. V. A mãe devotada e seu bebê. **Viver MENTE&CÉREBRO**, n. 5, p. 28-39, 2005.

CONSTANTINIDIS, T. S. **Possibilidades e limites na constituição de um grupo de terapia ocupacional com pacientes psicóticos: uma leitura a partir de Pichon-Rivière**. Dissertação de Mestrado – 187 p. USP, São Paulo, 2000.

COSTA, E. M. S. **Psicoterapia psicodramática focal: análise qualitativa e quantitativa no transtorno depressivo menos**. São Paulo, 2005. Dissertação (Mestrado). Disponível em: <<http://www.dedalus.com.br>>. Acesso em 06/12/2005.

De FELICE, E. M. **Estudo psicodinâmico do puerpério em mulheres primíparas**. São Paulo, 1999. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Disponível em: <<http://www.dedalus.com.br>>. Acesso em 06/12/2005.

ERIKSON, E. H. **Identidade, Juventude e Crise**. 2. ed. Rio de Janeiro : Zahar Editores, 1976.

ECO, U. **Metodologia** - Como se faz uma Tese. S .P: Perspectiva,2000.

FÉDIDA, P. **Dos benefícios da depressão: elogio da psicoterapia**. São Paulo: Escuta, 2002.

FERRARI, A.B. **Adolescência: o segundo desafio** - considerações psicanalíticas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

FERREIRA, R. F. et al. Caminhos da pesquisa e a Contemporaneidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2002, 15 (2). Pp. 243-250.

FIORINI, H. J. **Teoria e Técnica de Psicoterapias**. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves ED.S.A.,1991, 9 ed.

FREUD, S. Novas Conferências Introdutórias sobre Psicanálise e outros trabalhos (1909). In: FREUD, S. **Obras Completas**. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1974).

FREUD, S. O Mal estar na civilização (1930). V. XXI. In: FREUD, S. **Obras Completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

FUENTES, M. J. S. Depressão: da psiquiatria à psicanálise. São Paulo, 1999. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Disponível em: <<http://www.dedalus.com.br>>. Acesso em 06/12/2005.

GIL, C. A. Envelhecimento e depressão: da perspectiva psicodiagnóstica ao encontro terapêutico. São Paulo, 2005 – USP, São Paulo. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Disponível em: <<http://www.dedalus.com.br>>. Acesso 06/12/2005.

GIUSTI, J. S. Adolescentes usuários de drogas que buscam tratamento: as diferenças entre os gêneros. São Paulo, 2004. Dissertação (Mestrado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano). Disponível em: <<http://www.dedalus.com.br>>. Acesso em 06/12/2005.

GRAÑA, R. B. **Técnica Psicoterápica na Adolescência**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

GUANAES, C. Grupo de apoio com pacientes psiquiátricos ambulatoriais: exploração de alguns limites e possibilidades. Dissertação. USP, Ribeirão Preto, 2000.

HERRMANN, F. **O Que é Psicanálise** - para iniciantes ou não. São Paulo: Psique, 1999.

HISADA, S. O gênio indomável na busca do verdadeiro self em winnicott. In: OUTEIRAL, J.O.; Hisada, S; Gabriades, R. WINNICOTT (org.). **Seminários Paulistas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001, p. 113-125.

HINSHELWOOD, R. D. **Dicionário do Pensamento Kleiniano**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

KAIS, R. A. **Crônica de um Grupo**. Barcelona, Espanha: Gedisa, 1989.

KALINA, E. **Psicoterapia de Adolescentes**. 3. ed. Rio de Janeiro: Alves S.A.1999.

KNOBEL, M; ABERASTURY, A. **Adolescência normal: um enfoque psicanalítico**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

LEVISKY, D. L. **Adolescência: Reflexões Psicanalíticas**. SP: Casa do Psicólogo, 1998.

LUNA, S. V. O. O Falso Conflito entre Tendências Metodológicas. In: FAZENDA, I.(org). **Metodologia da Pesquisa Educacional**. São Paulo: Cortez ed.,2001, 7 ed.

MELLO, V. A. de. **Depressão em mulheres infectadas pelo vírus HIV**. São Paulo, 2004. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria). Disponível em: <<http://www.dedalus.com.br>>. Acesso em 06/12/2005.

NOGUEIRA, O. **Pesquisa Social** – Introdução às suas técnicas. São Paulo: Edusp, 1968.

OLIVEIRA, R. **Manual do Questionário do Adolescente** – R-4. São Paulo: Vetor, 1995.

OSÓRIO, L, C. **Grupos-Teorias e Práticas**: Acessando a Era da Grupalidade. P. A. : ArtMed, 2000.

OUTEIRAL, J.O.; GRAÑA, R.B. Donald W. **Winnicott** - estudos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

OUTEIRAL, J.O. **Adolescer**: estudos sobre a adolescência. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.2004.

OUTEIRAL, J.O.;Hisada, S; Gabriades, R. WINNICOTT **Seminários Paulistas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

de PAULO, M. S. L. L. **O psicodiagnóstico interventivo com pacientes deprimidos: alcances e possibilidades a partir do emprego de instrumentos projetivos como facilitadores do contato**. São Paulo, 2004. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica). Disponível em: <<http://www.dedalus.com.br>>. Acesso em 06/12/2005.

PÂNTANO, T. O texto de crianças e adolescentes com depressão maior unipol São Paulo, 2005. Dissertação (Mestrado). Disponível em: <<http://www.dedalus.com.br>>. Acesso em 06/12/2005.

PEZO SILVA, M. C. **A trajetória percorrida com a depressão: estudo transcultural da vivência de famílias do Brasil e do Peru**. São Paulo, 2003. Tese (Doutorado). Disponível em: <<http://www.dedalus.com.br>>. Acesso em 06/12/2005.

PIPER, W. E. Collaboration in the new millennium. **Psychotherapy Reserch**, 11 (1), p. 1-11, 2001.

RIBEIRO, TÂMARA R. T. de M. **Mortalidade por causas externas em mulheres de 10 a 49 anos, nas capitais brasileiras**. São Paulo, 2005. Tese (Doutorado). Disponível em: <<http://www.dedalus.com.br>>. Acesso em 06/12/2005.

ROMARO, R. A. **Variações da eficácia adaptativa de pacientes borderline em psicoterapia breve dinâmica**. Tese – 243p. USP, São Paulo, 1999.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: Médici, 1999.

SILVA, G.F. **“Ser e fazer “ em grupo: proposta de uma leitura winnincottiana com fundamentação teórica do uso de “técnicas”**. Tese de Doutorado – 119p. USP, São Paulo, 2000.

SILVARES, E. F. M.; MELO, M.H.S. A psicologia clínica e os programas preventivos de intervenção comunitária. **Boletim de Psicologia**, 2002, Vol. L, nº113: 85-97.

SIMÃO, M. J. P. **Depressão pós-parto e aspectos psicossociais associados: suporte social e eventos vitais adversos: revisão de literatura**. São Paulo, 2003. Dissertação (Mestrado). Disponível em: <<http://www.dedalus.com.br>>. Acesso em 06/12/2005.

SOUZA, C. L. **Grupos informativos sobre menopausa: informação, suporte cognitivo-comportamental e prevenção**. São Paulo, 2004. Tese (Doutorado). Disponível em: <<http://www.saber.usp.br>>. Acesso em 06/12/2005.

SPINK, M. J. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**. São Paulo: Cortez, 1999.

TARDIVO, L.S. L. P. C. **Os desenhos da figura humana de pacientes com depressão secundária**. São Paulo, 1999. Material disponível em: <<http://www.lilacs.com.br.html>>. Acesso em 01/07/2005.

TENGAN, S. K. **Dor, sintomas depressivos e ansiosos em pré-adolescentes e adolescentes com artrite reumatóide juvenil**. Dissertação – 86p. USP, São Paulo, 2000.

TÉRZIS, A, I. et al. **A Grupanálise: Processo e suas Regras**. São Paulo: Lemos, 1998.

YOKOTA, M. **A experiência de melhora dos sintomas através de arte-terapia em adolescentes com depressão refratária**. Tese – 137 p. USP, São Paulo, 2003.

VASCONCELOS, A. T.M. Prevenção e saúde mental. **Palestra -VI Jornada Maringaense de Psiquiatria: I Encontro de Psicologia da Infância e Adolescência.** Maringá, Maio/ 1997.

VAISBERG, T. A. e AMBRÓSIO, F. F. **Trajetos do sofrimento: rupturas e (re) criações de sentido.** São Paulo: Instituto de Psicologia Universidade de São Paulo, 2003.

VAISBERG, T. A. O Ser e o fazer. **Viver Mente&Cérebro**, n. 5, p. 64-69, 2005.

VILLELA, D. V. A. L. **O grupo operativo como estratégia para assistência de enfermagem: mulheres em depressão.** Dissertação de Mestrado – 145p. USP, São Paulo, 2000.

WINNICOTT, D. W. **O Brincar e a Realidade.**Rio de Janeiro: Imago,1975.

WINNICOTT, D. W. **O Ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

WINNICOTT, D. W. **Os Bebês e Suas Mães.** São Paulo: Martins Fontes, 1988. 1ª ed.

ZIMERMAN, D. E. **Fundamentos Psicanalíticos** - Teoria, técnica e clínica. Porto Alegre: Artmed,1999.

BIBLIOGRAFIA

ABERASTURY, A. e cols. **Adolescência**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

AMATUZZI, M.M. O Desenvolvimento Religioso: Uma Hipótese Psicológica. **Rev. Estudos em Psicologia**, PUC-Campinas, v.17, n.1. p. 15-30, jan/abril ,2000.

GROISMAN, M.; KUSNETZOFF, J. C. **Adolescência e Saúde Mental**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

GROLNICK, S. **Winnicott: o trabalho e o brinquedo**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. **Vocabulário de Psicanálise**. 9. ed. São Paulo
Martins Fontes, 1986.

OSÓRIO, J, O. et al. **Grupoterapia Hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

PESSINI, L. Saúde e adolescência: conflitos, conquistas e perspectivas. In:
O mundo da saúde. ano 21 v. 21 n. 2. São Paulo, mar/abr. 1997.

RIVIÈRE .E.R. **Teoria do Vínculo**. São Paulo: Martins Fontes, 1982.

RIVIÈRE,E. R . **O Processo Grupal**. São Paulo: Martins Fontes ,1983.

APÊNDICES

APÊNDICE 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (reprodução não autorizada)

PROJETO: transtorno de ajustamento e depressão no final da adolescência e início da adultez: enfoque multidisciplinar

Nome: _____ idade: _____

anos Doc. de Identificação: _____

Responsável pelo projeto: _____

Consentimento pós-informação

Declaro que em ____/____/____ concordei em participar, como grupo de estudo ou grupo controle da pesquisa acima requerido. O responsável do projeto me explicou o seguinte:

1. O estudo implica em realizar entrevistas
2. Não sou obrigado a participar do projeto e posso sair do mesmo a qualquer momento, sem prejuízo do meu atendimento.
3. O sigilo de minha participação será preservado.
4. Não terei despesas, pois o projeto será desenvolvido pelos docentes da psicologia, ginecologia, psiquiatria e estatística da Universidade Estadual de Londrina. .

Londrina, ____ de _____ de _____.

Assinatura do participante: _____

Assinatura do responsável: _____

Testemunhas ligadas ao projeto de pesquisa:

1. _____ 2. _____

APÊNDICE 2: TABELAS

Table of q5 by q3			
q5(ANOS)	q3(POPULAÇÃO)		Total
Frequency Col Pct	Depressão	Gravidez	
12	0 0,00	1 2,22	1
14	0 0,00	2 4,44	2
15	0 0,00	4 8,89	4
16	4 12,90	5 11,11	9
17	6 19,35	2 4,44	8
18	2 6,45	2 4,44	4
19	2 6,45	5 11,11	7
20	6 19,35	4 8,89	10
21	2 6,45	5 11,11	7
22	3 9,68	7 15,56	10
23	5 16,13	2 4,44	7
24	0 0,00	6 13,33	6
25	1 3,23	0 0,00	1
Total	31	45	76

Estatísticas descritivas para cada valor da variável q5

q3	Obs	Média	Desvio padrão	Mínimo	25%	Median	75%	Maximum
1	30	19,4000	3,0011	12,0000	17,0000	20,0000	22,0000	25,0000
3	44	19,3864	3,3286	12,0000	16,0000	20,0000	22,0000	24,0000

Teste de Mann-Whitney $\chi^2 = 0,0020$, 1 g.l., valor de p = 0,9647

Table of q5 by q3			
q5(ANOS)	q3(POPULAÇÃO)		Total
Frequency Col Pct	Depressão	Gravidez	
12 a 16	4 12,90	12 26,67	16
17 a 25	27 87,10	33 73,33	60
Total	31	45	76

Statistic	D F	Value	Prob
Chi-Square	1	2,09	0,1481

Table of q7 by q3			
q7(ESTADO CIVIL)	q3(POPULAÇÃO)		Total
Frequency Col Pct	Depressão	Gravidez	
solteiro	28 90,32	22 48,89	50
casado/amasiado	3 9,68	23 51,11	26
Total	31	45	76

Statistic	D F	Value	Prob
Chi-Square	1	14,0008	0,0002

Table of q9 by q3			
q9(MORA)	q3(POPULAÇÃO)		Total
Frequency Col Pct	Depressão	Gravidez	
sozinho	2 6,45	2 4,44	4
parceiro	4 12,90	22 48,89	26
familiar	24 77,42	21 46,67	45
asilo	1 3,23	0 0,00	1
Total	31	45	76

Statistic	D F	Value	Prob
Chi-Square	2	10,06	0,0065

Excluída a categoria "asilo"

Table of q10 by q3			
q10(ESCOLARIDADE)	q3(POPULAÇÃO)		
Frequency Col Pct	Depressão	Gravidez	Total
4	0 0,00	3 6,67	3
5	0 0,00	7 15,56	7
6	1 3,23	5 11,11	6
7	0 0,00	3 6,67	3
8	1 3,23	10 22,22	11
9	2 6,45	3 6,67	5
10	8 25,81	7 15,56	15
11	7 22,58	7 15,56	14
12	4 12,90	0 0,00	4
13	5 16,13	0 0,00	5
14	1 3,23	0 0,00	1
16	2 6,45	0 0,00	2
Total	31	45	76

Estatísticas descritivas para cada valor da variável q10

q3	Obs	Média	Desvio padrão	Mínimo	25%	Median	75%	Maximum
1	32	13,4375	12,6795	6,0000	10,0000	11,0000	13,0000	82,0000
3	44	7,8182	2,2953	4,0000	6,0000	8,0000	10,0000	11,0000

Teste de Mann-Whitney $\chi^2 = 29,4950$, 1 g.l., valor de p < 0,0001

<= 8	2	28	30	6,45	62,22	39,47
> 8	29	17	46	93,55	37,78	60,53
	31	45	76			

Table of q10 by q3			
q10(ESCOLARIDADE)	q3(POPULAÇÃO)		Total
Frequency Col Pct	Depressão	Gravidez	
≤ 8 anos	2 6,45	28 62,22	30
> 8 anos	29 93,55	17 37,78	46
Total	31	45	76

Statistic	D F	Value	Prob
Chi-Square	1	23,90	<0,0001

Table of q13 by q3			
q13(REALIZA ATIVIDADE PROFISSIONAL)	q3(POPULAÇÃO)		Total
Frequency Col Pct	Depressão	Gravidez	
sim	9 29,03	15 33,33	24
não	22 70,97	30 66,67	52
Total	31	45	76

Statistic	D F	Value	Prob
Chi-Square	1	0,157 2	0,691 8

Table of q14a by q3			
q14a(CAPACIDADE DOMESTICA)	q3(POPULAÇÃO)		Total
	Depressão	Gravidez	
Frequency Col Pct			
sim	23 76,67	38 84,44	61
não	7 23,33	7 15,56	14
Total	30	45	75
Frequency Missing = 1			

Statistic	D F	Value	Prob
Chi-Square	1	0,717 2	0,397 1

Table of q15 e q 16			
(HISTORICO FAMILIAR POSITIVA e negative)	Q3(POPULAÇÃO)		Total
	Depressão	Gravidez	
Frequency Col Pct			
Positiva	27 52,94	6 20,00	33
Negativa	24 47,06	24 80,00	48
Total	51	30	81

Statistic	D F	Value	Prob
Chi-Square	1	8,49	0,003 6

Table of q15 by q3			
q15(HISTORICO FAMILIAR POSITIVA)	q3(POPULAÇÃO)		Total
	Depressão	Gravidez	
Frequency Col Pct			
0	3 10,00	18 75,00	21
1	9 30,00	6 25,00	15
2	7 23,33	0 0,00	7
3	8 26,67	0 0,00	8
4	1 3,33	0 0,00	1
5	1 3,33	0 0,00	1
6	1 3,33	0 0,00	1
Total	30	24	54
Frequency Missing = 22			

Estatísticas descritivas para cada valor da variável q15

q3	Obs	Média	Desvio padrão	Mínimo	25%	Median	75%	Maximum
1	30	2,0333	1,4016	0,0000	1,0000	2,0000	3,0000	6,0000
3	24	,2500	,4423	0,0000	0,0000	0,0000	0,5000	1,0000

Teste de Mann-Whitney $\chi^2 = 27,4809$, 1 g.l., valor de $p < 0,0001$

Table of q16 by q3			
q16(HISTORICO FAMILIAR NEGATIVA)	q3(POPULAÇÃO)		Total
	Depressão	Gravidez	
Frequency Col Pct			
0	4 14,29	0 0,00	4
1	12 42,86	1 4,17	13
2	5 17,86	2 8,33	7
3	4 14,29	6 25,00	10
4	2 7,14	6 25,00	8
5	1 3,57	4 16,67	5
6	0 0,00	2 8,33	2
8	0 0,00	1 4,17	1
10	0 0,00	2 8,33	2
Total	28	24	52
Frequency Missing = 24			

Estadísticas descriptivas para cada valor da variável q16

q3	Obs	Média	Desvio padrão	Mínimo	25%	Median	75%	Maximum
1	28	1,6786	1,3068	0,0000	1,0000	1,0000	2,5000	5,0000
3	24	4,4583	2,2646	1,0000	3,0000	4,0000	5,0000	10,0000

Teste de Mann-Whitney $\chi^2 = 22,5845$, 1 g.l., valor de p < 0,0001

Table of q17 by q3			
q17(DESCONHECE)	Q3(POPULAÇÃO)		Total
Frequency Col Pct	Depressão	Gravidez	
0	18 94,74	22 100,00	40
1	1 5,26	0 0,00	1
Total	19	22	41
Frequency Missing = 35			

Table of q18 by q3			
q18(HIST,FAMILIAR POSITIVA- ESQUIZOFRENIA1)	q3(POPULAÇÃO)		Total
Frequency Col Pct	Depressão	Gravidez	
não	28 90,32	34 77,27	62
desconhece	3 9,68	10 22,73	13
Total	31	44	75
Frequency Missing = 1			

Table of q19 by q3			
q19(HIST,FAMILIAR NEGATIVA-ESQUIZOFRENIA2)	q3(POPULAÇÃO)		Total
	Depressão	Gravidez	
Frequency Col Pct			
Sim	4 12,90	1 2,27	5
Não	24 77,42	33 75,00	57
Desconhece	3 9,68	10 22,73	13
Total	31	44	75
Frequency Missing = 1			

Fisher's Exact Test	
Pr <= P	0,1658

Excluída a categoria “desconhece”

Table of q20 by q3			
q20(HIST,FAMILIAR POSITIVA-DEPRESSAO1)	Q3(POPULAÇÃO)		Total
	Depressão	Gravidez	
Frequency Col Pct			
sim	25 80,65	6 13,64	31
não	5 16,13	30 68,18	35
desconhece	1 3,23	8 18,18	9
Total	31	44	75
Frequency Missing = 1			

Statistic	D F	Value	Prob
Chi-Square	1	29,20	<0,00 01

Excluída a categoria “desconhece”

Table of q21 by q3			
q21(HIST,FAMILIAR POSITIVA- DEPRESSAO2)	Q3(POPULAÇÃO)		Total
Frequency Col Pct	Depressão	Gravidez	
sim	20 64,52	11 25,00	31
não	7 22,58	24 54,55	31
desconhece	4 12,90	9 20,45	13
Total	31	44	75
Frequency Missing = 1			

Statistic	D F	Value	Prob
Chi-Square	1	11,09	0,000 9

Excluída a categoria “desconhece”

Table of q22 by q3			
q22(HIST,FAMILIAR POSITIVA-ALCOOL1)	q3(POPULAÇÃO)		Total
	Depressão	Gravidez	
Frequency Col Pct			
sim	12 40,00	6 13,64	18
não	18 60,00	34 77,27	52
desconhece	0 0,00	4 9,09	4
Total	30	44	74
Frequency Missing = 2			

Statistic	D F	Value	Prob
Chi-Square	1	5,61	0,0179

Excluída a categoria “desconhece”

Table of q23 by q3			
q23(HIST,FAMILIAR POSITIVA-ALCOOL2)	q3(POPULAÇÃO)		Total
	Depressão	Gravidez	
Frequency Col Pct			
sim	15 50,00	12 27,27	27
não	13 43,33	28 63,64	41
desconhece	2 6,67	4 9,09	6
Total	30	44	74
Frequency Missing = 2			

Statistic	D F	Value	Prob
Chi-Square	1	3,82	0,050 6

Excluída a categoria “desconhece”

Table of q28 by q3			
q28(IDADE PACIENTE-1, EPISODIO)	q3(POPULAÇÃO)		Total
	Depressão	Gravidez	
Frequency Col Pct			
3	2 6,67	0 0,00	2
9	1 3,33	0 0,00	1
10	2 6,67	0 0,00	2
11	1 3,33	0 0,00	1
12	4 13,33	0 0,00	4
13	1 3,33	0 0,00	1
14	3 10,00	0 0,00	3
16	3 10,00	0 0,00	3
17	2 6,67	0 0,00	2
18	2 6,67	0 0,00	2
19	5 16,67	1 50,00	6
20	0 0,00	1 50,00	1
22	2 6,67	0 0,00	2
23	1 3,33	0 0,00	1
25	1 3,33	0 0,00	1
Total	30	2	32
Frequency Missing = 44			

Table of q29 by q3			
q29(DURAÇÃO DO EPISÓDIO ATUAL)	q3(POPULAÇÃO)		Total
Frequency Col Pct	Depressão	Gravidez	
0	3 10,34	0 ,	3
1	8 27,59	0 ,	8
2	2 6,90	0 ,	2
3	1 3,45	0 ,	1
4	2 6,90	0 ,	2
6	4 13,79	0 ,	4
7	1 3,45	0 ,	1
11	1 3,45	0 ,	1
12	5 17,24	0 ,	5
24	2 6,90	0 ,	2
Total	29	0	29
Frequency Missing = 47			

Estatísticas descritivas para cada valor da variável q29

q3	Obs	Média	Desvio padrão	Mínimo	25%	Median	75%	Maximum
1	30	5,7667	6,5531	0,0000	1,0000	3,5000	11,0000	24,0000
3	34	,0000	,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000

Teste de Mann-Whitney $\chi^2 = 44,8677$, 1 g.l., valor de p < 0,0001

Table of q30 by q3			
q30(NUMERO EPISODIO ANTERIOR)	q3(POPULAÇÃO)		Total
	Depressão	Gravidez	
Frequency Col Pct			
0	5 16,67	0 0,00	5
1	6 20,00	2 100,00	8
2	8 26,67	0 0,00	8
3	7 23,33	0 0,00	7
4	2 6,67	0 0,00	2
5	1 3,33	0 0,00	1
7	1 3,33	0 0,00	1
Total	30	2	32
Frequency Missing = 44			

Estadísticas descriptivas para cada valor da variável q30

q3	Obs	Média	Desvio padrão	Mínimo	25%	Median	75%	Maximum
1	31	2,0323	1,6224	0,0000	1,0000	2,0000	3,0000	7,0000
3	34	,0588	,2388	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	1,0000

Teste de Mann-Whitney $\chi^2 = 36,9938$, 1 g.l., valor de $p < 0,0001$

Table of q33 by q3			
q33(ESTRESSORES)	q3(POPULAÇÃO)		
Frequency Col Pct	Depressã o	Gravidez	Total
0 a 6 meses	3 50,00	11 42,31	14
7 a 12 meses	0 0,00	9 34,62	9
13 a 18 meses	1 16,67	2 7,69	3
15 a 24 meses	2 33,33	4 15,38	6
Total	6	26	32
Frequency Missing = 44			

Fisher's Exact Test	
Pr <= P	0,2441

ESTRESSORES	DEPRESSÃO		GRAVIDEZ		χ^2	Valor de p
	n	%	n	%		
GRUPO APOIO PRIMARIO	24	77,42	6	13,33	28,93	< 0,0001
AMBIENTE SOCIAL	12	38,71	10	22,22	1,69	0,1935
PROBLEMA EDUCACIONAL	11	35,48	6	13,33	3,99	0,4580
PROBLEMA OCUPACIONAL	8	25,81	12	26,67	0,03	0,8561
PROBLEMA DE MORADIA	9	29,03	15	33,33	0,02	0,8844
PROBLEMA ECONOMICOS	8	25,81	21	46,67	2,56	0,1097
PROBLEMA ACESSO SERVIÇO DE SAUDE	3	9,68	16	35,56	5,25	0,0220
PROBLEMA LEGAL/CRIMINAL	9	29,03	8	17,78	0,77	0,3805
OUTRO PROBLEMA PSICOSSOCIAL/AMBIENTAL	5	16,13	6	13,33	FISHER	0,7507

Table of q34 by q3			
q34(HISTORICO DE TRATAMENTO)	q3(POPULAÇÃO)		Total
	Depressão	Gravidez	
Frequency Col Pct			
sim	24 77,42	1 2,44	25
não	7 22,58	40 97,56	47
Total	31	41	72
Frequency Missing = 4			

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	1	43,7860	<,0001

Table of q35 by q3			
q35(INTERNAÇÃO GERAL RECENTE)	q3(POPULAÇÃO)		Total
	Depressão	Gravidez	
Frequency Col Pct			
sim	7 22,58	10 22,22	17
não	24 77,42	35 77,78	59
Total	31	45	76

Statistic	D F	Value	Prob
Chi-Square	1	0,0014	0,9706

Table of q36 by q3			
q36(OUTROS PROBLEMAS NO ULTIMO MÊS)	q3(POPULAÇÃO)		Total
Frequency Col Pct	Depressão	Gravidez	
sim	9 29,03	10 22,22	19
não	22 70,97	35 77,78	57
Total	31	45	76

Statistic	D F	Value	Prob
Chi-Square	1	0,454 0	0,500 4

Table of q37 by q3			
q37(PROBLEMAS MEDICOS)	q3(POPULAÇÃO)		Total
Frequency Col Pct	Depressão	Gravidez	
sim	16 51,61	12 26,67	28
não	15 48,39	33 73,33	48
Total	31	45	76

Statistic	D F	Value	Prob
Chi-Square	1	4,909 1	0,026 7

Table of q38 by q3			
q38(MEDICAÇÕES)	q3(POPULAÇÃO)		Total
Frequency Col Pct	Depressão	Gravidez	
sim	16 53,33	16 38,10	32
não	14 46,67	26 61,90	40
Total	30	42	72
Frequency Missing = 4			

Statistic	D F	Value	Prob
Chi-Square	1	1,645 7	0,1995

Table of q39 by q3			
q39(NOTOU ALTERAÇÃO EMOCIONAL APOS USO DROGAS)	q3(POPULAÇÃO)		Total
Frequency Col Pct	Depressão	Gravidez	
sim	9 31,03	0 0,00	9
não	20 68,97	39 100,00	59
Total	29	39	68
Frequency Missing = 8			

Statistic	D F	Value	Prob
Chi-Square	1	13,949 7	0,0002

Table of q42 by q3			
q42(HISTORICO TENTATIVA DE SUICIDIO)	q3(POPULAÇÃO)		Total
Frequency Col Pct	Depressão	Gravidez	
sim	13 41,94	0 0,00	13
não	18 58,06	39 100,00	57
Total	31	39	70
Frequency Missing = 6			

Statistic	D F	Value	Prob
Chi-Square	1	20,0849	<,0001

Table of q43 by q3		
q43(QUANTAS VEZES)	q3(POPULAÇÃO)	Total
Frequency Col Pct	Depressão	
1	7 53,85	7
3	3 23,08	3
4	1 7,69	1
5	1 7,69	1
12	1 7,69	1
Total	13	13

Table of q45 by q3		
q45(TIPO METODO)	q3(POPULAÇÃO)	
Frequency Col Pct	Depressão	Total
indox,exogena	11 100,00	11
Total	11	11
Frequency Missing = 2		

Table of q63 by q3			
q63(VIDA SEXUALMENTE ATIVA)	q3(POPULAÇÃO)		
Frequency Col Pct	Depressão	Gravidez	Total
sim	16 51,61	43 95,56	59
não	15 48,39	2 4,44	17
Total	31	45	76

Statistic	D F	Value	Prob
Chi-Square	1	20,4108	<,0001

Estatísticas descritivas para cada valor da variável q64

q3	Obs	Média	Desvio padrão	Mínimo	25%	Median	75%	Maximum
1	23	15,2609	3,7321	0,0000	14,0000	16,0000	17,0000	19,0000
3	41	15,2927	2,1937	10,0000	14,0000	15,0000	16,0000	22,0000

Teste de Mann-Whitney $\chi^2 = 1,8011$, 1 g.l., valor de p = 0,1796

Table of q64 by q3			
q64(DATA INICIO EM ANOS)	q3(POPULAÇÃO)		
Frequency Col Pct	Depressão	Gravidez	Total
10 a 14	3 18,75	17 41,46	20
15 a 19	13 81,25	23 56,10	36
20 ou mais	0 0,00	1 2,44	1
Total	16	41	57
Frequency Missing = 2			

Estatísticas descritivas para cada valor da variável q64

q3	Obs	Média	Desvio padrão	Mínimo	25%	Median	75%	Maximum
1	23	15,2609	3,7321	0,0000	14,0000	16,0000	17,0000	19,0000
3	41	15,2927	2,1937	10,0000	14,0000	15,0000	16,0000	22,0000

Teste de Mann-Whitney $\chi^2 = 1,8011$, 1 g.l., valor de p = 0,1796

Table of q64 by q3			
q64(DATA INICIO EM ANOS)	q3(POPULAÇÃO)		
Frequency Col Pct	Depressão	Gravidez	Total
10	0 0,00	1 2,44	1
13	2 12,50	5 12,20	7
14	1 6,25	11 26,83	12
15	2 12,50	10 24,39	12
16	5 31,25	8 19,51	13
17	3 18,75	0 0,00	3
18	2 12,50	3 7,32	5
19	1 6,25	2 4,88	3
22	0 0,00	1 2,44	1
Total	16	41	57
Frequency Missing = 2			

Análise de duas categorias: “10 a 14 anos” e “15 ou mais”

Statistic	D F	Value	Prob
Chi-Square	1	2,61	0,1064

Table of q65 by q3			
Q65(METODO CONTRACEPTIVOS)	q3(POPULAÇÃO)		Total
	Depressão	Gravidez	
Frequency Col Pct			
sim	14 60,87	26 59,09	40
não	9 39,13	18 40,91	27
Total	23	44	67
Frequency Missing = 9			

Statistic	D F	Value	Prob
Chi-Square	1	0,0199	0,8879

Table of q68 by q3			
q68(NUMERO DE PARCEIROS NA VIDA)	q3(POPULAÇÃO)		
Frequency Col Pct	Depressão	Gravidez	Total
1	5 35,71	12 48,00	17
2	1 7,14	2 8,00	3
3	3 21,43	3 12,00	6
4	1 7,14	4 16,00	5
5	2 14,29	2 8,00	4
6	1 7,14	0 0,00	1
7	0 0,00	1 4,00	1
8	1 7,14	0 0,00	1
10	0 0,00	1 4,00	1
Total	14	25	39
Frequency Missing = 1			

Estatísticas descritivas para cada valor da variável q68

q3	Obs	Média	Desvio padrão	Mínimo	25%	Median	75%	Maximum
1	24	1,4167	,5036	1,0000	1,0000	1,0000	2,0000	2,0000
3	42	1,3810	,4915	1,0000	1,0000	1,0000	2,0000	2,0000

Teste de Mann-Whitney $\chi^2 = 0,0804$, 1 g.l., valor de p = 0,7768

Table of q69 by q3			
q69(JA TEVE DST)	q3(POPULAÇÃO)		Total
	Depressão	Gravidez	
Frequency Col Pct			
sim	5 16,67	8 18,18	13
não	25 83,33	36 81,82	61
Total	30	44	74
Frequency Missing = 2			

Statistic	D F	Value	Prob
Chi-Square	1	0,028 3	0,866 5

ANEXOS

ANEXO 1: Formulário para Análise da Depressão

Data de avaliação: / **Estudo Número:**

População: 1. Depressão
2. Tentativa de Suicídio
3. Gravidez
4. DST
5. Controle

Identificação:

Nome: _____

Data de Nascimento: **RG:** _____

Anos:

Sexo: 1. Masculino 2. Feminino.

Estado Civil: 1. Solteiro 2. Casado ou Amasiado 3. Divorciado 4. Viúvo.

Raça: 1. Branca 2. Negra 3. Amarela 4. Mestiço-Mulato.

Endereço: _____

Telefone: _____

Mora com: 1. Sozinho 2. Parceiro 3. Familiar 4. Asilo 5. Outro.

Anos de Escolaridade:

Capacidade de trabalho: 1. sim 2. não

Realiza atividade profissional 1. sim qual? _____ 2. não

Capacidade de atividade doméstica: 1. sim 2. não

História Familiar

Pai	<input type="checkbox"/>	(+ / -)	1º Irmão	<input type="checkbox"/>	1º Filho	<input type="checkbox"/>
Mãe	<input type="checkbox"/>	(+ / -)	2º Irmão	<input type="checkbox"/>	2º Filho	<input type="checkbox"/>
			3º Irmão	<input type="checkbox"/>	3º Filho	<input type="checkbox"/>
			4º Irmão	<input type="checkbox"/>	4º Filho	<input type="checkbox"/>
			5º Irmão	<input type="checkbox"/>	5º Filho	<input type="checkbox"/>
			6º Irmão	<input type="checkbox"/>		
			7º Irmão	<input type="checkbox"/>		

História familiar positiva -----

História familiar negativa-----
Desconhece-----

História familiar positiva para esquizofrenia:
Primeiro grau: 1. Sim 2. Não 3. Desconhece.
Segundo grau: 1. Sim 2. Não 3. Desconhece.

História familiar positiva para depressão:
Primeiro grau: 1. Sim 2. Não 3. Desconhece.
Segundo grau: 1. Sim 2. Não 3. Desconhece.

História familiar positiva para dependência de álcool:
Primeiro grau: 1. Sim 2. Não 3. Desconhece.
Segundo grau: 1. Sim 2. Não 3. Desconhece.

História da doença:

Paciente: 1. paciente internado 2. Paciente ambulatorial.
3. Outro 4. Sem tratamento atual.

Desde quando?

1. Idade do paciente no primeiro episódio(anos).....
2. Duração do episódio atual?(meses).....
3. Número de episódios anteriores.....
4. Medicações usadas anteriormente e doses.....

Queixa principal:
1. depressão (+/-) 2. gravidez(+/-)
3. DST(+/-) 4. Tentativa de suicídio(+/-)

Quando?

Estressores: (*legenda) 1. 0 a 6 meses 2. 7 a 12 meses.
3. 13 a 18 meses 4. 15 a 24 meses.

- 1. Problemas com o grupo de apoio primário
- 2. Problemas com o ambiente social
- 3. Problemas educacionais
- 4. Problemas ocupacionais
- 5. Problemas de moradia
- 6. Problemas econômicos
- 7. Problemas de acesso aos serviços de saúde
- 8. Problemas legais/criminais - vítima, abuso.
Agressividade - violência doméstica
Maus tratos
- 9. Outros problemas psicossociais e ambientais

História de Tratamento: 1. sim 2. não

Internação geral recente: 1. sim 2. não

Quantas vezes?.....

Outros problemas no último mês: 1. sim 2. não
Qual? _____

Problemas médicos? 1. sim 2.não
Medicações: 1. sim 2.não
Quais? _____

Notou alguma alteração emocional após o uso destas drogas?

1. sim 2. não
Altura do paciente:..... :

Peso do paciente.....Kg

História de tentativa de suicídio: 1. sim 2.não

Quantas vezes? _____ Método: _____

Atualmente toma medicação:

Nome 1: _____
Dose 1: _____
Tempo1: _____

DROGAS E IDADE DE INÍCIO

Início _____

Usa atualmente alguma droga 1. sim 2. não

Álcool: 1. Dependência 2. Abuso 3. Não consome.

Tabagismo (grau de dependência):
1. muito baixa 2. baixa 3.média
4.elevada 5.muito elevada 6.não consome

Canabinóides: 1. Dependência 2. Abuso 3. Não consome

Sedativos e hipnóticos:
1. Dependência 2. Abuso 3. Não consome

Cocaína e anfetaminas: 1. Dependência 2. Abuso 3. Não consome.

Alucinógenos: 1. Dependência 2. Abuso 3. Não consome.

Opióides: 1.Dependência 2.Abuso 3.Não consome

Solventes: 1.Dependência 2.Abuso 3.Não consome

Cafeína: 1.Dependência 2.Abuso 3.Não consome

Hábitos tabagistas: 1. Fumante atual 2. Ex-fumante 3. nunca fumou

1.Fumante atual:
1.1 Número médio de maços por dia.....

1.2 Número anos fumados.....

2. Ex-Fumante:

2.1 Número médio de maços por dia.....

2.2 Número anos fumados.....

2.3 Há quanto tempo deixou de fumar.....

Sexualidade

Vida sexualmente ativa 1. sim 2. não

Data de início _____ anos

Métodos contraceptivos 1. sim 2. não

Qual contraceptivo? 1. camisinha 2. pílula 3. DIU 4. diafragma 5. tabelinha 6. outros

Freqüência 1. sempre 2. maioria das vezes 3. algumas vezes 4. raramente

Número de parceiros na vida

Já teve DST 1. sim 2. não

Qual? _____

Fez tratamento 1. sim 2. não

Formulário de resposta SCID

A. EPISÓDIOS DE HUMOR

Episódio Depressivo Maior				Episódio Maníaco				
Início do Episódio: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Início do Episódio: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Checar se: 1. Atual		2. Passado <input type="checkbox"/>		Checar se: 1. Atual		2. Passado <input type="checkbox"/>		
Se passado, Término: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Se passado, Término: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
A1	? - +	<input type="checkbox"/>		A16	? - +	<input type="checkbox"/>		
A2	? - +	<input type="checkbox"/>		A17	? - +	<input type="checkbox"/>		
A3	? - +	<input type="checkbox"/>		A18	? - +	<input type="checkbox"/>		
A4	? - +	<input type="checkbox"/>		A19	? - +	<input type="checkbox"/>		
A5	? - +	<input type="checkbox"/>		A20	? - +	<input type="checkbox"/>		
A6	? - +	<input type="checkbox"/>		A21	? - +	<input type="checkbox"/>		
A7	? - +	<input type="checkbox"/>		A22	? - +	<input type="checkbox"/>		
A8	? - +	<input type="checkbox"/>		A23	? - +	<input type="checkbox"/>		
A9	? - +	<input type="checkbox"/>		A24	? - +	<input type="checkbox"/>		
A10	? - +	<input type="checkbox"/>		A25	? - +	<input type="checkbox"/>		
A11	? - +	<input type="checkbox"/>		A26	? - +	<input type="checkbox"/>		
A12	? - +	<input type="checkbox"/>		A27	? - +	<input type="checkbox"/>		
A13	? - +	<input type="checkbox"/>		A28	+	<input type="checkbox"/>		
A14	+	<input type="checkbox"/>		A29	_____	<input type="checkbox"/>		
A15	_____	<input type="checkbox"/>						
Transtorno Distímico			Transtorno de Humor devido a uma Condição Médica Geral		Transtorno de Humor Induzido por Substância			
A45	? - +	<input type="checkbox"/>	A61	? - +	<input type="checkbox"/>	A65	? - +	<input type="checkbox"/>
A46	? - +	<input type="checkbox"/>	A62	? - +	<input type="checkbox"/>	A66	? - +	<input type="checkbox"/>
A47	? - +	<input type="checkbox"/>	A63	? - +	<input type="checkbox"/>	A67	? - +	<input type="checkbox"/>
A48	? - +	<input type="checkbox"/>	A64	- +	<input type="checkbox"/>	A68	? - +	<input type="checkbox"/>
A49	? - +	<input type="checkbox"/>				A69	- +	<input type="checkbox"/>
A50	? - +	<input type="checkbox"/>						
A51	? - +	<input type="checkbox"/>						
A52	? - +	<input type="checkbox"/>						

A53	? - +	<input type="checkbox"/>		
A54	_____	<input type="checkbox"/>		
A55	? - +	<input type="checkbox"/>		
A56	? - +	<input type="checkbox"/>		
A57	? - +	<input type="checkbox"/>		
A58	? - +	<input type="checkbox"/>		
A60	+	<input type="checkbox"/>		

E. TRANSTORNOS DO USO DO ÁLCOOL E OUTRAS SUBSTÂNCIAS

E1	? - +	<input type="checkbox"/>			
Abuso de Álcool			Dependência de Álcool		
E2	? - +	<input type="checkbox"/>	E7	? - +	<input type="checkbox"/>
E3	? - +	<input type="checkbox"/>	E8	? - +	<input type="checkbox"/>
E4	? - +	<input type="checkbox"/>	E9	? - +	<input type="checkbox"/>
E5	? - +	<input type="checkbox"/>	E10	? - +	<input type="checkbox"/>
E6	? - +	<input type="checkbox"/>	E11	? - +	<input type="checkbox"/>
			E12	? - +	<input type="checkbox"/>
			E13	? - +	<input type="checkbox"/>
			E14	? - +	<input type="checkbox"/>
			E15	? - +	<input type="checkbox"/>
			E16	? - +	<input type="checkbox"/>

Abuso de Substância Não-Álcool			Dependência de Substância Não-Álcool		
E18	? - +	<input type="checkbox"/>	E23	? - +	<input type="checkbox"/>
E19	? - +	<input type="checkbox"/>	E24	? - +	<input type="checkbox"/>
E20	? - +	<input type="checkbox"/>	E25	? - +	<input type="checkbox"/>
E21	? - +	<input type="checkbox"/>	E26	? - +	<input type="checkbox"/>
E22	? - +	<input type="checkbox"/>	E27	? - +	<input type="checkbox"/>
			E28	? - +	<input type="checkbox"/>
			E29	? - +	<input type="checkbox"/>
			E30	? - +	<input type="checkbox"/>

ANEXO 2: Avaliação Multiaxial

Um sistema multiaxial envolve uma avaliação em diversos eixos, cada qual relativo a um diferente domínio de informações capaz de ajudar o clínico a planejar o tratamento e prever o resultado. Na classificação multiaxial do **DSM-IV** e R, existem cinco eixos:

Eixo I	Transtornos Clínicos Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica
Eixo II	Transtornos da Personalidade Retardo Mental
Eixo III	Condições Médicas Gerais
Eixo IV	Problemas Psicossociais e Ambientais
Eixo V	Avaliação Global do Funcionamento

O uso do sistema multiaxial facilita a avaliação abrangente e sistemática com atenção para os vários transtornos mentais e condições médicas gerais, problemas psicossociais e ambientais e nível de funcionamento que poderiam ser ignorados se o foco estivesse na avaliação de um único problema apresentado. Um sistema multiaxial oferece um formato conveniente para organizar e comunicar informações clínicas, para captar a complexidade de situações clínicas e para descrever a heterogeneidade dos indivíduos que se apresentam com o mesmo diagnóstico. Além disso, o sistema multiaxial promove a aplicação do modelo biopsicossocial em contextos clínicos, educacionais e de pesquisa.

O restante desta seção oferece uma descrição de cada um dos eixos do DSM-IV. Em alguns contextos ou situações, os clínicos podem preferir não utilizar o sistema multiaxial. Por este motivo, diretrizes para o relato dos resultados de uma avaliação com o DSM-IV sem a aplicação do sistema multiaxial são fornecidas ao final desta seção.

Eixo I: Transtornos Clínicos

Outras Condições que Podem ser um Foco de Atenção Clínica

O Eixo I serve para o relato de todos os vários transtornos ou condições da Classificação, exceto Transtornos da Personalidade e Retardo Mental (relatados no Eixo I são listados no quadro a seguir. Também são relatadas no Eixo I Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica.

Quando um indivíduo apresenta mais de um transtorno do Eixo I, todos eles devem ser relatados. Se mais do que um transtorno do Eixo I está presente, o diagnóstico principal ou o motivo da consulta deve ser indicado, listando-o primeiro.

Quando um indivíduo apresenta tanto um transtorno do Eixo I quanto do Eixo II, o diagnóstico principal ou o motivo da consulta presumivelmente estarão no Eixo I, a menos que o diagnóstico do Eixo II seja seguido pela expressão qualificadora "(Diagnóstico Principal)" ou "(Motivo da Consulta)". Se nenhum transtorno do Eixo I está presente, isto deve ser codificado como V71.09.

Se um diagnóstico do Eixo I é protelado por depender da coleta de informações adicionais, isto deve ser codificado como 799.9.

Eixo I

Transtornos Clínicos

Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica

Transtornos Geralmente Diagnosticados pela Primeira Vez na Infância ou Adolescência

(excluindo Retardo Mental, que é diagnosticado no Eixo II)

Delirium. Demência, Transtornos Amnésicos e Outros Transtornos Cognitivos

Transtornos Mentais Devido a Uma Condição Médica Geral

Transtornos Relacionados a Substância

Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos

Transtornos do Humor

Transtornos de Ansiedade

Transtornos Somatoformes

Transtornos Factícios

Transtornos Dissociativos

Transtornos Sexuais e da Identidade de Gênero

Transtornos Alimentares

Transtornos do Sono

Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local

Transtornos de Ajustamento

Outras Condições que Podem Ser um Foco de Atenção Clínica

Eixo II: Transtornos da Personalidade

Retardo Mental

O Eixo II diz respeito ao relato de Transtornos da Personalidade e Retardo Mental. Ele também pode ser usado para a anotação de aspectos da personalidade e mecanismos de defesa proeminentemente mal-adaptativos. A relação de Transtornos da Personalidade e Retardo Mental em um eixo separado garante consideração à possível presença de Transtornos da Personalidade e Retardo Mental, que, de outro modo, poderiam ser ignorados, quando a atenção é dirigida para os transtornos geralmente mais floridos do Eixo I. A codificação de Transtornos da Personalidade no Eixo II não deve ser tomada como implicando que sua patogênese ou série de tratamentos apropriados é fundamentalmente diferente daquela para os transtornos codificados no Eixo I. Os transtornos do Eixo II são relacionados no quadro adiante.

Na situação comum em que um indivíduo apresenta mais de um diagnóstico do Eixo II, todos devem ser relatados. Quando um indivíduo exibe tanto um diagnóstico do Eixo I quanto do Eixo II, e o diagnóstico do Eixo II é o diagnóstico principal ou o motivo da consulta, isto deve ser indicado pelo acréscimo da expressão qualificadora "(Diagnóstico Principal)" ou "(Motivo da Consulta)" após o diagnóstico do Eixo II. Se nenhum transtorno do Eixo II está presente, aplica-se o código V71.09. Se um Diagnóstico do Eixo II é protelado por depender da coleta de informações adicionais, isto deve ser codificado como 709.9.

O Eixo II também pode ser usado para indicar aspectos proeminentemente mal-adaptativos da personalidade que não alcançam o limiar para um Transtorno da Personalidade (nesses casos, nenhum código

numérico deve ser usado). O uso habitual de mecanismos de defesa mal-adaptativos também pode ser indicado no Eixo II.

Eixo II
Transtornos da Personalidade
Retardo Mental

Transtorno da Personalidade Paranóide	Transtorno da Personalidade Dependente
Transtorno da Personalidade Esquizóide	Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva
Transtorno da Personalidade Esquizotípica	Transtorno da Personalidade Sem Outra Especificação
Transtorno da Personalidade Anti-Social	Transtorno da Personalidade Esquiva
Transtorno da Personalidade <i>Borderline</i>	Retardo Mental
Transtorno da Personalidade Histriônica	
Transtorno da Personalidade Narcisista	

Eixo III: Condições Médicas Gerais

O Eixo III é usado para o relato de condições médicas gerais potencialmente relevantes para o entendimento ou manejo do transtorno mental do indivíduo. Essas condições são classificadas fora do capítulo "Transtornos Mentais" da CID-9-MC (e fora do Capítulo V da CID-10). Uma listagem das amplas categorias de condições médicas gerais é oferecida no quadro adiante. (Para uma listagem mais detalhada, incluindo os códigos específicos da CID-9-MC, consultar o Apêndice G.)

Como já mencionamos na "Introdução", a distinção multiaxial entre os transtornos dos Eixos I, II e III não implica a existência de diferenças fundamentais em sua conceitualização, que os transtornos mentais não estejam relacionados a fatores ou processos físicos ou biológicos, ou que as condições médicas gerais não se relacionem a fatores ou processos comportamentais ou psicossociais. A finalidade de salientar as condições médicas gerais é encorajar uma avaliação minuciosa e melhorar a comunicação entre os provedores de cuidados à saúde.

As condições médicas gerais podem estar relacionadas aos transtornos mentais de diversas maneiras. Em alguns casos, está claro que a condição médica geral é diretamente etimológica ao desenvolvimento ou piora dos sintomas mentais e que o mecanismo para este efeito é fisiológico. Quando um transtorno mental é considerado como uma consequência fisiológica direta de uma condição médica geral, um Transtorno Mental Devido a uma Condição Médica Geral deve ser diagnosticado no Eixo I, e a condição médica geral deve ser registrada tanto no Eixo I quanto II. Por exemplo, quando o hipotireoidismo é uma causa direta de sintomas depressivos, a designação no Eixo I é 293.83 Transtorno do Humor Devido a Hipotireoidismo, com Características Depressivas, e o hipotireoidismo é listado novamente e codificado no Eixo III como 244.9.

Naqueles casos em que a relação etiológica entre a condição médica geral e os sintomas mentais não é suficiente para garantir um diagnóstico de Transtorno Mental Devido a Uma Condição Médica Geral no Eixo I, o transtorno mental apropriado (por ex., Transtorno Depressivo Maior) deve ser listado e codificado no Eixo I: a condição médica geral deve ser codificada apenas no Eixo III.

Existem outras situações nas quais as condições médicas gerais são registradas no Eixo III em virtude de sua importância para o entendimento ou tratamento global do indivíduo com o transtorno mental. Um transtorno do

Eixo I pode ser uma reação psicológica a uma condição médica geral do Eixo III (por ex., o desenvolvimento de 309.0 Transtorno de Ajustamento Com Humor Depressivo como reação ao diagnóstico de carcinoma da mama). Algumas condições médicas gerais podem não estar diretamente relacionadas ao transtorno mental, mas ainda assim ter importantes implicações para o prognóstico ou tratamento (por ex., quando o diagnóstico no Eixo I é 296.2 Transtorno Depressivo Maior e no Eixo III é 427.9 arritmia, a escolha da farmacoterapia é influenciada pela condição médica geral; ou quando uma pessoa com diabetes *mellitus* é admitida em um hospital por uma exacerbação da Esquizofrenia e o manejo da insulina deve ser monitorado).

Quando um indivíduo apresenta mais de um diagnóstico clinicamente relevante do Eixo III, todos devem ser relatados. Para exemplos ver p. 34. Se nenhum transtorno do Eixo III está presente, isto deve ser indicado pela anotação: "Eixo III: Nenhum". Se um diagnóstico do Eixo III é protelado por depender da coleta de informações adicionais, isto deve ser indicado pela anotação "Eixo III: Protelado".

EIXO III
Condições Médicas Gerais (com códigos da CID-9 MC)
Doenças Infecciosas e Parasitárias (001-139)
Neoplasias (140 - 239)
Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas e Transtornos da Imunidade (240 - 279)
Doenças do Sangue e Órgãos Hematopoiéticos (280 - 289)
Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos Sensoriais (320 - 389)
Doenças do Sistema Circulatório (390 - 459)
Doenças do Sistema Respiratório (460 - 519)
Doenças do Sistema Digestivo (520 - 579)
Doenças do Sistema Genoturinário (580 - 629)
Complicações da Gravidez, Parto e Puerpério (630 - 676)
Doenças da Pele e Tecido Subcutâneo (680 - 709)
Doenças do Sistema Músculo-Esquelético e Tecido Conjuntivo (710 - 739)
Anomalias Congênitas (740 - 759)
Certas Condições Originadas no Período Perinatal (760 - 779)
Sintomas, Sinais e Condições Mal Definidas (780 - 799)
Ferimentos e Envenenamento (800 - 999)

Eixo IV: Problemas Psicossociais e Ambientais

O Eixo IV é utilizado para o relato psicossociais e ambientais que podem afetar o diagnóstico, tratamento e prognóstico dos transtornos mentais (Eixos I e II). Um problema psicossocial ou ambiental pode ser um evento de vida negativo, uma dificuldade ou deficiência ambiental, um estresse familiar ou outro estresse interpessoal, uma inadequação do apoio social ou de recursos pessoais, ou outro problema relacionado ao contexto no qual as dificuldades de uma pessoa se desenvolveram. Os chamados "Estressores positivos", tais como uma promoção no emprego, devem ser listados apenas se constituem ou levam a um problema, como quando uma pessoa tem

dificuldade para se adaptar a nova situação. Além de exercer um papel na iniciação ou exacerbação de um transtorno mental, os problemas psicossociais também podem desenvolver-se em consequência da psicopatologia da pessoa ou podem constituir problemas que devem ser considerados no plano global de manejo.

Quando um indivíduo apresenta múltiplos problemas psicossociais ou ambientais, o clínico pode anotar tantos quantos sejam considerados relevantes. Em geral, o clínico pode anotar tantos quantos sejam considerados relevantes. Em geral, o clínico deve anotar apenas, aqueles problemas psicossociais e ambientais presentes o ano anterior à avaliação atual. Entretanto, o clínico pode optar por anotar os problemas psicossociais e ambientais que ocorreram antes do ano anterior, se esses contribuem claramente para o transtorno mental ou tornaram-se um foco de tratamento - por exemplo, experiências de combate anteriores levando a um Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

Na prática, a maioria dos problemas psicossociais e ambientais será indicada no Eixo IV. Entretanto quando um problema psicossocial ou ambiental é o foco primário da atenção clínica, ele deve também ser registrado no Eixo I, com um código extraído da seção sobre Outras Condições que Podem ser um Foco de Atenção Clínica.

Por razões de conveniência, os problemas são agrupados nas seguintes categorias:

- **Problemas com grupo primário** - por ex., morte de um membro da família; problemas de saúde na família; ruptura por separação, divórcio ou desavença; despejo de casa; novo casamento do pai/mãe; abuso sexual físico; superproteção pelos pais; negligência da criança; disciplina inadequada; discórdia com irmãos; nascimento de um irmão.
- **Problemas relacionados ao ambiente social** - por ex., morte ou perda de um amigo; apoio social inadequado; viver sozinho; dificuldades com aculturação; discriminação; adaptação à transição no ciclo de vida (tal como aposentadoria).
- **Problemas educacionais** - por ex., analfabetismo; problemas acadêmicos; discórdia com professores ou colegas de escola; ambiente escolar inadequado.
- **Problemas ocupacionais** - por ex; desemprego; ameaça de perda do emprego; programa de trabalho estressante; condições de trabalho difíceis; insatisfação com o emprego; mudança de emprego; discórdia com chefe ou colegas de trabalho.
- **Problemas de moradia** - por ex., falta de moradia; moradia inadequada; vizinhança perigosa; discórdia com vizinhos ou locador.
- **Problemas com o acesso aos serviços de cuidados à saúde** - por ex., serviços inadequados de cuidados à saúde; indisponibilidade de transporte aos locais de cuidados à saúde; seguro-saúde inadequado.
- **Problemas relacionados à interação com o sistema legal/criminal** - por ex., detenção; encerramento; litígio; vítima de crime.
- **Outros problemas psicossociais e ambientais** - por ex., exposição a desastres, guerra e outras hostilidades; discórdia com prestadores que não fazem parte da família, tais como conselheiro, assistente social ou clínico; indisponibilidade de agências de serviços sociais.

Ao usar o Formulário de Relato da Avaliação Multiaxial, o clínico deve identificar as categorias relevantes de problemas psicossociais e ambientais e indicar os fatores específicos envolvidos. Se um formulário de registro de categorias de problemas para checagem não é usado, o clínico pode listar os problemas específicos no Eixo VI

<p style="text-align: center;">Eixo IV</p> <p style="text-align: center;">Problemas Psicossociais e Ambientais</p> <p>Problemas com o grupo de apoio primário</p> <p>Problemas relacionados ao ambiente social</p> <p>Problemas educacionais</p> <p>Problemas ocupacionais</p> <p>Problemas de moradia</p> <p>Problemas econômicos</p> <p>Problemas com o acesso aos serviços de cuidados à saúde</p> <p>Problemas relacionados a interação com o sistema legal/criminal</p> <p>Outros problemas psicossociais e ambientais</p>

Eixo V: Avaliação Global do Funcionamento

O Eixo V é usado para o relato do julgamento do clínico acerca do nível global de funcionamento do indivíduo. Essas informações são úteis para o planejamento do tratamento e para a mensuração de seu impacto, bem como na predição do resultado.

O relato do funcionamento global no Eixo V pode ser feito usando a Escala de Avaliação Global do Funcionamento (AGF). A Escala AGF pode ser particularmente útil para rastrear o progresso clínico dos indivíduos em termos globais, usando uma medida única. A Escala AGF deve ser pontuada com respeito apenas ao funcionamento psicológico, social e ocupacional. As instruções especificam: "Não incluir prejuízo no funcionamento devido a limitações físicas (ou ambientais)". Na maioria dos casos, as pontuações na Escala AGF devem ser relativas ao período atual (isto é, o nível de funcionamento à época da avaliação), uma vez que determinações do funcionamento atual geralmente refletem a necessidade de tratamento ou cuidados. Em alguns contextos, pode ser útil anotar a pontuação na Escala AGF no momento da admissão e quando da alta. A Escala AGF também pode ser pontuada para outros períodos de tempo (por ex., o mais alto nível de funcionamento por pelo menos, alguns meses durante o ano anterior). A Escala AGF é relatada no Eixo V como segue: "AGF =", seguido pela pontuação de 1 a 100 da AGF, e pelo período de tempo refletido na pontuação entre parênteses — por exemplo, "(atual)", "(nível mais alto no ano passado)", "(na alta)". Em alguns contextos pode ser útil avaliar a incapacitação social e ocupacional e rastrear o progresso na reabilitação independentemente da gravidade dos sintomas psicológicos. Para esta finalidade, uma proposta Escala de Avaliação do Funcionamento Social e Ocupacional (EAFSO) é incluída no Apêndice B. Duas escalas adicionais propostas — Escala de Avaliação Global de Funcionamento das Relações (AGFR) e Escala de Funcionamento Defensivo, que podem ser úteis em alguns contextos, também são incluídas no Apêndice B.

ESCALA DE AVALIAÇÃO GLOBAL DO FUNCIONAMENTO (AGF)

Considerar o funcionamento psicológico, social e ocupacional em um *continuum* hipotético de saúde-doença mental. Não incluir prejuízo no funcionamento devido a limitações físicas (ou ambientais).

Código (Obs.: Usar códigos intermediários quando apropriado, por ex., 46,68,72)

- 100 | Funcionamento superior em uma ampla faixa de atividades, problemas de vida jamais vistos fora de seu controle, é procurado por outros em vista de suas muitas qualidades positivas.
- 91 | Não apresenta sintomas
- 90 | Sintomas ausentes ou mínimos (por ex., leve ansiedade antes de um exame), bom funcionamento em todas as áreas, interessado e envolvido em uma ampla faixa de atividades, efetivo socialmente, em geral satisfeito com a vida, nada além de problemas ou
- 81 | preocupações cotidianas (por ex., uma discussão ocasional com membros da família).
- 80 | Se sintomas estão presentes, eles são temporários e consistem de reações previsíveis a estressores psicossociais (por ex., dificuldade para concentrar-se após discussão em família); não mais do que leve prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou escolar
- 71 | (por ex., apresenta declínio temporário na escola).
- 70 | Alguns sintomas leves (por ex., humor depressivo e insônia leve) OU alguma dificuldade no funcionamento social, ocupacional ou escolar (por ex., faltas injustificadas à escola ocasionalmente, ou furto dentro de casa), mas geralmente funcionando muito bem; possui
- 61 | alguns relacionamentos interpessoais significativos.
- 60 | Sintomas moderados (por ex., afeto embotado e fala circunstancial, ataques de pânico ocasionais) OU dificuldade moderada no funcionamento social, ocupacional ou escolar (por ex.,
- 51 | poucos amigos, conflitos com companheiros ou colegas de trabalho).
- 50 | Sintomas sérios (por ex., ideação suicida, rituais obsessivos graves, frequentes furtos em lojas) OU qualquer prejuízo sério no funcionamento social, ocupacional ou escolar (por ex., nenhum
- 41 | amigo, incapaz de manter um emprego).
- 40 | Algum prejuízo no teste da realidade ou comunicação (por ex., fala às vezes ilógica, obscura ou irrelevante) OU prejuízo importante em diversas áreas, tais como emprego ou escola, relações familiares, julgamento, pensamento ou humor (por ex., homem deprimido evita amigos, negligência a família e é incapaz de trabalhar; criança freqüentemente bate em crianças mais
- 31 | jovens, é desafiadora em casa e está indo mal na escola).
- 30 | Comportamento é consideravelmente influenciado por delírios ou alucinações OU sério prejuízo na comunicação ou julgamento (por ex., ocasionalmente incoerente, age de forma grosseiramente inapropriada, preocupação suicida) OU inabilidade para funcionar na maioria
- 21 | das áreas (por ex., permanece na cama o dia inteiro; sem emprego, casa ou amigos)
- 20 | Algum perigo de ferir a si mesmo ou a outros (por ex., tentativas de suicídios sem clara expectativa de morte; freqüentemente violento; excitação maníaco) OU ocasionalmente falha ao manter a higiene pessoal mínima (por ex., suja-se de fezes) OU prejuízo grosseiro na
- 11 | comunicação (por ex., amplamente incoerente ou mudo).

- 10 Perigo persistente de ferir gravemente a si mesmo ou a outros (por ex., violência recorrente)
 | OU inabilidade persistente para manter uma higiene pessoal mínima OU sério ato suicida
 com
 1 clara expectativa de morte.
 0 Informações inadequadas

EXEMPLOS DE COMO REGISTRAR RESULTADOS DE UMA AVALIAÇÃO MULTIAIXIAL DO DSM-IV

Exemplo 1:

Eixo I	296.23	Transtorno Depressivo Motor, Episódio Único, Severo Sem Aspectos Psicóticos
	305.00	Abuso de Álcool
Eixo II	301.6	Transtorno da Personalidade Dependente
Eixo III		Uso freqüente de negação
Eixo IV		Nenhum
Eixo V	AGF = 35	Ameaça de perda do emprego (atual)

Exemplo 2:

Eixo I	300.4	Transtorno Distímico
	315.00	Transtorno
Eixo II	V71.09	Nenhum diagnóstico
Eixo III	382.9	Otite média, recorrente
Eixo IV		Vítima de negligência à criança
Eixo V	AGF = 53	(atual)

Exemplo 3:

Eixo I	293.83	Transtorno do Humor Devido a Hipotireoidismo, Com Características Depressivas
Eixo II	V71.09	Nenhum diagnóstico, características de personalidade histriônica
Eixo III	244.9	Hipotireoidismo
	365.23	Glaucoma crônico de ângulo estreito
Eixo IV		Nenhum
Eixo V	AGF = 45	(na admissão)
	AGF = 65	(na alta)

Exemplo 4:

Eixo I	V61.1	Problema de Relacionamento com Parceiro
Eixo II	V71.09	Nenhum diagnóstico
Eixo III		Nenhum
Eixo IV		Desemprego
Eixo V	AGF = 83	(nível mais alto no passado)

ANEXO 3: Estudo de caso sobre diagnósticos de: depressão, tentativa de suicídio, gravidez, HIV e DST em adolescentes e adultos jovens.

Study of cases about diagnosis of: depression, attempts of suicide, pregnant, HIV, DST adolescents and young adults.

Sandra Odebrecht Vargas Nunes¹, Rosemarie Elizabeth de Abreu², Ana Lúcia Hirata³, Mariane Vargas Alves Nunes⁴, Renata Merli Franco⁴, Luisa Raizer Barbosa⁴

1. Docente do Departamento de Clínica Médica da Universidade Estadual de Londrina (UEL-PR)
2. Docente do Departamento de Fundamentos de Psicologia e Psicanálise da Universidade Estadual de Londrina (UEL-PR)
3. Bolsista de Iniciação Científica PIBIC/CNPq da Universidade Estadual de Londrina (UEL-PR)
4. Acadêmicas do curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina (UEL-PR)

Resumo

Objetivos: Investigar a frequência dos diagnósticos de Depressão, Tentativas de Suicídio, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) e Gravidez; de adolescentes nas idades de 10 a 16 anos e de 17 a 25 anos; atendidos no Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina (HU/UEL). Com isso, visamos descobrir o melhor momento para uma intervenção preventiva.

Métodos: Foram coletados dados de 2523 prontuários de pacientes atendidos por diagnósticos de DST, HIV, Depressão, gravidez e tentativa de suicídio. A coleta compreendeu duas fases distintas: a primeira de dez aos dezesseis anos e a segunda, dos dezessete aos vinte e cinco anos.

Resultado: De 10 a 16 anos os diagnósticos e identidade de gênero foram: Depressão (n=14; 6 Feminino, 8 Masculino), tentativas de suicídio (n=4; 2 Feminino, 2 Masculino), HIV (n=3; 2 Feminino, 1 Masculino), DST (n=9; 8 Feminino, 1 Masculino), Gravidez (n=227). Nas idades de 17 a 25 anos os diagnósticos e a identidade de gênero foram: Depressão (n=53; 46 Feminino, 7 Masculino), tentativas de suicídio (n= 13; 11 Feminino, 2 Masculino), DST (n=112; 90 Feminino, 22 Masculino), HIV (n=28; 19 Feminino, 9 Masculino) e gravidez (n=2074).

Conclusões: A análise demonstrou aumento na frequência dos diagnósticos estudados nas idades de 17 a 25 anos. Foi constatado que condutas de risco estão iniciando mais precocemente, por volta de 10 a 16 anos. Sugere-se intervenções que privilegiem o aumento da auto-estima e dêem atenção em prevenção pela educação e detecção precoce, que antecede o ensino médio. O conhecimento deverá ocorrer no ensino fundamental para prevenir as possíveis conseqüências negativas desses fatores de risco.

Descritores: Adolescência. Adulto Jovem. Gravidez. Depressão. DST. Tentativa de suicídio. HIV.

Abstract

Objectives: Investigate the frequency of diagnostics of depression, suicide attempts, sexually transmitted diseases (STDs), HIV and pregnancy in adolescence between age of 10 to 16 years, and 17 to 25 years attended in Hospital Universitário of Londrina University (HU/UEL).

Methods: Were collected dates of 2523 medical practice of patients attended for diagnostics of depression, suicide attempts, STD, HIV and pregnancy. The dates collected were in two distinct fases: the first was in the ages of 10 to 16 years and the second was in the ages of 17 to 25 years.

Results: Between the ages of 10 to 16 years the diagnostics and gender identification were: Depression (n=14; 6 Females, 8 Male), Suicide Attempts (n=4; 2 Females, 2 Male), HIV (n=3; 2 Female 1 Male), DST (n=9; 8 Female, 1 Male), Pregnancy (n=227). Between the ages of 17 to 25 years the diagnostics and gender identification were: Depression (n=53; 46 Females, 7 Male), suicide attempts (n=13; 11 Females, 2 Male), HIV (n=28; 192 Female 9 Male), DST (n=112; 90 Female, 22 Male), Pregnancy (n=2074)

Conclusions: This analysis confirms the increase the frequency of the diagnostics studied of 17 to 25 years. Were reported that risk behavior was onset more prior, in the ages of 10 to 16 years. These results suggest interventions that increase the self-esteem and that pay attention in prevention by education and early detection, prior the median education. The knowledge will occur in fundamental education to prevent morbidity and mortality.

Keywords: Adolescence. Young adults. Pregnancy. Depression. Suicide attempts. Sexually transmitted diseases (STDs). HIV.

Introdução

A adolescência é um período de grandes riscos e oportunidades. As dramáticas mudanças biológicas que acompanham essa fase de transição são essencialmente as mesmas, mas o contexto social em que elas ocorrem está diferente, iniciando-se mais precocemente e as mudanças acontecendo mais rapidamente.¹

Nesse contexto, apesar dos educadores e profissionais da área de saúde desenvolverem conhecimentos e atividades precoces para que os adolescentes tomem decisões em favor da promoção de saúde e adotem um estilo de vida saudável, a depressão, as tentativas de suicídio, as doenças sexualmente transmissíveis (DST) e a Síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) estão ocorrendo cada vez mais precocemente incidindo a partir do início da adolescência em relação direta com o aumento de gravidez precoce.²

Devido às repercussões sobre a mãe e o conceito a gestação na adolescência é considerada de alto risco pela Organização Mundial da Saúde², porém, acredita-se atualmente que o risco seja mais social do que biológico.

O início das experiências sexuais cada vez mais cedo, a multiplicidade de parceiros e o não uso de preservativos nas relações sexuais têm sido apontados como fatores de risco, e são influenciados por um sistema de gênero que se pauta na dominação masculina.³

Quando a atividade sexual tem como resultante a gravidez, gera conseqüências na vida tanto do adolescente e do recém nascido. A adolescente poderá

apresentar problemas de crescimento e desenvolvimento, emocionais e comportamentais, educacionais e de aprendizado, além de complicações da gravidez e problemas de parto.^{4, 5, 6}

O aumento da incidência de DSTs em adolescentes está ocorrendo no mesmo período em que surge o crescimento da gravidez na adolescência. Estima-se que no Brasil, a cada ano, um milhão de adolescentes entre 10 e 20 anos dão a luz, o que corresponde a 20% dos nascidos vivos.⁷

Os estudos têm demonstrado maiores riscos na gravidez de adolescentes em relação a mulheres mais velhas como: prematuridade, baixo peso ao nascer, morbidade e mortalidade perinatal.⁸

Na adolescência as relações sexuais têm começo mais cedo e com maior número de parceiros, o que contribui para aumentar a ocorrência das DSTs. Entre adolescentes o uso de preservativos é baixo e a atividade sexual não é programada. Estudos brasileiros revelam que apenas um terço deles ou menos usam preservativo em todas as relações sexuais. Segundo dados de pesquisa divulgados pelo Ministério da Saúde, os mais baixos índices de uso se encontram entre 15 e 19 anos. No Brasil não há informações sobre a prevalência de DSTs entre adolescentes, as únicas de notificação compulsória são a sífilis e a AIDS, além disto cerca de 70% das pessoas com alguma DST buscam tratamento em farmácias, o que faz com que o número de casos notificados fique abaixo da estimativa.³

Do total de casos de AIDS segundo as categorias de exposição, a via de transmissão sexual é a predominante, cerca de 53%. De acordo com o Ministério da Saúde, o maior número de notificações acumuladas entre 1980 e 1999, 67.267 casos, ou seja, 43,23% do total, concentra-se entre 15 e 24 anos. Como o tempo de latência

da doença é longo, chegando até 11 anos, podemos inferir que grande parte destes jovens deve ter se infectado na adolescência.³

A gravidez na adolescência aumenta o risco de repercussões emocionais negativas e situações de baixa auto-estima, assim como reação negativa da família, menor valorização e expectativa em relação ao futuro e grande sofrimento psíquico.⁹

Dada a sua imaturidade e labilidade emocional, podem ocorrer importantes alterações psicológicas, gerando extrema dificuldade em adaptar-se à sua nova condição, exacerbando sentimentos que já estavam presentes antes da gravidez, como a depressão.¹⁰

A depressão maior na adolescência é comum, debilitante e recorrente, envolvendo um alto grau de morbidade e mortalidade e um dos maiores problemas de saúde pública, embora não diagnosticada e não tratada.¹¹

Na faixa etária de adolescentes e adultos jovens, a depressão tem uma prevalência de 16,8%, sendo uma doença incapacitante para o trabalho, habilidades educacionais e interações sociais. Visto que os adolescentes e adultos jovens estão em uma fase chave de socialização em termos de carreira profissional e relações interpessoais, esse índice indica um considerável risco potencial para complicação e futuro risco de cronicidade do estado de depressão.¹²

Pacientes com transtornos depressivos têm risco de 15% de suicídio sendo este, entre adolescentes dos 15 aos 24 anos a segunda causa de morte. O risco de suicídio é alto entre os adolescentes, porque nesta faixa etária eles são emocionalmente lábeis e impulsivos, sendo esta uma combinação letal. Por este motivo todos os profissionais de saúde devem avaliar este risco nos adolescentes, visto que

dois terços destes que cometeram suicídio foram vistos por seus médicos um mês antes de suas mortes.¹³

As taxas de suicídio nas adolescentes grávidas são mais elevadas em relação às não grávidas^{14,15}, principalmente nas jovens grávidas solteiras.¹⁶

As taxas de suicídio em jovens 15-24 anos de idade duplicaram no período de 1985 a 1995.¹⁷

O presente estudo proporciona a oportunidade de avaliar a freqüência de depressão, tentativas de suicídio, doenças sexualmente transmissíveis (DST) e AIDS e suas relações com a gravidez em adolescentes e adultos jovens.

Para prevenir a gravidez em adolescentes deverá ocorrer uma intervenção precoce educativa iniciada nas idades escolares, ou seja, no ensino fundamental. A conscientização para prevenir as condutas de risco ainda é a melhor solução e, deve ser iniciada nos primeiros anos de vida através da educação proporcionada pelos pais, escola e comunidade.

Métodos

O método utilizado foi estudo de caso, com análise descritiva. Os dados foram obtidos através da análise quantitativa de 2523 prontuários do Hospital Universitário, da Universidade Estadual de Londrina (HU/UEL), referentes a pacientes atendidos com diagnósticos de DSTs, HIV, depressão, gravidez e tentativa de suicídio.

Os dados coletados para esta análise foram os do período de setembro de 2002 a setembro de 2003. Na população estudada foram consideradas duas fases distintas: a primeira de dez aos dezesseis anos e a segunda, dos dezessete aos vinte e cinco anos.

Os critérios diagnósticos utilizados foram a décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças –Décima edição (CID-10), da Organização Mundial de Saúde (OMS). E os diagnósticos de tentativas de suicídio foram os cadastrados para notificação obrigatória para órgãos públicos.

O banco de dados foi organizado em planilhas do Programa Excel-WINDOWS 98, o que possibilitou a organização dos dados em gráficos e tabelas.

A análise estatística foi realizada por meio de frequência absoluta e relativa e a idade média e desvio padrão.

Resultados

As variáveis analisadas foram: os diagnósticos dos prontuários médicos, a identidade de gênero e a distribuição da faixa etária.

Nas idades de 10 a 16 anos os diagnósticos e identidade de gênero foram: Episódio depressivo ou transtorno depressivo recorrente (n=14; 6 Feminino, 8 Masculino), tentativas de suicídio (n=4; 2 Feminino, 2 Masculino), HIV (n=3; 2 Feminino, 1 Masculino), DST (n=9; 8 Feminino, 1 Masculino), Gravidez (n=227). Nas idades de 17 a 25 anos os diagnósticos e a identidade de gênero foram: Depressão (n=53; 46 Feminino, 7 Masculino), tentativas de suicídio (n= 13; 11 Feminino, 2 Masculino), DST (n=112; 90 Feminino, 22 Masculino), HIV (n=28; 19 Feminino, 9 Masculino) e gravidez (n=2074).

O Gráfico 1 demonstrou maior frequência do sexo feminino nos casos atendidos por depressão, tentativa de suicídio, DST, HIV na faixa etária de 10 a 25 anos. Dos 64 casos de depressão atendidos 53 foram do sexo feminino e 11 do masculino. Dos 17 casos de tentativa de suicídio 14 foram do sexo feminino e 3 do masculino. Dos 31

casos de HIV houve 21 casos femininos e 10 casos masculinos. Dos 121 casos de DST houve 98 casos do sexo feminino e 23 casos do masculino.

As distribuições da faixa etária de tentativas de suicídio registradas foram de 2 casos em cada uma das idades: 11, 19, 21, 22 e 24 anos, representado 11,76% cada. Aos 13, 16, 18 e 23 anos foram registrados apenas um caso por faixa etária, correspondendo a 5,88% cada. O maior registro (3 casos) foi aos 25 anos correspondendo a 17,65%.

Na população diagnosticada com DST, do total, foi encontrado entre 14 e 15 anos 1 caso em cada faixa etária, representando 0,82% individualmente. Na idade de 16 anos houve 7 casos registrados, correspondendo a 5,7%. Aos 17 e 23 anos, 10 casos (8,2%) cada. Aos 18 anos, 9 casos (7,4%). Aos 19 anos, 16 casos (13,2%). Aos 20 e 22 anos, 17 casos cada (14%). Aos 21 anos, 14 casos (11,5%). Aos 24 anos foi um total de 11 casos (9%). Aos 25 anos, 8 casos (6,6%).

Nos casos de depressão os primeiros relatados foram aos 11 anos (3 casos, 4,6%). Essa porcentagem apresentou-se igual aos 16 e 21 anos. Não houve relatos aos 10, 13 e 14 anos. Aos 12 anos foi registrado 1 caso (1,5%). Nas idades de 15, 17 e 25 anos registraram-se 4 casos em cada idade (6,2%). Na faixa etária de 18 e 22 anos houve 7 casos relatados em cada (10,9%). Aos 19 e 20 anos, 6 casos em cada (9,3%). Aos 24 anos, 5 casos (7,8%). Aos 23 anos correspondendo à maior incidência, 11 casos (17, 19%).

Nos pacientes diagnosticados com HIV registraram-se casos entre 10 e 12 anos reaparecendo novos casos aos 17 anos. Não houve casos registrados nas idades de 11, 13, 14, 15 e 16 anos.

As maiores ocorrências de HIV foram nas idades de 19, 24 e 25 anos representando 5 casos cada (16,13%). Aos 10, 17 e 23 anos, 2 casos em cada (6,45%). Aos 12, 18 e 21 anos, 1 caso em cada (3,23%). Aos 20 anos, 3 casos em cada (9,68%). Aos 22 anos, 4 casos (12,9%).

No Gráfico 2 foram avaliados 2301 prontuários de adolescentes grávidas, com faixa etária de 13 anos em diante. A distribuição por idade foi respectivamente: 13 anos (n=4); 14 anos (n=22); 15 anos (n=86); 16 anos (n=115); 17 anos (n=164); 18 anos (n=180); 19 anos (n=224); 20 anos (n=268); 21 anos (n=253); 22 anos (n=259); 23 anos (n=271); 24 anos (n=220) e 25 anos (n=235).

Verificaram-se 227 casos na faixa etária entre 10 a 16 anos enquanto que na faixa etária dos 17 aos 25 anos, 2074 casos.

A tabela 1 analisou a freqüência de casos com diagnósticos de DST segundo o CID-10

Estão enumeradas as doenças de maior ocorrência no HU/UEL, sendo que a de maior freqüência foi as verrugas anogenitais com uma porcentagem de 35,71%, seguido por tricomoníase com 24, 11%.

Os gráficos 3, 4 e 5 avaliaram a correlação da gravidez com DST, HIV e depressão respectivamente.

No gráfico 3 avaliou-se a correlação entre DST e gravidez na faixa etária de 10 a 25 anos. Nos 121 casos analisados, 56 (46%) destas pacientes com DST eram gestantes. Os fatores que predispõem á gravidez podem ser os mesmos que predispõem as DSTs em adolescentes e adultos jovens.

No gráfico 4 avaliou-se a correlação entre HIV e gravidez na faixa etária de 10 a 25 anos. Dos 31 casos de HIV, 6 casos (19%) de pacientes diagnosticadas com infecção por HIV eram gestantes.

O gráfico 5 apresenta a correlação entre depressão e gravidez na faixa etária de 10 a 25 anos. Nos 64 casos de depressão, 12 casos (19%) de pacientes diagnosticadas por episódio depressivo ou transtorno depressivo recorrente, de acordo com os critérios diagnósticos da CID-10, estavam grávidas na época do diagnóstico.

Discussão

No estudo, 46% dos casos relatados de DST ocorreram em gestantes coincidindo com a literatura revisada: “O aumento da incidência de DST em adolescente está ocorrendo no mesmo período em que se dá o crescimento da gravidez na adolescência.”⁷

Do total de 64 casos diagnosticados por episódio depressivo ou transtorno depressivo recorrente neste estudo, 12 pacientes (19%) estavam grávidas na época do diagnóstico. Isso pode ser explicado, por sua imaturidade e labilidade emocional que podem ocasionar importantes alterações psicológicas, gerando extrema dificuldade em adaptar-se à sua nova condição, exacerbando sentimentos que já estavam presentes antes da gravidez, como a depressão.¹⁰

No presente estudo, encontrou-se pacientes gestantes em 19% dos diagnósticos com infecção por HIV. Isso pode ser explicado pelo baixo índice de uso de preservativos durante a adolescência, o que predispõe tanto à gravidez quanto à infecção por HIV. Segundo a literatura, um terço ou menos dos adolescentes usam preservativos sempre.³

Apesar de estar descrito que as taxas de suicídio nas adolescentes grávidas são mais elevadas em relação às não grávidas^{14, 15}, principalmente nas solteiras¹⁶, não foram relatados casos de tentativas de suicídio em gestantes. Isso pode ser devido ao pequeno número de casos relatados em nosso serviço durante o período de tempo de 1 ano.

O ambiente social inadequado associado ao abuso sexual e negligência na infância resulta em aumento na adolescência de: gravidez, DST, HIV, depressão e tentativas de suicídio¹⁸. Além disso, todos esses fatores quando ocorridos na adolescência predispõem a negligência para os futuros filhos que esses adolescentes terão. Assim estabelece um ciclo entre fatores de risco e com morbidades na adolescência.

O impacto de experiências precoces de vida predispõe a aumentar a ansiedade e depressão na vida adulta e maior sensibilidade à resposta de stress pela ativação do eixo hipotálamo-hipofise-adrenal e pelo aumento da secreção do hormônio corticotrofina (CRH)

Os picos de tentativas de suicídio ocorreram no início da adolescência (11 anos) e final dessa fase (25 anos). Isso já era o esperado de acordo com a literatura, porque estas são as fases de maior transição e modificação na vida do adolescente¹⁸. Esse fator de risco tem implicações futuras na vida destes adolescentes, já que aumenta o risco de recidivas. Além do fato de que uma instabilidade familiar provocadas por problemas psiquiátricos e, uma história familiar positiva para suicídio nos pais pode ser um fator de risco para os filhos, perpetuando o ciclo.¹⁸

Existem fatores específicos para o suicídio que são: uma tentativa de suicídio prévio, distúrbios do humor (incluindo depressão), abuso de substâncias, idade de 16 anos ou mais, homem e vivendo sozinho, história de abuso físico e sexual.²⁰

Um ambiente familiar em que há separação ou divórcio dos pais, mau relacionamento entre os pais e abuso sexual na infância são fatores ambientais que aumentam o risco dos adolescentes a tentar o suicídio.¹⁷

O presente estudo verificou um aumento brusco na frequência de DST dos 15 para os 16 anos e uma posterior estabilização dos 17 aos 25 anos. Esse aumento aos 16 anos era esperado, pois na faixa etária dos 15 aos 19 anos há maior negligência em relação ao uso dos preservativos.³

Em um estudo com 356 adolescentes que tiveram DSTs, os resultados mostraram que os rapazes têm maior número de parceiras e iniciam atividade sexual mais cedo. As moças, por sua vez, usam menos preservativos e são vítimas mais frequentes de abuso sexual.³

Nos caso de HIV houve um aumento significativo dos 10 aos 16 para os 17 aos 25, no qual a ocorrência desta última está em 90,32%. O risco de HIV também está associado ao não uso dos preservativos que ocorre principalmente entre 15 e 19 anos.³

Verificou-se um início mais precoce de depressão na adolescência, já com casos entre 10 e 16 anos. Além disto, adolescentes depressivos estão associados a danos psicossociais significativos e suicídio; e existe uma significativa morbidade e mortalidade em potencial para suicídio na fase adulta, cujo episódio depressivo ocorreu na infância.¹⁹ Entre os fatores de risco para depressão encontram-se também o abuso

sexual e negligência na infância, perpetuando o ciclo depressão, maus tratos, depressão.

No presente estudo foi verificado um aumento significativo de casos de gravidez dos 13 aos 16 anos. O aumento da gravidez nesta faixa etária ocorre com pessoas com baixa auto-estima, o que ocorre mais freqüentemente nas camadas sócio-econômicas mais baixas da população.⁹

Essa gravidez no início da adolescência tem implicações futuras para a criança pois a instabilidade da situação também acaba por contribuir para a ocorrência de prejuízos emocionais e até mesmo de transtorno de ordem afetiva, muitas vezes agravados por um ambiente familiar pouco acolhedor e muito mobilizado pela notícia da gestação. O risco dos filhos serem vítimas de maus tratos é maior, principalmente nos casos em que a gravidez foi indesejada.⁹

Abuso físico ou sexual na infância está associado com problemas de saúde na adolescência e na vida adulta, incluindo tentativas de suicídio, depressão, sintomas físicos, problemas psicológicos e abuso de substâncias.²¹

O impacto de experiências adversas em vida precoce predispõe a aumentar a ansiedade e depressão na vida adulta e maior sensibilidade a resposta de estresse pela ativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e pelo aumento da secreção do hormônio corticotrofina (CRH).²²

A violência nas relações afetivas dificulta a prevenção de DSTs /AIDS freqüentes na adolescência. A vivência de situações de opressão e constrangimento presentes nas idades de 10, 14, e 16 anos foram preditivas de violência em idades superiores aos 18 anos. Ser exposto à violência, no contexto social, parece ter relação com vitimização e perpretação de outros contextos como o familiar e o interpessoal.²³

No futuro, outras pesquisas poderão avaliar fatores de risco como abuso sexual e físico e negligência na infância, contribuindo para gravidez indesejada, DST/AIDS, depressão e tentativa de suicídio na adolescência e início da adultez.

Conclusão

O presente estudo demonstrou uma forte correlação entre gravidez, DST, HIV e depressão. Foi constatado que as condutas de risco iniciam-se cada vez mais precocemente, já por volta da idade de 10 anos, devido à imaturidade e instabilidade emocionais dos adolescentes. Tais condutas incluem o não uso de preservativos que, combinado com a difusão da sexualidade cada vez mais precoce, contribui para o aumento da gravidez, DST, HIV e depressão. Infere-se também que a gravidez predispõe ao desencadeamento de repercussões emocionais negativas, principalmente quando não é planejada e amparada.

Ressalta-se o aumento significativo na frequência de diagnósticos de depressão, gravidez, tentativas de suicídio, DST e HIV nas idades de 17 a 25 anos (fase final da adolescência e adulto jovem).

Sugere-se uma intervenção que privilegie a auto-estima e a prevenção através da educação e detecção precoce, que anteceda o ensino médio. A intervenção deverá ocorrer no ensino fundamental, para prevenir morbidade e mortalidade na adolescência e início da adultez. Para isso é preciso identificar alternativas para promover a saúde e prevenir comportamentos de risco, motivando os adolescentes a desenvolver habilidades para a vida, tomada de decisões, habilidades interpessoais, aprendizado cooperativo e manejo de situações adversas.

Além disso, deve-se avaliar também uma forma de prevenção dos fatores ambientais relacionados ao abuso sexual e negligência na infância, que contribuíram para o surgimento de condutas de risco na adolescência.

Assim, a prevenção e intervenção precoce dos principais problemas da adolescência são fatos que interessam a toda sociedade, visto que esses indivíduos se constituirão em população adulta e produtiva.

Referências

1. Millstein S, Nightingale E, Petersen A, Mortimer A, Hamburg D. Promoting the healthy development of adolescents. JAMA 1993; 269 (11):1413-15.
2. Organización Mundial de La Salud. Necesidades de salud de los adolescentes. Ginebra: OMS;1977.
3. Taquette S, Vilhena M, Paula M. Doenças sexualmente transmissíveis e gênero: um estudo transversal com adolescentes no Rio de Janeiro. Cad Saude Publica 2004; 20(1): 282-90.
4. Creatsas G, NicosGoremalatsos FACS, Deligeoroglori E, Karagitsou T, Calpaktsoglou C, Arefetz N. Teenage pregnancy: comparison with two groups of older pregnant women. J Adolesc Health 1991; 12: 77-81.
5. Piyasil V. Anxiety and depression in teenage mothers: a comparative study. J Med Assoc Thai 1998; 81: 125-29.
6. Wilcox H, Field T. Correlations between the BDI and CES-D in a sample of adolescent mothers. Adolescence 1998; 33 (131): 565-74.
7. Duarte A. Gravidez na adolescência. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1998.

8. Blankson M, Cliver S, Goldenberg R, Hickey C, Jin J, Dubard M. Healthy behavior and outcomes in sequential pregnancies of black and white adolescents. *JAMA* 1993; 269 (11): 1401-3.
9. Sabroza A, Leal MC, Souza R, Gama S. Algumas repercussões emocionais negativas da gravidez precoce em adolescentes do município do Rio de Janeiro (1999 -2001). *Cad Saude Publica* 2004; 20: S130-S137.
10. Friedman SB, Phillips S. Psychosocial risk to mothers and child as a consequence of adolescent pregnancy. *Semin. Pré-natal*. 1981; 5(1): 33-37.
11. Bahls SC. Epidemiologia de sintomas depressivos em adolescentes de uma escola pública em Curitiba, Brasil. *Rev Bras Psiquiatr* 2002; 24(2): 63-67.
12. Wittchen HU, Nelsonc B, Lachner G. Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychol Med* 1998; 28:109-26.
13. Hirschfeld RMA, Russell JM. Assessment and treatment of suicidal patients. *N Engl J Med* 1997; 337(13): 910-15.
14. Foster C, Miller G. Adolescent pregnancy: a challenge for counsellors. *Persp Guid J* 1980; 59(4): 236-40.
15. Hechtman L. Teenage mothers and their children risk and problems: a review. *Can J Psychiatry* 1989; 34: 569-75.
16. Cabrera RR. La prevención del embarazo en adolescentes: un compromiso con la vida. Una propuesta de coordinación para la promoción de la salud adolescente. *Niños (Caracas)* 1995; 29(7): 408-14.

17. Beautrais A. Suicide and serious suicide attempts in youth: A multiple group comparison study. *Am J Psychiatry* 2003; 160(6): 1093-99.
18. World Health Organization. Child abuse and neglect MNH-MBD-00.3, 2002
19. Weissman, MM, Wolk S, Goldstein RB, Moreau D, Adams P, Greenwald S, et al. Adolescentes deprimidos como ficam quando adultos. *JAMA (Ed. port.)* 1999; 3(9): 2429-35.
20. Zametkin A, Alter M, Yemini T. Suicide in teenagers assessment, management and prevention. *JAMA* 2001; 286(24): 3120-25.
21. McCauley J, Kern D, Kolodner K, Dill L, Schroeder A, Dechant H, et al. Clinical characteristics of woman with a history of childhood abuse unhealed wounds. *JAMA* 1997; 277:1362-68.
22. Hein C, Nemeroff C. The impact of early adverse experiences on brain systems involved in pathophysiology of anxiety and affective disorders. *Biol Psychiatry* 1999; 46: 1509-22.
23. Ruzany MH, Taquette SR, Oliveira R, Ricardo I. A violência nas relações afetivas dificulta a prevenção de DST/AIDS? *J Pediatr (Rio J)* 2003; 79(4): 349-54.

**ANEXO 4: *Depressão Maior e Gravidez na Adolescência e Adultos Jovens:
Relação com estressores psicossociais e história familiar de psicopatologia***

Major depression and pregnancy in adolescence and young adults: Relation with psychosocial stress and family history of psychopathology

Sandra Odebrecht Vargas Nunes¹, Rosemarie Elizabeth de Abreu², Mariane Vargas Alves Nunes^{3 ; 4}, Renata Merli Franco.⁴, Luisa Raizer Barbosa⁴, Tiemi Matsuo⁵ Isabella Lazzarini Cyrino Gouveia⁶, Andrea Midori Simizu Lopes⁶

1-Docente do Departamento de Clínica Médica da Universidade Estadual de Londrina (UEL-PR)

2-Docente do Departamento de Fundamentos de Psicologia e Psicanálise da Universidade Estadual de Londrina (UEL-PR)

3- Bolsista de Iniciação Científica PIBIC/CNPq da Universidade Estadual de Londrina (UEL-PR)

4-Acadêmicas do curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina (UEL-PR)

5- Docente do departamento de Matemática da Universidade Estadual de Londrina (UEL-PR)

6- Residentes de Psiquiatria UEL-Pr

Resumo

O presente trabalho determinou se fatores psicossociais e história familiar de psicopatologia podem levar ao aumento na frequência de depressão maior e gravidez na adolescência e início da vida adulta. Foram selecionados 32 pacientes depressivas do sexo feminino e 45 pacientes grávidas na faixa etária de 12 a 25 anos. Todos os sujeitos assinaram o consentimento livre e esclarecido e foram submetidos à entrevista clínica estruturada para o DSM-IV, transtornos do eixo I (SCID-I versão clínica) e eixo IV (Problemas psicossociais e ambientais). Foi coletada a história familiar em primeiro e segundo grau, bem como dados sócio-demográficos e clínicos. Os resultados evidenciaram que as pacientes depressivas tiveram significativamente maiores estressores relacionados com grupos de apoio primário ($p < 0,0001$) e as grávidas tiveram maiores problemas com acesso aos serviços de cuidado à saúde ($p = 0,022$). Os familiares em primeiro e segundo grau respectivamente das pacientes depressivas tiveram maior frequência de depressão maior ($p = 0,0001$, $p = 0,0009$) e dependência do álcool ($p = 0,0009$, $p = 0,05$) do que os familiares das grávidas. As pacientes depressivas apresentaram mais problemas médicos ($p = 0,02$) e tiveram maiores taxas de tentativas de suicídio ($p < 0,0001$) do que as grávidas. Os resultados sugerem que a perda do suporte e proteção parenteral na infância associado à história familiar de depressão maior e dependência do álcool aumentam o risco à susceptibilidade a depressão maior recorrente, com tentativa de suicídio, mas não influem na frequência de gravidez na adolescência e início da vida adulta.

Palavras-Chave

Adolescência, Depressão, Gravidez, Estressores Psicossociais, História Familiar

Abstract

The present study determined if the psychosocial stress and the family history of psychopathology can raise the incidence of major depression and pregnancy in adolescents and young adults. 32 depressive female patients and 45 pregnant patients with ages between 12 and 25 years old were included in this study. After signing the agreement to participate on the study the patients were interviewed by structured diagnostic criteria categorized according to DSM-IV, axis –I (SCID-I clinical version) and axis – IV (Psychosocial and ambient problems). The family history of first and second degree members as well as clinical and demographic data were collected. The results showed that depressive patients had statistically more stressors related to the primary group support ($p < 0,0001$) and pregnant women had more problems related to health care access ($p = 0,022$). The first and second degree family members of the depressive patients had more major depression ($p= 0,001$) and alcohol addiction ($p=0,009$) than the family of the pregnant patients. The depressive patients had more medical problems ($p = 0, 02$) and higher rates of suicidal attempts ($p < 0,0001$) than the pregnant patients. The results suggest that the lack of parental support and protection in childhood related to a family history of major depression and alcohol addiction raise the risk to develop recurrent major depression with suicidal attempt but do not affect the incidence of pregnancy in adolescents and young adults.

Keywords

Adolescence, Depression, Pregnancy, Psychosocial Stressors, Family History

1- INTRODUÇÃO

A depressão maior na adolescência é comum, debilitante, e recorrente, envolvendo um alto grau de morbidade e mortalidade e um dos maiores problemas de saúde pública, embora não diagnosticada e não tratada (BAHLS, 2002).

Depressão maior é uma das doenças psiquiátricas mais comuns na adolescência e suas muitas conseqüências podem incluir morbidade para a saúde mental e abuso de substância, prejuízo acadêmico e social, gravidez não planejada e altas taxas de tentativa de suicídio (MARTIN; DONALD, 2000).

Lewinsohn et al. (2000) argumentam que adolescentes deprimidos que desenvolveram problemas psiquiátricos quando se tornaram adultos jovens, são caracterizados durante a adolescência por terem episódios depressivos mais severos (episódios longos, múltiplos; maior número de sintomas; história de tentativa de suicídio).

Ao longo da vida, eventos estressantes podem influenciar o início e curso da depressão. Entretanto nem todas as pessoas que vivem experiências de vida estressantes desenvolvem depressão. A teoria estresse diátese para depressão prevê que a sensibilidade individual para eventos estressantes depende do mapeamento genético. O risco de desenvolver depressão é elevado em indivíduos que experimentam eventos estressantes e têm alto risco genético para desenvolver a doença e diminuído nos que têm baixo risco genético. Indivíduos portadores de um ou dois alelos curtos da região polimórfica ligada ao gene transportador de serotonina têm uma menor eficácia na transcrição de atividade da serotonina e em resposta ao estresse desencadeiam a depressão (CASPI et al, 2003)

O impacto de experiências adversas em vida precoce predispõe a aumentar a ansiedade e depressão na vida adulta e maior sensibilidade a resposta de estresse pela ativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA) e pelo aumento da secreção do hormônio corticotrofina (CRH) ou fator liberador de corticotrofina (CRF) (HEIM; NEMEROFF, 1999).

Depressão maior grave pode ter como comorbidade à tentativa de suicídio. Beautrais (2003) informa que as taxas de suicídio em jovens 15-24 anos de idade duplicaram no período de 1985 a 1995.

O suicídio tem implicações futuras na vida destes adolescentes, já que aumenta o risco de recidivas. Além do fato de que uma instabilidade familiar provocadas por problemas psiquiátricos e uma história familiar positiva para suicídio nos pais pode ser um fator de risco para os filhos, perpetuando o ciclo (KRUG et al. 2002)

Um ambiente familiar em que há separação ou divórcio dos pais, mau relacionamento entre os pais e abuso sexual na infância são fatores ambientais que aumentam o risco dos adolescentes a tentar o suicídio (BEAUTRAIS, 2003).

Além disto, adolescentes depressivos estão associados a danos Psicossociais significativos e suicídio; e existe uma significativa morbidade e mortalidade em potencial para suicídio na fase adulta, cujo episódio depressivo ocorreu na infância (WEISSMAN et al., 1999)

O início das experiências sexuais cada vez mais cedo, a multiplicidade de parceiros e o não usam de preservativos nas relações sexuais têm sido apontados como fatores de risco para gravidez precoce. (TAQUETTE; VILHENA; PAULA, 2004).

Quando a atividade sexual tem como resultante a gravidez, gera conseqüências na vida tanto do adolescente e do recém nascido. A adolescente poderá apresentar

problemas de crescimento e desenvolvimento, emocionais e comportamentais, educacionais e de aprendizado, além de complicações da gravidez e problemas de parto (CREATSAS et al., 1991; PIYASIL, 1998; WILCOX; FIELD, 1998).

Krug et al. (2002) salientam que o ambiente social inadequado associado ao abuso sexual e negligência na infância resulta em aumento na adolescência de: gravidez, DST, HIV, depressão e tentativas de suicídio. Além disso, todos esses fatores quando ocorridos na adolescência predispõem a negligência para os futuros filhos que esses adolescentes terão. Assim estabelece um ciclo entre fatores de risco e comorbidades na adolescência.

A repetição da gravidez na adolescência também é um evento comum, principalmente em adolescentes com uma visão pessimista da vida, visto que durante a gravidez esta se comporta como um fator de proteção para a depressão. Porém, após o parto, há um aumento do risco de depressão nessas adolescentes. Tal experiência seria então aliviada por uma nova gravidez, criando um ciclo para a gravidez repetitiva. (WAGNER, 1998).

Indivíduos que iniciaram episódios depressivos na antes da idade de 19 anos possuem também significativo risco elevado de novos episódios depressivos, com aumento da refratariedade da doença, o que demanda diagnóstico correto e tratamento preventivo ou profilático eficaz. (LEWINSOHN et al., 2000),

Nesse contexto, o objetivo desse estudo foi investigar se estressores psicossociais e história de psicopatologias familiares poderiam estar associados com aumento de risco de depressão e gravidez nessa faixa etária.

2- MÉTODOS

2.1 Sujeitos

O delineamento da pesquisa é caso-controle. A população foi constituída de 32 pacientes depressivas e 45 pacientes grávidas entre 12 e 25 anos, pareados na mesma faixa etária.

A pesquisa foi conduzida no período de abril de 2004 a abril de 2005. A amostra levou em conta a conveniência de tempo e local. A população foi constituída de pacientes depressivos e pacientes grávidas do Ambulatório do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Londrina (UEL).

Para obter dados de história familiar foram questionados sobre os membros em primeiro grau e segundo graus acima de 18 anos. Usando a descrição dos informantes, era perguntado quantos membros da família foram diagnosticados e tratados para esquizofrenia, transtorno de humor e transtorno de uso de álcool. Se for obtida resposta afirmativa, o informante era questionado para fazer um relato autodescritivo sobre os sintomas e tratamentos utilizados. O estabelecimento de diagnóstico do membro da família baseou-se na história de tratamento anterior para a condição e nos relatos autodescritos.

2.2 Instrumentos

Foi utilizada a entrevista clínica estruturada, versão clínica (SCD-I), baseada nos critérios diagnósticos, do eixo I, da Associação Americana de Psiquiatria (APA), do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quarta edição, DSM-IV, traduzida e adaptada para o português por Del Ben e colaboradores (2001) (Anexos 1). Para a análise dos estressores psicossociais foi utilizado o eixo IV: Problemas

psicossociais e ambientais, da Associação Americana de Psiquiatria (APA), do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quarta edição, DSM-IV Eixo IV - : Problemas Psicossociais e Ambientais

Problemas com o grupo de apoio primário: por exemplo, morte de um membro da família; problemas de saúde na família: ruptura da família por separação, divórcio ou desavença, despejo de casa, novo casamento do pai ou da mãe; abuso sexual ou físico, superproteção pelos pais; negligência da criança; disciplina inadequada; discórdia com irmãos, nascimento de um irmão.

Problemas relacionados ao ambiente social: por exemplo, morte ou perda de um amigo; apoio social inadequado; viver sozinho; dificuldades com aculturação; discriminação; adaptação à transição no ciclo de vida (tal como casamento).

Problemas educacionais: por exemplo, analfabetismo, problemas acadêmicos, discórdia com professores ou colegas de escola, ambiente escolar inadequado.

Problemas ocupacionais: por exemplo, desemprego, ameaça de perda de emprego, problemas no trabalho estressante, condições de trabalho difíceis, insatisfação com o emprego, mudança de emprego, discórdia com chefe ou colegas de trabalho.

Problemas de moradia: por exemplo, falta de moradia, moradia inadequada, vizinhança perigosa, discórdia com vizinho ou locador.

Problemas econômicos: por exemplo, extrema pobreza, recursos financeiros inadequados, apoio previdenciário inadequado.

Problemas com o acesso aos serviços de cuidados à saúde: por exemplo, serviços inadequados de cuidados à saúde, indisponibilidade de transporte aos locais de cuidados à saúde, seguro saúde inadequado.

Problemas relacionados à interação com o sistema legal/criminal: por exemplo, detenção, encarceramento, litígio, vítima de crime.

Outros problemas psicossociais e ambientais: por exemplo, exposição a desastres, violência na comunidade e outras hostilidades, discórdia com prestadores de serviço que não fazem parte da família, tais como conselheiro, assistente social ou clínico, indisponibilidade de agências de serviços sociais.

2.3 Análise Estatística

Os dados referentes às características sócio-demográficos e os clínicos foram comparados pelos seguintes testes estatísticos: Teste do Qui-Quadrado ou teste exato de Fisher.e teste de Mann-Whitney.

Os resultados foram mostrados em médias e desvio-padrão (DP). Diferenças entre os grupos foram consideradas estatisticamente significativas com nível de significância de 5% ($p < 0,05$). O correspondente valor de p ocorre em função dos graus de liberdade (G.L.), no estudo em questão.

2.4 Consentimento livre e esclarecido

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina e os indivíduos de todos os grupos assinaram previamente o consentimento livre e esclarecido.

2.5 Critérios de Inclusão:

Pacientes do sexo feminino na faixa etária de 12 a 25 anos, atendidas nos Ambulatórios do Hospital das Clínicas e Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná da cidade de Londrina.

2.6 Critérios de exclusão:

De todos os grupos foram excluídos os indivíduos que tenham história de qualquer doença médica crônica, que altere a função cognitiva.

3- RESULTADOS

3.1. Dados sócio-demográficos

A Tabela 1 apresenta a comparação entre pacientes depressivas e, grávidas, quanto ao, estado civil, nível educacional, funcionamento ocupacional e idade .

Não houve diferença significativa entre os grupos em relação à idade (Tabela 1). Os grupos tiveram diferenças estatisticamente significativas em relação ao nível educacional, e moradia, não tiveram significância em funcionamento ocupacional e doméstico. Os pacientes depressivos revelaram maior nível educacional ($p < 0,0001$) do

que as grávidas, a maioria das pacientes depressivas não tinha companheiros ($p = 0,0002$).

TABELA 1 – Características sócio-demográficas de pacientes depressivas e grávidas

CARACTERÍSTICAS	DEPRESSIVOS n =32)		Grávidas n= 45)		ANÁLISES	
		%		%	²	.L.
IDADE (ANOS)						
12-16		2,9	2	6,67	,09	,1481
17-25	7	7,1	3	3,33		
ESTADO CIVIL						
Sem companheiro	8	0,3	2	8,89	14,000 8	1 0,0002
Com companheiro		,68	3	1,11	10,06	2 0,0065
Moradia	28	0,3	43	5,56		
Família Sozinho		,45		,44		
NÍVEL EDUCACIONAL (ANOS)						
≤ 8		,45	8	2,22	23,90	1 <0,0001
> 8	9	3,5	7	7,78		
OCUPAÇÃO						
Inapto	2	0,97	0	66,67	0,1572	0,6918
Doméstica						
Apto	3	76,67	8	84,44		
Inapto		23,33		15,56		
IDADE (ANOS)						
	ÉDIA	P	ÉDIA	P	²	.L.

	9,4	,0	9,3	,3	,02	=0,96
--	-----	----	-----	----	-----	-------

χ^2 = teste do qui-quadrado Teste de Mann-Whitney χ^2 . DP = Desvio Padrão

3.2 ESTRESSORES PSICOSOCIAIS

Tabela 2- Problemas psicossociais e ambientais em pacientes depressivas e grávidas

ESTRESSORES	DEPRESSÃO		GRAVIDEZ		χ^2	Valor de p
	N	%	n	%		
GRUPO APOIO PRIMARIO	24	77,42	6	13,33	28,93	< 0,0001
AMBIENTE SOCIAL	12	38,71	10	22,22	1,69	0,1935
PROBLEMA EDUCACIONAL	11	35,48	6	13,33	3,99	0,4580
PROBLEMA OCUPACIONAL	8	25,81	12	26,67	0,03	0,8561
PROBLEMA DE MORADIA	9	29,03	15	33,33	0,02	0,8844
PROBLEMA ECONOMICOS	8	25,81	21	46,67	2,56	0,1097
PROBLEMA ACESSO SERVIÇO DE SAUDE	3	9,68	16	35,56	5,25	0,0220
PROBLEMA LEGAL/CRIMINAL	9	29,03	8	17,78	0,77	0,3805
OUTRO PROBLEMA PSICOSSOCIAL/AMBIENTAL	5	16,13	6	13,33	FISHER	0,7507

χ^2 = teste do qui-quadrado

A Tabela 2 evidencia que os pacientes depressivos tiveram significativamente maiores estressores relacionados com grupos de apoio primário ($p < 0,0001$) e as

grávidas tiveram maiores problemas com acesso aos serviços de cuidado à saúde ($p = 0,022$).

3.3 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

A Tabela 3 mostra dados clínicos dos pacientes, como idade de início da depressão (14 anos, desvio padrão 4,8), número de episódios depressivos na vida (2 episódios, desvio padrão 1,6), problemas médicos no último mês maiores nas depressivas do que nas grávidas ($p = 0,0267$), hospitalizações no último mês não difere entre os grupos ($P = 0,9706$), tentativa de suicídio maior nas depressivas ($p < 0,0001$), e história familiar para dependência do álcool em primeiro e segundo grau respectivamente maior nas depressivas ($p = 0,0009$, $p = 0,05$) assim como história familiar para depressão em primeiro e segundo grau respectivamente maior entre as depressivas ($p < 0,0001$, $p = 0,0009$) do que as grávidas.

As pacientes depressivas tiveram média de idade de início da doença de 14,4 desvios padrão $\pm 4,8$ anos e recorrência em 2 desvio padrão $\pm 1,6$ episódios (Tabela 3)

TABELA 3 – Características clínicas dos pacientes: idade de início do primeiro episódio, duração de episódio, número de episódio, Problemas médicos, hospitalizações, tentativas de suicídio, história familiar.

CARACTERÍSTICAS	Depressivas Início (14,4±4,8) Número de Episódios (2±1,6)	Grávidas	Análise
Problemas médicos Sim Não	15+ 16-	12+ 33-	χ^2 4,909 p=0,0267
Hospitalizações Sim Não	7+ 24-	10+ 35-	χ^2 0,001 p=0,9706
Tentativas de suicídio Sim Não	13+ 18-	0+ 39-	χ^2 20,08 P <0,0001
História Familiar álcool 1º grau Positiva Negativa	20+ 7-	11+ 24-	χ^2 5,61 p=0,0009
História Familiar álcool 2º grau Positiva Negativa	15+ 13-	12+ 28-	χ^2 3,82 p= 0,05
História Familiar depressão 1º grau Positiva Negativa	25+ 5-	6+ 30-	χ^2 29,2 P = <0,0001
História familiar 2º grau depressão Positiva negativa	20+ 7-	11+ 24-	χ^2 11,09 P = 0,0009

χ^2 = teste do qui-quadrado

4-DISCUSSÃO

As pacientes depressivas apresentaram significativamente maiores estressores relacionados com grupos de apoio primário. Isto é ressaltado por Kaplan e colaboradores (1998), que reportam como fatores de risco para doenças psicológicas em adolescentes, separação dos pais, falta de coesão e adaptação familiares e falta de percepção para suporte e proteção familiares, como também enumera o fato de morar com um só dos pais. A separação materna em suas duas primeiras semanas está associada com aumento profundo e persistente da expressão do RNA-m do CRF não somente no hipotálamo, mas também em áreas límbicas incluindo amígdala e na estria terminal. (KENDAL, 2005). O estresse causa aumento do eixo HPA e tem como resultado um aumento crônico na produção de glicocorticóide. No hipocampo há receptores de glicocorticóides, e a exposição crônica a eles causa a atrofia de seus neurônios, o que o torna incapaz de realizar a de retro-alimentação negativa do eixo HPA. (KENDAL, 2005) Esta seria a patofisiologia da atrofia hipocampal em portadores de depressão recorrente. A atrofia dos neurônios do hipocampo é reversível se a exposição aos estressores psicossociais for descontinuada, o que justifica uma abordagem precoce a estas pacientes.

Quanto às características clínicas das pacientes depressivas estas apresentaram maior número de problemas médicos do que as pacientes grávidas. O eixo HPA cronicamente ativado aumenta a produção de glicocorticóides, o que reduz a imunidade celular com redução de células citotóxicas matadoras naturais (Natural killer) e redução da proliferação de linfócitos, o que predispõe a infecção (ANISMAN, 2002). Na

depressão também ocorre aumento das citocinas pró-inflamatórias: interleucina-1 (IL-1); interleucina-6 (IL-6) e fator de necrose tumoral (TNF), que ativam processos inflamatórios, tais como lesões cardio-vasculares, doenças auto-imunes e infecções virais (IRWIN M, 2002). O impacto da depressão nos indivíduos não é limitado somente pelos efeitos emocionais, visto que os sintomas depressivos produzem uma piora física funcional, aumento de dor e piora da saúde geral. O estresse psicológico resulta em aumento da morbidade e mortalidade particularmente em pacientes com doença cardiovascular (IRWIN M, 2002)

O presente trabalho evidenciou que história familiar para depressão e dependência do álcool entre familiares em primeiro e segundo graus é maior nas pacientes depressivas do que nas grávidas. As pacientes do estudo estão dentro das características citadas na literatura, de que o transtorno depressivo maior é mais comum entre os parentes biológicos com este transtorno do que a população geral. Existem evidências de risco aumentado de dependência de álcool em parentes biológicos em primeiro grau (American Psychiatric Association DSM-IV, 1994). Caspi e colaboradores.(2003) relataram que uma variação no gene transportador da serotonina serve como moderador de resposta ao estresse no desencadeamento da depressão Segundo Kandel, (2005) as experiências adversas ocorridas na infância resultam num aumento da expressão do gene CRF (fator liberador de corticotrofinas), o hormônio produzido no hipotálamo para iniciar a resposta do eixo HPA.

O presente estudo mostrou que aproximadamente 42% das pacientes depressivas que participaram deste já tentaram suicídio. Nenhuma grávida tentou suicídio. O risco de suicídio é alto entre os adolescentes, porque nesta faixa etária eles

são emocionalmente lábeis e impulsivos, sendo esta uma combinação letal. Por este motivo todos os profissionais de saúde devem avaliar este risco nos adolescentes, visto que dois terços destes que cometeram suicídio foram vistos por seus médicos um mês antes de suas mortes (HIRSCHFELD; RUSSELL, 1997).

As pacientes depressivas tiveram média de idade de início da doença foi de $14,4 \pm 4,8$ anos e recorrência em $2 \pm 1,6$ episódios o que coincide com a literatura, de que a depressão em adolescentes femininas especialmente as que experimentaram alto conflito com os pais e história familiar de depressão têm alto risco de depressão maior recorrente e devem ser monitorizadas ou receber contínuo tratamento profilático (LEWINSOHN et al., 2000).

A idade média das pacientes depressivas do estudo foi de $19,4 \pm 3,0$ anos e das grávidas foi de $19,3 \pm 3,3$ anos. Episódio depressivo na idade de 19 anos tem risco significativamente maior de futuros episódios recorrentes de depressão maior (LEWINSOHN et al., 2000).

5- CONCLUSÃO

O presente estudo demonstrou que estressores relacionados ao grupo de apoio primário na infância associado à história familiar de depressão maior e dependência do álcool aumentam o risco à susceptibilidade a depressão maior recorrente, com tentativa de suicídio, mas não influem na freqüência de gravidez na adolescência e adulto jovem.

Sugere-se que pacientes com depressões de início na adolescência ou início da vida adulta com episódios recorrentes e risco de suicídio devem ser tratados não só com medicações eficazes em doses suficientes, mas também necessitam de

abordagem psicoterápica e tratamento profilático. Além disto, a intervenção precoce nesta faixa etária pode ser uma forma de prevenção de depressão maior recorrente em vida adulta e redução de morbidade e mortalidade.

REFERÊNCIAS

ANISMAN, H. Stress, Immunity, cytokines and depression. ***Acta Neuropsychiatrica***, v.14, n.6, p.251-261, 2002

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. ***Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais***. 4ªed. Artes Médicas, Porto Alegre, 1995.

BAHLS, S. C. Epidemiologia de sintomas depressivos em adolescentes de uma escola pública em Curitiba, Brasil. ***Revista Brasileira de Psiquiatria***, São Paulo, v., 24, n. 2, p. 63-67, 2002.

BEAUTRAIS, A. Suicide and serious suicide attempts in youth: A multiple group comparison study. ***American Journal of Psychiatry***, Washington, v. 160, n. 6, p. 1093-99, 2003.

CASPI, A; SUGDEN, K ; MOFFITT, T et al. Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. ***Science***, v.301, p. 386-389, 2003.

CREATSAS, G. et al. Teenage pregnancy: comparison with two groups of older pregnant women. ***Journal of Adolescent Health***, New York, v. 2, n. 1, p. 77-81, 1991.

HEIM, C.; NEMEROFF, C. The impact of early adverse experiences on brain systems involved in pathophysiology of anxiety and affective disorders. ***Biological Psychiatry***, New York, v. 46, n. 12, p. 1509-22, 1999.

HIRSCHFELD, R. M. A.; RUSSELL, J. M. Assessment and treatment of suicidal patients. ***New England Journal of Medicine***, Boston, v. 337, n. 13, p. 910-15, 1997.

IRWIN, M. Psychoneuroimmunology of depression: clinical implications. ***Brain, Behavior and Immunity***. v. 16, p.1-16, 2002.

KAPLAN, S. J.; et al. Adolescent physical abuse: Risk for adolescent psychiatric disorders. ***American Journal of Psychiatry***, Washington, v. 155, n.7, p.954-959, 1998

KENDAL, E. R. Psychiatry, psychoanalysis and the new biology of mind. American Psychiatric publishing Inc., Washington, p. 83, 2005

KRUG, E. G. et al. Child abuse and neglect by parents and other caregivers. In: WORLD HEALTH ORGANIZATION. ***World report on violence and health***. Geneva: WHO, 2002. p. 59-81.

LEWINSOHN, P. M.; et al. Natural course of adolescent major depressive disorder in a community sample: predictors of recurrence in young adults. ***American Journal of Psychiatry***, Washington, v.157, n. 10, p. 1584-1591, 2000.

MARTIN, A.;DONALD, C. Adolescent depression: window of (missed?) opportunity. ***American Journal of Psychiatry***, Washington, v.157, n.10, p. 1549-1551, 2000.

PIYASIL, V. Anxiety and depression in teenage mothers: a comparative study. ***Journal of the Medical Association of Thailand***, Bangkok, v. 81, n. 2, p. 125-29, 1998.

TAQUETTE, S.; VILHENA, M.; PAULA, M. Doenças sexualmente transmissíveis e gênero: um estudo transversal com adolescentes no Rio de Janeiro. ***Cadernos de Saúde Pública***, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 282-90, 2004.

WEISSMAN, M. M. et al. Adolescentes deprimidos como ficam quando adultos. **JAMA** (Ed. port.), Rio de Janeiro, v. 3, n. 9, p. 2429-35, 1999.

WILCOX, H.; FIELD, T. Correlations between the BDI and CES-D in a sample of adolescent mothers. **Adolescence**, Roslym Heights, v. 33, n.131, p. 565-74, 1998.