

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
DEPARTAMENTO DE FUNDAMENTOS DA EDUCAÇÃO  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA  
INTERVENTIVA NA SAÚDE E NA EDUCAÇÃO**

**INSTRUMENTOS DO PSICÓLOGO ESCOLAR PARA AVALIAÇÃO DA  
DEPRESSÃO NA ADOLESCÊNCIA COMO CAUSA DE QUEDA DO  
RENDIMENTO ACADÊMICO**

**ELOÍSA SALGUEIRO FERNANDES E SILVA**

**FORTALEZA – CEARÁ**

**2004**

INSTRUMENTOS DO PSICÓLOGO ESCOLAR PARA AVALIAÇÃO DA  
DEPRESSÃO NA ADOLESCÊNCIA COMO CAUSA DE QUEDA DO  
RENDIMENTO ACADÊMICO

ELOÍSA SALGUEIRO FERNANDES E SILVA

MONOGRAFIA SUBMETIDA À COORDENAÇÃO DO CURSO DE  
ESPECIALIZAÇÃO EM AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA INTERVENTIVA NA  
SAÚDE E NA EDUCAÇÃO COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO  
DO GRAU DE ESPECIALISTA PELA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ.

FORTALEZA – 2004

Esta monografia foi submetida como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Especialista em Avaliação Psicológica Interventiva na Saúde e na Educação pela Universidade Federal do Ceará e

encontra-se à disposição dos interessados na Biblioteca Central da referida Universidade.

A citação de qualquer trecho desta monografia é permitida, desde que seja feita de conformidade com as normas da ética científica.

---

Eloísa Salgueiro Fernandes e Silva

MONOGRAFIA APROVADA EM: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Helena Cláudia Frota de Holanda  
Orientadora

## RESUMO

Este trabalho foi realizado como pré requisito para a conclusão do curso de especialização dos alunos do curso de pós-graduação em Avaliação Psicológica Interventiva na Saúde e na Educação da Universidade Federal do Ceará, no ano de dois mil e quatro, tendo como objetivo verificar quais os instrumentos mais adequados para avaliação psicológica interventiva da depressão no adolescente utilizados pelo psicólogo escolar. Através de revisão bibliográfica, a pesquisa visou identificar os sintomas que sugerem o quadro da depressão na adolescência, os critérios de avaliação no ambiente escolar e os instrumentos mais adequados a serem aplicados nesta ocasião e circunstância. Os autores mais utilizados e que foram considerados os principais alicerces teóricos para esta monografia foram, Bee (1981), Tiba (1986; 1994), Salomon (2000), Ballone (2003), Cunha (2002), Moreno & Moreno (2000) entre outros.

Os dados colhidos e analisados, orientam que a depressão na adolescência não é de fácil identificação, pois se confunde com características próprias desta fase da longevidade humana. Também foi possível verificar que o índice desta doença em crianças e adolescentes vem crescendo entre a população desta faixa etária e que a necessidade de diagnóstico precoce evita não só maior sofrimento psíquico ao indivíduo como impede prejuízos mais graves em seu rendimento escolar e qualidade de vida em geral. Também foi possível identificar que para se avaliar psicologicamente no ambiente escolar é necessário se ater a cuidados para não se agravar o quadro do aluno em questão, tendo como objetivo apenas realizar um encaminhamento adequado para o caso. Os instrumentos mais adequados seriam as entrevistas com as partes envolvidas (escola, família e aluno), e aplicação de testes geralmente utilizados em instituições que são divididos em os de “auto-avaliação” e “avaliação do observador”.

## SUMÁRIO

Introdução.....	06
1. Adolescência Como Fase da Longevidade que Emerge a Depressão.....	09
1.1 Adolescência: um processo de desenvolvimento e transição .....	09
1.1.1 A puberdade: desenvolvimento e mudanças do corpo .....	09
1.1.2 Adolescência e suas transformações cognitivas .....	11
1.1.3 Aspectos psicossociais da adolescência.....	15
2. Depressão.....	19
2.1 Depressão na adolescência.....	24
2.2 A depressão X rendimento escolar.....	27
3. Análise e Estudo de Caso.....	30
4. Instrumentos do Psicólogo Escolar na Avaliação Interventiva da Depressão em Adolescentes.....	41
5. Conclusão.....	47
6. Referências bibliográficas.....	49

## INTRODUÇÃO

Durante a prática profissional do psicólogo escolar de instituições de ensino fundamental e médio, particular de nível socioeconômico da classe média, uma das principais queixas é a queda do rendimento escolar. Entende-se por queda do rendimento escolar aquele (a) aluno (a) que anteriormente vinha com um rendimento satisfatório em sua aprendizagem e a partir de determinado momento este desempenho escolar apresenta uma queda significativa, sugerindo prejuízo no aproveitamento do processo ensino aprendizagem. Tal fenômeno chama a atenção das coordenações pedagógicas, professores, pais, e/ou do próprio aluno.

A partir desta situação problema, surgiu a inquietação desta profissional no sentido de se identificar quais seriam as causas que justifiquem o retraimento da aprendizagem e conseqüentemente desempenho destes alunos.

A literatura e a experiência profissional revelam que vários são os motivos que podem provocar a queda do rendimento escolar do aluno, como: mudança de escola, dificuldade de relacionamento com professor ou colegas, problemas de saúde física ou mental do aluno ou de familiares próximos, desavenças familiares, luto familiar, entre outros, porém algumas características que sugerem a presença de um quadro de depressão associado ao baixo rendimento escolar vêm se apresentando em número crescente. A psicóloga e mestra em psicologia Cruviel (2003) pode constatar em sua dissertação de mestrado, que cerca de 3,55% dos alunos apresentam sintomas de depressão e que há uma correlação entre depressão e baixo rendimento escolar. Foi também observado que tal fenômeno era em maior número entre os alunos da faixa etária entre 11 e 16 anos. Idade que compreende a adolescência e que a autora Bee (1986, p.493) define como sendo:

*“...a fase que marca a transição entre a infância e a vida adulta e se caracteriza por uma série de mudanças físicas, cognitivas e psicológicas”.*

Fisicamente neste período do desenvolvimento humano uma série de hormônios passam a serem secretados no organismo do indivíduo para assim desenvolver as características sexuais secundárias, tais hormônios e mudanças provocam também a instabilidade emocional.

*“O surgimento de caracteres sexuais secundárias geralmente leva a confusão emocional. A pesquisa corrente está dirigida a retratar o estabelecimento de sintomas depressivos”* afirma Salomon (2002, p. 174).

A sociedade contribui com estes conflitos internos uma vez que, cobra e espera do sujeito neste momento de sua vida uma postura diferenciada quanto a sua responsabilidade com o outro e consigo mesmo, capacidade de tomada de decisão, como por exemplo, à escolha sobre sua opção profissional, iniciação dos relacionamentos afetivos-sexuais, ter compreensão de seus deveres

políticos e judiciais, entre outras que podem ilustrar esta fase de transição e de tantas mudanças.

Cognitivamente, segundo a evolução proposta na teoria de Piaget, o pensamento evolui do período “operatório concreto” para o “Abstrato ou Operações Formais”, que é bem mais elaborado e complexo que o sistema de raciocínio anterior.

*“Neste período, ocorre à passagem do pensamento formal, abstrato, isto é, o adolescente realiza as operações no plano das idéias sem necessitar de manipulação ou referências concretas como no período anterior. É capaz de lidar com conceitos como liberdade e justiça, etc”* expõe Bock et al. (1999, p. 105)

O adolescente demonstra estas mudanças em seu comportamento, e será neste aspecto, o psicológico, que este trabalho se propõe a abordar. Nestes momentos de grandes transições os indivíduos se tornam mais sucessíveis ao surgimento de psicopatologias que estejam latentes. Assim descreve o Manual de Psiquiatria Kolb (1977, p. 358)

*”Os pontos críticos no desenvolvimento da adolescência, idade madura e senilidade trazem consigo não apenas alterações físicas, mas também novos problemas psicológicos. O rápido aumento das psicopatologias na adolescência é devido á muitas causas. Um dos pontos é o novo problema de integração do sexo no padrão de personalidade. Também existem problemas sociais e de emprego, ao lado dos trazidos pela emancipação dos pais”.*

Diante desta situação acima apresentada, esta monografia tem o propósito de responder as seguintes questões:

- Quais são as recomendações para diagnosticar a depressão na adolescência?
- Quais os critérios utilizados para realizar o psicodiagnóstico de depressão no ambiente escolar?
- Quais seriam os instrumentos técnicos possíveis e mais adequados para o profissional da psicologia escolar utilizar e assim realizar este psicodiagnóstico?

Salomon (2002, p. 173) constata que:

*“A necessidade de intervenções no princípio e terapias preventivas são evidentes. Pais devem estar vigilantes para o desinteresse, perturbações no apetite e no sono, e comportamento autocrítico; crianças e adolescentes que mostram tais sinais de depressão devem ser levadas para uma avaliação profissional”.*

Ao se realizar uma avaliação na escola que observa estes sintomas é possível fazer o encaminhamento para o atendimento profissional clínico o mais cedo possível e assim evitar que outros prejuízos para vida e personalidade do aluno se enraízem, além do já instalado baixo rendimento escolar.

A presente monografia será composta de cinco capítulos acrescidos da conclusão e referências bibliográficas. O primeiro capítulo título: “Adolescência como fase da longevidade que emerge a depressão” nele será apresentado o processo de desenvolvimento do indivíduo nesta fase de sua vida nos aspectos físicos, cognitivos e psicológicos sociais buscando mapear esta fase aqui delimitada neste estudo. O objetivo é encontrar as possíveis implicações que sugerem favorecer o aparecimento da depressão nos indivíduos com pré-disposição para desencadear um quadro depressivo. O segundo capítulo será sobre a depressão, neste capítulo o estudo apresentará definições desta psicopatologia ou até mesmo tipo de personalidade, assim como seus principais sintomas e características na adolescência. Neste capítulo pretende-se encontrar através da pesquisa bibliográfica, parte das respostas para os dois primeiros questionamentos deste presente trabalho. Ao subtítulo: “A depressão X rendimento escolar” será explorada a consequência de um quadro depressivo ao rendimento escolar dos adolescentes, configurando-se a principal queixa que possa levantar a suspeita do psicólogo escolar e justificando o interesse por esta monografia. Poderemos constatar também a escassez de estudos específicos sobre o assunto o que mais uma vez legitima esta pesquisa. O terceiro capítulo se constituirá da apresentação de dois casos ilustrativos que representam o cotidiano e que justificam o estudo deste tema. No quarto capítulo apresentaremos as sugestões de diversos instrumentos recomendados pela literatura técnica da área para a avaliação da depressão como causa da queda no rendimento escolar. A conclusão encerra o presente estudo e pretende responder as questões anteriormente formuladas de forma sintetizada e objetiva.

Todo estudo estará fundamentado em uma revisão bibliográfica, de diversos autores que sejam referência nos temas de cada capítulo acima descrito.

# 1. ADOLESCÊNCIA COMO FASE DA LONGEVIDADE QUE EMERGE A DEPRESSÃO

## 1.1 Adolescência: um processo de desenvolvimento e transição.

A adolescência seria o período que marca a transição entre a infância e a vida adulta. Como tudo que implica em transição, umas séries de mudanças ocorrem tanto a nível físico, cognitivo e conseqüentemente comportamental destes indivíduos.

Autores de diferentes formações se dedicaram a estudar e escrever sobre este período da longevidade humana. Tiba (1986, p. 37) assim a descreve:

*“A palavra “adolescere” vem do latim e significa crescer, engrossar, tornar-se maior, atingir a maioridade. Nos seres vivos, os humanos são os únicos que vivem a adolescência como uma importante etapa do desenvolvimento. Esta é uma das etapas em que o ser humano sofre as maiores modificações no seu processo vital, do nascimento á morte. .... Adolescente é um ser humano em crescimento, em evolução para atingir a maturidade biopsicossocial.”*

Portanto são vários os aspectos que estão preparando o indivíduo para se tornar um adulto.

### 1.1.1 A Puberdade: desenvolvimento e mudanças no corpo

Existem diferenças nas definições de puberdade e adolescência, embora muitos pensem que sejam termos sinônimos. Puberdade seria o início das transformações físicas, do funcionamento e das características do corpo dos indivíduos, principalmente no que se refere aos caracteres sexuais secundários. Nas meninas tais transformações são notadas em torno dos 11 anos de idade cronológica e se estendem até por volta dos 14 anos. Nos meninos em geral se inicia por volta dos 12 para 13 anos e vai até aos 15 anos. É importante ressaltar que cada indivíduo tem seu processo em um ritmo próprio e estas faixas etárias aqui expostas representam uma média.

Neste momento são os hormônios que estarão regendo as transformações. Em nosso sistema nervoso central, teremos como papéis principais neste processo de transformação o Hipotálamo e a Hipófise.

O Hipotálamo é a região do cérebro que possui o formato de uma cereja, situada atrás dos olhos e que controla a secreção de hormônios, entre outras funções importantes. A hipófise é uma glândula no formato de uma ervilha localizada na base do crânio, abaixo do hipotálamo. Ela secreta os hormônios que promovem o amadurecimento das glândulas sexuais e seu posterior

funcionamento. São eles: o hormônio folículo-estimulante (FSH) e o hormônio luteinizante (LH).

As glândulas sexuais também chamadas de gônadas são:

- No homem, os dois testículos que produzem testosterona;
- Na mulher, os dois ovários que fabricam estrógeno e progesterona, hormônios que comandam o ciclo menstrual.

A testosterona e o estrógeno são responsáveis pelo aparecimento das características sexuais secundárias, que conferem respectivamente status de homem ou mulher no indivíduo.

“Em conjunto, o hipotálamo, a hipófise e as gônadas coordenam todos os acontecimentos da puberdade. Os ritmos destes eventos variam de uma pessoa para outra pessoa, assim como sua seqüência e também tempo de passagem de uma fase para outra. Fatores genéticos (o que herdamos de nossos pais) e ambientais, como alimentação e doenças, determinam essas variações individuais”. *Gherpelli et al. (2000, p. 27)*.

Nos indivíduos do sexo feminino umas séries de mudanças físicas podem ser observadas, para citar as principais relacionamos:

- Menarca, (primeira menstruação);
- Surgimento dos seios;
- Estirão; (crescimento na estatura em curto espaço de tempo);
- Alargamento dos quadris, o corpo toma contornos femininos;
- Aparecimento de acnes; (espinhas e cravos);
- Mudança sutil na tonalidade de voz; (tornando-se levemente mais graves);
- Crescimento de pêlos pubianos e nas axilas.

Nos meninos por sua vez podemos relacionar:

- Semenarca; (primeira ejaculação);
- Crescimento dos pêlos nas axilas, púbis, peito e barba, engrossam e se avolumam os pêlos dos braços e pernas;
- Surgimento de acnes;
- Alargamento dos ombros, ganho e definição da massa muscular;
- Mudança no tom de voz se tornando notoriamente mais grave;
- Estirão;
- Polução noturna; (ejaculação involuntária durante o sono).

Este intenso processo de mudança e descargas de hormônios podem trazer uma série de reações nos adolescentes. Sua labilidade fica mais frágil. Coloca Gherpelli (2000, p. 34):

*“Mudanças causam ansiedade e expectativa, exigem preparo, incentivo. O púbere vê-se frente a um corpo diferente e tem novos e estimulantes pensamentos. A cada dia, um pêlo novo, um centímetro a mais aqui e ali. Brotam sensações, rubores, elevações incontroladas, que carregam as idéias para lugares antes desconhecidos. Esta fase é chamada por alguns estudiosos de **confusão pubertária**.”*

O conflito surge aqui, quando o sujeito se percebe frente a posições contraditórias. Ele é, ao mesmo tempo meio criança e meio adulto.

*“Essa distonia entre o corpo e a aspiração pode desencadear sérias dificuldades de adaptação, uma baixa auto-estima, uma falta de aceitação pessoal, resultando em problemas depressivos, anoréticos, obsessivos-compulsivos”*. Ballone (www.psiqweb.med.br, 14/10/2003)

O mesmo autor continua:

*“De modo geral os adolescentes se deparam com várias situações novas, e pressões sociais, favorecendo condições próprias para apresentarem flutuações de humor e mudanças expressivas no comportamento. Alguns, entretanto mais sensíveis e sentimentais, podem desenvolver quadros francamente depressivos com notáveis sintomas de descontentamento, confusão, solidão, incompreensão e atitudes de rebeldia”*.

Podemos então perceber que para aqueles que possuem uma predisposição para a depressão, seja hereditária ou da constituição de sua personalidade ou ainda causada por fatores externos podem vir a se apresentar neste período em que fatores biológicos universais, que se caracterizam pelas modificações visíveis e hormonais, favorecendo a emersão dos sintomas depressivos.

### **1.1.2 Adolescência e suas transformações cognitivas**

No aspecto cognitivo podemos também observar que esta fase do desenvolvimento humano traz grandes transformações que influenciam inclusive na compreensão do mundo e de seus valores. Através dos princípios de Jean Piaget, que poderíamos considerar um dos teóricos que estudou e mapeou nosso processo de desenvolvimento cognitivo, podemos esclarecer estas transformações.

Para Piaget (1973) todas as crianças nascem com certas estratégias para interagir com o ambiente, através principalmente de seus cinco sentidos: tato, olfato, paladar, audição e visão. Estas estratégias primitivas seriam à base do desenvolvimento do raciocínio humano. A criança interage com o ambiente por meio destas estratégias básicas (sugar, degustar, apreender objetos), e

conseguem assim obter diferentes resultados do ambiente nestes encontros. Aos poucos o repertório da criança se aprimora, assim como seu autocontrole corporal. Em processo evolutivo suas ações serão cada vez menos instintivas e mais planejadas e voluntárias. As crianças através de suas experiências junto ao ambiente podem perceber que os objetos que manipulam e convivem, podem ser constantes, podem ser agrupados e classificados, que as coisas podem ser somadas e subtraídas, entre outras constatações intelectuais. Existe ainda, segundo este autor uma seqüência lógica e rígida para cada compreensão e conseqüente evolução intelectual. Esta seqüência ocorre lentamente ao longo da vida de cada um e o ambiente em que vivem afetam este ritmo. Piaget deu a cada uma destas fases uma terminologia para que representassem as características, que compõem cada uma destas etapas. Nos primeiros anos onde os instintos comandam sua interação e compreensão do mundo nomeou de “período sensoriomotor” e representa em média os indivíduos de zero a dois anos. Dos dois aos seis anos define como sendo o “período pré-operacional”, seria quando a criança inicia a possibilidade de representar um objeto ou ação por algum tipo de símbolo interno e também entendem a constância dos objetos, a reversibilidade e algumas classificações entre outras habilidades mentais. A próxima fase seria a que compreende dos seis aos doze anos chamados de “período das operações concretas”, é o momento em que operações mentais mais complexas se tornam possíveis como adicionar, subtrair, classificar, seriar e relacionar uma coisa com a outra, compreendendo ainda a reversibilidade destas operações, porém tais operações ainda estão relacionadas com as vivências da criança, sem a capacidade de pensar ou imaginar coisas que ainda não tenha experimentado. O último estágio de desenvolvimento estudado e definido por Piaget é o “período das operações formais” que se inicia durante a adolescência e continua a se desenvolver por todo o início da vida adulta, portanto inicia-se a partir dos doze anos.

Enquanto no período anterior, das operações concretas, houve progressos notáveis, apresenta por outro lado algumas limitações que serão nesta fase superadas. A principal delas se refere a ser capaz de realizar esquemas conceituais ou operações mentais sem ter a necessidade destes existirem na realidade.

*“Na adolescência, esta limitação deixa de existir, e o sujeito será então capaz de formar esquemas conceituais abstratos (conceituar termos como amor, fantasia, justiça, democracia) e realizar com eles operações mentais que seguem os princípios da lógica formal, o que lhe dará, sem dúvida, uma riqueza imensa em termos de conteúdo e de flexibilidade do pensamento”.* Rappaport (1981, p. 74)

Neste momento o pensamento sobre as idéias toma uma forma mais flexível e diversificada. O indivíduo é capaz de manipular seus pensamentos utilizando-se de capacidades complexas. A primeira característica a ser observada que se modifica é ser capaz de compreender aquilo que ainda não experimentou ou viu no mundo real. Tem agora a possibilidade de imaginar ocorrências que

ainda não vivenciou. Seria como ao ver apenas um pedaço de uma história e pudesse imaginar como se chegou até aquele desfecho, ou ainda sem manipular objetos que propõem um determinado problema, identifique a resposta correta, fazendo o exercício da classificação por exemplo, apenas mentalmente e organizar seu raciocínio de forma lógica.

Outra característica que o auxilia para solucionar questões é a capacidade que passa a possuir no que implica em testar apenas mentalmente várias possibilidades ou alternativas para resolver a questão, e encontrar a correta sem que para isso seja necessário executá-la na prática, pois pode antever o que seria lógico ou não de se alcançar com determinadas soluções.

*“Portanto, outra importante característica do estágio das operações formais é que o indivíduo se torna capaz de pesquisar, sistematicamente e metodicamente a solução de um problema”* Bee (1986, p. 274).

A conquista subsequente a esta acima descrita é não só conseguir encontrar mentalmente a solução de um problema, mas também ser capaz de envolver diversos fatores que atuem juntamente no resultado do problema. Como exemplo se costuma citar uma clássica prova piagetiana: o pêndulo. Entregasse a um jovem um pedaço de cordão e um conjunto de diferentes pesos, que deveriam ser utilizados como pêndulos ao serem amarrados em uma das extremidades do cordão. Então se mostra como realizar o movimento pendular em diferentes velocidades e a questão lançada é: qual dos quatro fatores (comprimento do cordão, peso do objeto, força aplicada ao movimento e altura entre a extremidade do cordão onde está pendurado o pêndulo e a outra fixa) ou seria a combinação destes fatores que determina a velocidade de oscilação do pêndulo. O adolescente mentalmente é capaz de identificar que alterando somente um dos fatores de cada vez, poderá obter a resposta correta. Uma criança ainda nas operações concretas fará aleatoriamente uma série de combinações entre peso, comprimento e velocidade sem seguir lógica alguma, somente o acaso. Piaget (1979) chamou esta habilidade do pensamento no período das operações formais de: *propriedade combinatória do pensamento operacional formal*.

A *lógica dedutiva* é mais uma mudança ocorrida neste período. A criança tem o raciocínio indutivo, ou seja, raciocina do particular para o geral, ou ainda de experiências vividas para chegar a uma conclusão. Já o raciocínio dedutivo o indivíduo pode sair do geral para o particular, sendo este um raciocínio mais difícil. Por exemplo: “se todos os filhos de minha mãe são meus irmãos e João nasceu de minha mãe então ele é meu irmão”.

*“Durante as operações concretas, ficamos livres de nossas próprias perspectivas estreitas. Durante as operações formais ficamos livres de nossa dependência de experiências específicas. Ao tirar conclusões de princípios gerais podemos imaginar coisas que nunca vimos”*. Bee, (1986, p. 276).

Tais capacidades se tornam possíveis pela interação de algumas variantes. A primeira delas, seria o amadurecimento neurológico que acompanha a puberdade. Enquanto o corpo transforma-se principalmente e visivelmente quanto às características sexuais secundárias, mudanças do sistema nervoso central estão também sendo atingidos promovendo um desenvolvimento das habilidades cognitivas do indivíduo. Em segundo lugar as questões ambientais. Pesquisas científicas em vários países apontam para este sentido. A depender do ambiente em que o sujeito se encontra, assim como a influência da cultura e se recebeu ou não educação formal, pode observar diferentes níveis de desenvolvimento das operações formais nos jovens, podendo acelerar ou retardar este processo. Em terceiro lugar está as experiências com objetos. Crianças que tiveram poucas experiências em manipular diferentes objetos, talvez nunca venha a desenvolver ou utilizar o raciocínio complexo das operações formais. E finalmente as atividades da própria criança. Neimark (1975) estudou as relações entre estilos de raciocínio e verificou que podemos classificar em dois tipos básicos os reflexivos e os impulsivos. O primeiro é mais lento para responder, mas geralmente acerta. Já o segundo responde de forma ágil, porém geralmente incorretas. Ela verificou que aqueles que utilizam o tipo reflexivo tendem a utilizar mais o raciocínio operatório formal do que as que são de atitude impulsiva. Concluindo a autora Hellen Bee afirma:

*“A fim de que as operações formais se desenvolvam, a criança deve provavelmente atingir certo ponto no seu desenvolvimento neurológico, estar num ambiente favorável, ter oportunidade de trabalhar com materiais apropriados e ter um estilo cognitivo pessoal que encoraje a previsão e o planejamento”.* Bee (1986, p. 280).

O pensamento abstrato pode ser percebido mais nitidamente nos alunos durante sua evolução dos ciclos escolares. Até o término do primeiro ciclo do ensino fundamental que vai de 1ª a 4ª séries, o nível exigido para compreensão e apreensão do conteúdo das matérias é necessária à aplicação apenas do pensamento concreto e o que não for compreendido pode ser decorado. Já na 5ª série, se faz necessário o uso do pensamento formal para se compreender as equações matemáticas ou regras gramaticais da língua portuguesa, há a necessidade do raciocínio lógico, hipotético e abstrato, generalização, sintetização, já que o nível exigido é esse.

No entanto, isso não quer dizer que aqueles que não atingirem tais capacidades estejam culturalmente ou intelectualmente deficientes. Alguns teóricos sugerem que esta é uma forma equivocada de se analisar as diferenças. Nesta perspectiva o pensamento *maduro*, é a aceitação de que algumas coisas podem ser tanto verdadeiras como não verdadeiras. Rigel (1973) usava a palavra “dialética”, emprestada da filosofia, para descrever um estado de coisas contraditórias. Ele sugere que em lugar de resolver as contradições à criança precisa aprender a aceitá-las.

*“Às vezes, o pensamento abstrato é usado para se defender em situações reais conflitivas. Diante de um problema afetivo, o adolescente pode começar a imaginar situações onde ele é benquisto, a fantasiar histórias em que ele é bem amado, a criar situações que super-compensem a sua realidade frustrante”. Tiba (1986, p. 47).*

Porém aqueles indivíduos que encontram uma estrutura depressiva e conseqüentemente com dificuldades para se adaptar a mudanças ou ainda aceitar diferenças, este seria mais um fator desencadeante. A partir do momento que o conceito de idéias abstratas como medo, paixão, justiça, rejeição, passam a fazer sentido e desperta questionamentos como vimos, próprios desta fase da longevidade do ser humano, mais uma vez se encontra um campo fértil para se desencadear a depressão.

### **1.1.3 Aspectos psicossociais da adolescência**

Podemos dizer que a adolescência seria um novo parto. As mudanças ocorridas durante este período descritas anteriormente influenciam direta ou indiretamente o indivíduo como um todo. Os aspectos psicológicos e a forma como o mundo externo passa a lidar com ele também provocam transformações mútuas, ou seja, mudanças tanto no adolescente quanto no ambiente em que e com quem convive. Neste momento em que um novo corpo se apresenta e uma capacidade de reflexão muito mais apurada se estabelece, o jovem é capaz de iniciar um questionamento sobre seus valores, hábitos, opiniões, realizando assim o nascimento de sua identidade. Anteriormente o que pensava e como julgava as coisas a sua volta estavam refletindo a opinião das figuras de autoridade com quem convivia, geralmente representadas pelas figuras que exercem o papel de pai e mãe em sua história de vida. Agora não mais apenas repete o que estes representantes de autoridade e educadores lhe ensinaram dizendo ser certo ou errado. O adolescente questiona e busca uma opinião própria sobre si mesmo e os acontecimentos em seu ambiente. Todo esse movimento de questionamento significa que está em franco desenvolvimento sua identidade, ou seja, sua forma única de ser e pensar sobre si e o mundo. Assim descreve o autor citado abaixo:

*“Com o pensamento em expansão, o confuso pubertário sente suas primeiras modificações corporais e passa a perceber muito mais seu ambiente. Mesmo que nesse ambiente nada se modifique de fato, a percepção aguçada o torna mais rico em elementos”. Tiba (1994, p.30).*

Muitos pais interpretam este fenômeno como mera desobediência, e neste instante se formam conflitos freqüentes entre estes. Porém estes conflitos também fazem, parte do processo de amadurecimento, pois é exatamente quando discorda e debate suas idéias com seus pais, que os adolescentes estão construindo e exercitando sua forma de ser e pensar sobre tudo partindo de valores e princípios próprios.

A perspectiva de vida que se apresenta com o crescimento irá fazer com que a criança encarar de forma positiva ou negativamente, o fato de se tornar um adolescente. Ocorre como que um encadeamento de comportamentos que se apresentam ao longo do tempo e que se acentuam algumas características nos períodos, entre a infância e a adolescência e entre a adolescência e a vida adulta.

A realidade social, cultural, política, econômica e até aspectos biológicos podem influenciar, porém há uma dinâmica característica em sua essência que permanece. O adolescente passa a perceber que passou a fazer parte do mundo de maneira diferente, como coloca Gherpelli et al. (2000; p. 34):

*“Ele adentra para um mundo de relações novas, onde passa a perceber a realidade de maneira diferente, assim como passa a ser tratado e exigido de maneira diferente. Não é mais criança, ainda não é adulto. Ele deverá treinar suas novas habilidades e pôr em prática suas idéias, mesmo que sejam apenas em discussão. Quer ser ouvido e respeitado”.*

Temos como principais características que marcam as mudanças comportamentais no adolescente:

- Contestação dos valores da família e da sociedade;
- Supervalorização do convívio social (a turma, os amigos) em detrimento do convívio com a família;
- Oscilação do humor: excesso de alegria, depressão, agressividade;
- Onipotência juvenil: acredita ser o dono da verdade e que com ele nada de ruim acontece;
- Afirmação da identidade sexual;
- Os relacionamentos se tornam afetivos-sexuais;
- Os relacionamentos são a princípio folgassas (“ficar” ao invés de namorar), depois tendem a evoluir gradativamente para namoros mais permanentes e maduros;
- Conflito entre ser aceita pelo grupo e para isso tenta ser igual à maioria, no entanto busca se diferenciar dos valores convencionais da sociedade.

Quando uma criança nasce, suas primeiras relações são estabelecidas com as figuras materna e paterna e com o passar do tempo com demais integrantes de sua família. É a partir destas relações que o indivíduo vai construindo sua personalidade, ou seja, do confronto entre aquilo que o indivíduo já tem determinado filogeneticamente com sua relação com o outro. No princípio, a criança incorpora o pai e a mãe de forma passiva adaptando-se a psicodinâmica de cada família, principalmente quando se sente amada, aceita e protegida por estas figuras. Quando este vínculo é forte e seguro (a criança sente-se amada protegida e aceita), tende a formar uma personalidade saudável, com ferramentas internas necessárias para enfrentar possíveis dificuldades e frustrações na sua vida, com maior capacidade de enfrentá-las e

superá-las adequadamente como afirma a Teoria do Apego de J. Balby (1990). O psiquiatra e autor Tiba (1986; p.38) coloca: “*A matriz da identidade da criança é basicamente a continuidade personificada da psicodinâmica familiar*”.

É baseado neste vínculo, que a criança se sente capaz de se desenvolver de forma saudável e se arriscar aos poucos a novas descobertas no mundo onde vive. A cada descoberta, vai ao longo do tempo construindo sua independência e autoconfiança. É neste período em que não estranha às pessoas de que desfruta pouco convívio, é o momento em que passam a suportar ficar um maior espaço de tempo longe dos pais. Nesta ocasião do desenvolvimento infantil que os filhos não se opõem a saírem com os pais para realizarem seus programas familiares, como ir à casa dos avós, dos amigos dos pais, restaurantes de preferência dos pais, aniversários de crianças que não conhecem direito, mas são filhos dos amigos de seus pais e passeios familiares em geral. Com o passar do tempo e dentro de uma certa evolução, a criança passa a constituir seu próprio grupo de amizade e conseqüentemente de programas de lazer. Quanto mais seguras as crianças se sentirem, maiores serão suas conquistas no meio social.

Com a chegada da adolescência à dinâmica familiar sofre uma mudança considerável. Neste momento, os jovens já estão com suas vontades próprias instaladas, assim como, seu grupo social formado, e estão dotados de recursos pessoais para realizarem suas escolhas. Situações que antes eram engraçadas e divertidas tornam-se enfadonhas, o que antes lhes parecia interessante agora não despertam mais sua curiosidade, como, por exemplo, ir à casa dos amigos dos pais, visitar os tios e/ou avós nos fins de semana. Enriquecidos com a capacidade do raciocínio formal, ampliam sua percepção do ambiente se tornando críticos e para muitos inclusive, em demasia (para os pais principalmente). Passam então a questionar os poderes, valores e normas do convívio doméstico. É esperado também que passem além de questionar os conceitos da família, que anteriormente conviviam em harmonia, quererem escolher os próprios caminhos, realizarem suas próprias escolhas e acreditam estarem preparados para enfrentar as conseqüências que com muita freqüência, não são bem calculadas pela falta de experiência e sentimento do que estudiosos desta etapa do desenvolvimento psicológico humano chamam de: “onipotência juvenil”. A intensidade destes momentos de conflito vão depender não só das características pessoais de cada um, como também e principalmente da convivência familiar e da qualidade dos relacionamentos parentais, estabelecido ao longo de todo o crescimento e desenvolvimento do adolescente, de sua infância até este período de transição e mudanças aparentes.

As oscilações de humor são freqüentes e nos meninos apresentam-se mais sob a forma de explosões de agressividade, ciúmes de animais de estimação, pessoas e objetos e baixa tolerância geralmente com as pessoas mais próximas e de sua família (pais e irmãos).

Já nas meninas costuma ser mais comum crise de choro, sem um motivo proporcional ao repertório de lágrimas, alternando-se com acessos de risos ou

estrema excitação e/ou ansiedade. Um alto nível de irritabilidade também é esperado no sexo feminino. Os hormônios alternando-se e sendo injetados em grandes quantidades neste período, são em parte responsáveis por estas oscilações de humor.

Nestas explosões o adolescente mostra-se como se fosse o dono da verdade, capaz de qualquer proeza, muito perspicaz, irônico e acreditando ser dotado de uma inteligência invejável. Sente-se pronto para enfrentar qualquer situação. Tiba (1994; p. 81- 82) descreve assim esta característica:

*“...a onipotência juvenil aparece como uma ‘mania de Deus’. O jovem dessa fase é ousado, arrogante, impetuoso e impulsivo. De toda a vida esta é a etapa em que mais prevalece a certeza de que o potencial do ser humano não tem limites.”*

Os problemas começam quando ele conclui que, de tanto poder tudo, nada de ruim vai lhe acontecer. O término dessa onipotência é dependente de sua estrutura psicológica é uma questão de maturação. Quando mais saudável for, menos onipotente o jovem precisa ser, pois aprende a lidar melhor com suas frustrações e incapacidades.

No entanto, uma certa baixa resistência à frustração, é marcante entre os adolescentes, principalmente entre os que têm a característica da onipotência juvenil muito acentuada, o que pode favorecer o surgimento de quadros depressivos revela o autor Tiba (1994). Para o autor os quadros de depressão, podem se apresentar através de comportamentos excessivamente agressivos, isolamento, timidez acentuada ou até mesmo o envolvimento com drogas lícitas (álcool) ou ilícitas (ecstasy, maconha, cocaína, crack, entre outros). Estes comportamentos estão revelando atitudes auto-agressivas, que demonstram na verdade, não estarem sendo capazes de lidar com os limites humanos e de frustrações inerentes à convivência em grupo que a vida impõe a todos.

As mudanças físicas trazendo uma série de alterações em seu corpo e principalmente, revelando a afloração da sexualidade compartilhada com o outro e consigo mesmo, trazem consequências no comportamento do adolescente. O Comitê sobre Adolescência do Grupo para o Adiantamento da Psiquiatria dos Estados Unidos (1990) descrevem que cada modificação trazida pela ação dos hormônios, desencadeia uma série de emoções, sensações e sentimentos no jovem. Para estes as espinhas, por exemplo, trazem com frequência a aflição. As alterações de peso, altura, causam no adolescente uma excessiva preocupação com o corpo e necessidade de corresponder aos parâmetros de beleza impostos pela sociedade. Assim descrevem no artigo acima citado:

*“Os adolescentes tendem a experimentar a ansiedade de maneira intensíssima....As forças instituais básicas recebem considerável ímpeto das mudanças fisiológicas da puberdade. Os adolescentes, assim inclinam-se a agir impulsivamente de inúmeras maneiras, muitas das quais parecerão patológicas”.*

Neste caso podemos entender que se torna um momento extremamente favorável para que se desencadeie um processo de distúrbios psicológicos, como a depressão.

## 2. DEPRESSÃO

O termo depressão possui diversos significados, atualmente. Muitos nomeiam uma reação natural e esperada diante de problemas do cotidiano como um estado de depressão. Na verdade, este seria um estado de tristeza, reação emocional adequada nos indivíduos que se submeteram a algum problema, decepção ou perda recentemente. A depressão é algo mais, é uma doença prevista no CID – 10 ([www.datasus.gov.br/cid10](http://www.datasus.gov.br/cid10) - 10/01/2004) que a descreve da seguinte forma:

*“Nos episódios típicos de cada um dos três graus de depressão: leve, moderado ou grave, o paciente apresenta um rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Existe alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral à fadiga importante, mesmo após um esforço mínimo. Observam-se em geral problemas do sono e diminuição do apetite. Existe quase sempre uma diminuição da auto-estima e da autoconfiança e freqüentemente idéias de culpabilidade e ou de indignidade, mesmo nas formas leves. O humor depressivo varia pouco de dia para dia ou segundo as circunstâncias e pode se acompanhar de sintomas ditos somáticos, por exemplo, perda de interesse ou prazer, despertar matinal precoce, várias horas antes da hora habitual de despertar, agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora importante, agitação, perda de apetite, perda de peso e perda da libido.”*

*O número e a gravidade dos sintomas permitem determinar três graus de um episódio depressivo: leve, moderado e grave.*

*Inclui:*

*episódios isolados de (um) (uma)*

*· depressão*

*· psicogênica*

*· reativa*

*· reação depressiva*

*Exclui:*

*quando associados com transtornos de conduta em F91.- (F92.0)*

*transtornos (de):*

- adaptação (F43.2)*
- depressivo recorrente (F33.-)*

*F32.0 Episódio depressivo leve*

*Geralmente estão presentes ao menos dois ou três dos sintomas, citados anteriormente. O paciente usualmente sofre com a presença destes sintomas, mas provavelmente será capaz de desempenhar a maior parte das atividades.*

*F32.1 Episódio depressivo moderado.*

*Geralmente estão presentes quatro ou mais dos sintomas citados anteriormente e o paciente aparentemente, tem muita dificuldade para continuar a desempenhar as atividades de rotina.*

*F32.2 Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos*

*Episódio depressivo onde vários dos sintomas são marcantes angustiantes, tipicamente a perda da auto-estima e idéias de desvalia ou culpa. As idéias e os atos suicidas são comuns e observa-se em geral uma série de sintomas "somáticos".*

*Depressão:*

- agitada episódio único sem sintomas psicótico*
- maior episódio único sem sintomas psicóticos*
- vital episódio único sem sintomas psicóticos.*

*F32.3 Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos.*

*Episódio depressivo correspondente á descrição de um episódio depressivo grave (F32.2) mas acompanhado de alucinações, idéias delirantes, de uma lentidão psicomotora ou de estupor de uma gravidade tal que todas as atividades sociais normais tornam-se impossíveis; pode existir o risco de morrer por suicídio, de desidratação ou de desnutrição. As alucinações e os delírios podem não corresponder ao caráter dominante do distúrbio afetivo.*

*Episódios isolados de:*

- depressão*
- maior com sintomas psicóticos*
- psicótica*

*F32.8 Outros episódios depressivo*

*Depressão atípica*

*Episódios isolados de uma depressão "mascarada" SOE*

*F32.9 Episódio depressivo não especificado*

*Depressão SOE*

*Transtorno depressivo SOE"*

Neste sentido, depressão refere-se a um estado acima do esperado e por tempo demasiadamente longo em que o indivíduo experimenta, um importante sofrimento psicológico, associado a prejuízos em sua vida social, profissional e familiar.

Seus sintomas mais freqüentes segundo Cordás e Moreno (2001, p. 04) são:

- Dificuldade de planejar o futuro;*

- *Desesperança e incredulidade em si e na vida;*
- *Perda da capacidade de buscar e sentir prazer nas coisas;*
- *Incapacidade para solucionar problemas;*
- *Perda da capacidade de atenção, concentração e memorização;*
- *Desinteresse pelas tarefas cotidianas (desde higiene e cuidados pessoais, aos afazeres e responsabilidades profissionais ou acadêmicas e de lazer);*
- *Criação de doenças físicas inexistentes;*
- *Desejo e planejamento da própria morte;*
- *Prostração;*

Os mesmos autores ainda colocam que:

*“A intensidade dos sintomas pode variar bastante de paciente para paciente, desde quadros leves, com pequeno prejuízo cotidiano, até quadros depressivos graves, com alterações importantes na vida do paciente, como ter a certeza de que seu coração parou de bater ou a crença de que houve falência ou desintegração de órgãos internos de seu corpo, alterações reais e severas e de peso corporal (emagrecimento ou obesidade acentuados em curto espaço de tempo) ou até tentativas de suicídio”.*

Salomon, autor de romances renomados e sofredor de depressão grave, assim a descreve em seu livro premiado “O Demônio do Meio-Dia – Uma anatomia da Depressão” (2002, p.15)

*“A depressão é a solidão dentro de nós que se torna manifesta, e destrói não apenas a conexão com os outros, mas também a capacidade de estar apaziguadamente consigo mesmo”.*

A título de estudo, a depressão foi disposta em tipos que podem assim definir intensidades e possíveis origens da mesma.

Depressão Reativa: seriam aquelas depressões que surgem como resposta a uma determinada situação que provocou perdas, frustrações, aborrecimentos.

*“Trata-se, neste caso, de uma resposta íntima a determinados fatores vivenciais. Daí a denominação **Depressão Reativa**, ou seja, em reação a alguma coisa real acontecida, a uma maneira que pode ser casualmente relacionada àquela reação”* Ballone (www.psiqweb.med.br 5/11/2003) .

O autor alerta sobre a possibilidade de se confundir esta depressão com quadros de tristeza, que como já mencionados anteriormente é uma reação emocional normal, diante de situações desagradáveis vivenciadas. A depressão reativa, supera a tristeza por ser mais acentuada do que a tristeza e pelo tempo de duração que é superior ao esperado nestas

ocasiões. A tristeza não possui a tríade de inibição psíquica descrita pelo mesmo autor acima referido: - inibição psíquica, estreitamento de campo vivencial e sofrimento moral. É também comum nas depressões reativas, aparecer acompanhada de **Situações Anímicas**, que seria o sofrimento por aquilo que ainda não existe, nem existirá, por exemplo: sofrer demasiadamente pelo fato de vir a perder o emprego. O autor coloca ser pertinente entender que esta reação esta de certa forma arraigada, ou ainda atrelada á personalidade com disposição a alimentar uma necessidade de sofrimento, mesmo que não exista motivo para tal sentimento negativo. Para Ballone (2003, [www.psiqweb.med.br](http://www.psiqweb.med.br) 5/11/2003) temos casos de Depressão Reativa, procedentes de um temperamento francamente depressivo o que é denominado de **Sentimentos Vitais**.

*“São transtornos da afetividade emancipados dos elementos vivenciais quanto à casualidade. Isso não impede que sejam desencadeados por vivências traumáticas. Trata-se de uma Tonalidade Afetiva Básica Rebaixada e, evidentemente, tendendo a reagir sempre depressivamente à vida”.*

Depressão Exógena: quadros depressivos que são conseqüência de uma Tonalidade Afetiva Depressiva de Base, emprega-se mais comumente o termo Depressão Exógena, querendo definir que o surgimento da depressão apesar de vir à tona, através de situações de perda e frustração, depende ainda mais de fatores da personalidade da pessoa.

Depressão Endógena: seriam aquelas que o indivíduo também possui a tendência depressiva atrelada as suas personalidades, porém este não necessita de vivências traumáticas reais para desencadear a depressão.

Depressão Sazonal: pessoas que apresentam quadros depressivos durante dias nublados ou de chuva. Este tipo de depressão reage de forma positiva a “fototerapia”.

Outro critério para separar em tipos as depressões seria dividi-las entre depressão bipolar e unipolar, as de curta duração e longa duração. Estas duas últimas ficam óbvias de que estão se referindo ao tempo em que o paciente permanece padecendo dos sintomas da doença, já os dois primeiros se distinguiriam por:

Bipolar: seriam as depressões que são alternadas por momentos de “mania” ou euforia, levando o indivíduo de um pólo ao outro em curto espaço de tempo. São consideradas mais graves, pois a inversão extrema dos sintomas comuns a depressão, provocam tantos transtornos para o indivíduo e seus próximos quanto com o quadro depressivo. Estes casos considerados psicopatológicos graves devem ser tratados com medicação e acompanhamento psiquiátrico e/ou psicológico permanente e até se necessário, períodos de internação e orientação permanente a família de como conviver com este paciente.

Unipolar: o indivíduo apresenta a depressão sem depois invertê-la para quadros de euforia, ou seja, retoma certo equilíbrio de sua personalidade.

No entanto, os autores atuais se prendem menos a estas definições, pois todas revelam a tendência à depressão presente em sua personalidade. O que transforma estes indivíduos, menos resistentes a situações desagradáveis do cotidiano do que outros submetidos às mesmas dificuldades, problemas, perdas ou decepções? Ainda não se conseguiu uma resposta que traga conclusões seguras. Estudos de casos revelam que em geral a depressão surge não somente de um fator ou momento isolado na vida da pessoa, mas da intersecção entre a predisposição no temperamento do sujeito e a uma somatória de vivências passadas e presentes consideradas negativas e/ou desagradáveis para o paciente.

A causa exata da depressão permanece inserta, embora inúmeros estudos estão sendo desenvolvidos em busca de respostas. No site: [www.psicosite.com.br](http://www.psicosite.com.br) em 13/01/20004 encontra-se a seguinte citação:

*"A explicação mais provavelmente correta é o desequilíbrio bioquímico dos neurônios, responsáveis pelo controle do estado de humor. Esta afirmação baseia-se na comprovada eficácia dos antidepressivos. O fato de ser um desequilíbrio bioquímico, não exclui tratamentos não farmacológicos. O uso continuado da palavra pode levar a pessoa a obter uma compensação bioquímica.*

Conhecer as causas da depressão ajuda os deprimidos, seus amigos e sua família a entender quanto ela é dolorosa e por que não é possível "sair dela".

No cérebro humano existem mensageiros químicos chamados neurotransmissores.

Esses mensageiros ajudam a controlar as emoções. Os dois mensageiros principais são a *serotonina* e a *norepinefrina*. Os níveis destas substâncias aumentam ou diminuem, refletindo e provocando mudanças nas emoções do indivíduo.

Quando os neurotransmissores encontram-se "em equilíbrio", a emoção demonstrada é adequada e proporcional a situação positiva ou negativa vivida, caso contrário ocorre alterações, ou seja, reações contrárias às situações vivenciadas ou ainda reações desproporcionais, provocando abatimento ou euforia excessivas.

Quando alguém se encontra deprimido, constatou-se que os neurotransmissores encontram-se em desequilíbrio.

Isso significa que alguém pode se sentir triste quando deveria estar alegre. Ainda não está claro por que isso ocorre em algumas pessoas e não em outras, mas é freqüente tal fenômeno estar presente em pessoas da mesma família o que sugere influência do fator hereditário.

Quanto ao gênero, podemos observar que as mulheres possuem uma leve tendência maior a sofrer de depressão do que os homens.

Estudos realizados nos Estados Unidos concluíram que as mulheres sofrem de depressão, duas vezes mais que os homens enquanto adolescentes ou adultas, já na infância não há diferença entre os gêneros. Salomon (2002).

Acredita-se que se justifique este dado pelo fato das mulheres se submeterem a situações de maior pré-disposição ao desencadeamento da depressão como as: depressões pós-parto, pós-menstrual e a depressão da menopausa, onde fatores hormonais, psicológicos e sociais auxiliam para o seu surgimento. Quanto a prevalência pesquisas revelam que 5% da população sofre de depressão e que 10% a 20% vão sofrer em algum momento segundo informativo “depressão – Faz parte da Cura o Desejo de Ser Curado” Hospital da Escola Paulista de Medicina – Centro e Estudo e Atendimento das Doença Afetivas, 1999.

No mesmo “site” anteriormente mencionado, a Dr<sup>a</sup> Célia de Jesus Moraes relaciona os fatores de causa da depressão salvo os casos de perdas, decepções e frustrações vivenciadas pelo indivíduo:

- **“doenças físicas.** *Algumas doenças, como esclerose múltipla ou derrame, podem causar alterações cerebrais que levam à depressão. Outras doenças podem levar à depressão porque são dolorosas e mudam a vida das pessoas.*
- **níveis hormonais.** *Os hormônios são substâncias que se encontram no organismo. Se os níveis de hormônios entrarem em desequilíbrio, a depressão pode surgir. Por exemplo, pessoas com problemas da tireóide podem ficar deprimidas.*
- **uso de certos medicamentos, drogas ou álcool.** *Alguns medicamentos, como os remédios para pressão alta, podem causar depressão. (Se isso ocorrer, entre logo em contato com o médico.) O álcool e algumas drogas ilegais podem piorar a depressão. Não é bom que os deprimidos usem essas substâncias, mesmo que pareçam ajudar momentaneamente.* “

Levando em consideração o fator dos níveis hormonais podemos compreender a instabilidade emocional e as reações freqüentes de depressão dos adolescentes que possuem como característica da fase a alteração dos níveis hormonais.

## **2.1 A depressão na adolescência**

Podemos conferir no capítulo anterior que esta queda da motivação, desânimo, sentimento de inadequação em relação ao grupo, são considerados também características na fase da adolescência. Estes sintomas, inclusive podem ser conseqüências da ação dos hormônios em constante alteração e de sua grande descarga neste período, assim como os conflitos da construção de sua identidade e cobranças naturais da sociedade em geral em relação ao novo

indivíduo que esta surgindo. Porém, definir até que ponto pode ser considerado “normal” este quadro, nesta fase e quando se deve atentar para uma possível depressão que necessite de cuidados, junto a profissionais da saúde é um limite tênue e delicado. Os Drs. Weber e Weber (2004) fazem a seguinte consideração:

*“Os chamados transtornos de humor, nos quais está incluída a depressão, fazem parte de um dos grupos de doenças com menor chance de serem diagnosticadas em crianças e adolescentes: eles têm dificuldades para expressar o que sentem, os sintomas são diferentes em adultos e adolescentes e a maioria das pessoas e ainda muitos profissionais pensam que a depressão é uma doença de adultos” (www.aprendiz/colunas/ em 13/01/2004).*

Segundo os mesmos autores, os sintomas da depressão na adolescência mais freqüentemente observados são:

- Tristeza ou sensação de vazio;
- Pessimismo ou culpa, falta de esperança;
- Desamparo ou inutilidade;
- Incapacidade de tomar decisão;
- Concentração e memorização reduzidas;
- Falta de interesse ou prazer por atividades normais como esportes, música ou conversa por telefone;
- Problemas na escola e com a família;
- Perda de energia e motivação;
- Dificuldade para pegar no sono, dormir bem ou se levantar de manhã;
- Problemas de apetite: emagrecimento ou ganho de peso;
- Dor de cabeça, dor de estômago ou dor nas costas;
- Inquietação e irritabilidade;
- Desejo de ficar sozinho a maior parte do tempo;
- Falta às aulas ou abandono de hobbies e outras atividades;
- Abuso de bebidas alcoólicas ou drogas ilícitas;
- Conversa sobre morte;
- Conversas sobre suicídio ou a tentativa propriamente dita.

A queda no rendimento escolar seria o sintoma mais concreto e que se pode colocar em comparação e mensuração entre um período anterior e atual. Seria um dado mais palmável dentre os demais, juntamente com a tentativa de suicídio, porém este último, provavelmente percorreu um caminho até chegar nesta atitude tão drástica e perigosa para o sujeito. Os demais sintomas podem facilmente ser atribuídos (tanto pela família, amigos e escola) como sendo típicos da adolescência, uma fase naturalmente turbulenta, muitas vezes em que o jovem se mostra preguiçoso, curiosidade em relação a experimentar novas emoções sem calcular bem seus riscos, como o uso de drogas lícitas e ilícitas, ou de perda do ânimo e da motivação pelo rompimento de um relacionamento de amizade ou de namoro, ou mesmo de algo que desejava

muito e não se realizou, fenômenos comuns nesta idade para a maioria. Já as notas baixas, inéditas no boletim escolar, representam evidências indiscutíveis de que algo não vai bem e precisa ser investigado junto ao aluno em questão.

No entanto, vários são os fatores que podem desencadear esta queda no rendimento acadêmico. Fatores estes externos como internos. Externos seriam aqueles provocados por causas de acidentes que afetaram o sistema emocional ou cognitivo do aluno, problemas de saúde do aluno ou de seus familiares, rompimento de relações afetivas do próprio aluno ou de familiares, entre outros. Já os internos seriam as dificuldades cognitivas, como: dislexias, raciocínio lento, problemas psicopatológicos, (entre eles a depressão).

Tiba (1994, p. 29) descreve este processo fazendo uma analogia ao crescimento de alguns crustáceos, como é o caso dos camarões.

*“Quando esse crustáceo se desenvolve apenas suas partes moles cresceram; a casca continua do mesmo tamanho. A pressão interna vai aumentando até o ponto de explosão, quando o camarão nasce de sua casca que ficou apertada demais. Ele fica livre da casca, que o oprimia, mas agora esta em carne viva: é um alvo fácil de todos os predadores. O que faz o camarão? Rapidamente produz uma substância que cobrirá seu corpo para formar uma nova casca adequada ao seu novo tamanho. Se o pequeno camarão for mordido por algum inimigo enquanto estiver desprotegido, a nova casca vai se formar sobre a mordida, gravando para sempre aquele defeito.” ( Destacar espaço)*

A Folha Equilíbrio encarte do jornal Folha de São Paulo, do dia 4 de setembro de 2003 publicou uma matéria sobre depressão em jovens; “Depressão em criança engana” era o seu título. Esta matéria trazia alguns dados de grande relevância, segundo pesquisa atual:

- A incidência, segundo diferentes estudos, mostram que 15% dos adolescentes e 9% das crianças sofrem de depressão.
- A dificuldade maior está no diagnóstico pois, os sintomas da depressão se confundem facilmente com os comportamentos típicos dessa faixa etária.
- Filhos de pais deprimidos têm 4 vezes mais chances de ter a doença e que traumas emocionais graves podem desencadeá-la.
- A depressão deve ser tratada desde o primeiro alerta, do contrário ela pode se tornar crônica.
- A probabilidade de um segundo episódio de depressão é de 35%, a do terceiro é de 70% e depois chega a quase 100%.

Muitas crianças e adolescentes passam a vida sem um diagnóstico preciso, muitas vezes só na idade adulta, conseguem com ajuda médica entender e superar as dificuldades e o sofrimento de uma vida toda.

Depressão não pode ser vista apenas em manifestações de tristeza e irritação, só um profissional competente pode fazer o diagnóstico correto. Os tratamentos são eficientes e seguros e, na maioria dos casos, duram de 6 meses a 2 anos, combinando medicação e terapia psicológica.

O interessante definitivamente seria ter a disposição do psicólogo escolar, instrumentos que diante da suspeita pudesse auxiliá-lo, do diagnóstico, para assim realizar o encaminhamento e acompanhamento adequado para cada caso.

## **2.2 A depressão X rendimento escolar.**

Entendemos queda do rendimento escolar como sendo aquele aluno que vinha apresentando um desempenho acadêmico satisfatório, durante certo período e que de repente seus resultados revelam prejuízo em seu rendimento escolar com:

- Queda das notas;
- Dispersão da atenção e do interesse em sala de aula;
- Dificuldade de cumprir as tarefas e trabalhos propostos pra dentro e fora de sala de aula;
- Dificuldade de compreensão e assimilação do conteúdo apresentado;
- Sua memória com frequência se mostra falha;
- Seu desinteresse pelas atividades escolares sejam elas de ordem pedagógica ou social é minimizada ou ausente.

Os sintomas acima citados também são encontrados na transcrição a seguir:

*“Na Depressão também é muito freqüente um certo prejuízo na capacidade de pensar, de se concentrar ou de tomar decisões. Os depressivos podem se queixar de enfraquecimento da memória ou mostrar-se facilmente distraídas. A produtividade ocupacional costuma estar também prejudicada, notadamente nas profissões intelectualmente exigentes. Em crianças deprimidas pode haver uma queda abrupta no rendimento escolar, como resultado da dificuldade de concentração.”* Ballone ( [www.psiqweb.med.br](http://www.psiqweb.med.br) 13/01/2004)

É inquestionável a queda no rendimento escolar dos alunos que apresentam depressão. Mas vários são os fatores que podem desencadear esta queda no rendimento acadêmico, nem sempre necessariamente causados pela depressão. Fatores estes externos como internos. Externos seriam aqueles provocados por causas de acidentes que afetaram o sistema cognitivo do

indivíduo, problemas de relacionamento com o professor, ou familiares que estejam momentaneamente influenciando em seu rendimento. Já os internos seriam dificuldades cognitivas, como dislexias, raciocínio lento, problemas psicológicos que entre eles estria a depressão.

A depressão por sua vez também pode ser desencadeada por fatores externos ou internos, como já vimos nos capítulos anteriores.

Um dos fatores que mais favorecem o surgimento de um quadro depressivo na adolescência é quando o adolescente possui pais que têm ou tiveram períodos de depressão. Já entre os “agentes externos”, o mais recorrente é a separação dos pais. Que seria quando a criança ou adolescente passa a ter a sensação de abandono, de estar só e de traição.

Cerca de 3,55% das crianças em idade escolar de Campinas no Estado de São Paulo sofrem de depressão infantil. Essa é a conclusão a que chegou a psicóloga Cruviel (2003) em sua pesquisa para dissertação de mestrado. Para elaborar sua pesquisa, a psicóloga trabalhou com 169 sujeitos entre crianças e adolescentes de ambos os sexos, de escolas públicas da periferia da cidade. Esse contingente de alunos estavam matriculados em diferentes séries do Ensino Fundamental. Suas faixas etárias oscilando entre 08 e 15 anos de idade cronológica. A psicóloga também constatou que a queda no rendimento escolar destes alunos é mais significativa na disciplina de matemática exatamente por exigir maior capacidade de concentração, atenção e memorização. Estes fatores da cognição são os mais prejudicados quando o indivíduo esta deprimido. Mirian também verificou que os resultados de sua pesquisa são semelhantes a outras realizadas em diferentes estados do país, podendo ser então ser generalizado como um índice nacional. A Mestra em psicologia observou que uma vez deprimido, tanto a criança quanto o adolescente, utilizam um menor número de estratégias que auxiliam a aprendizagem e conseqüentemente a fixação do conteúdo ensinado.

Segundo ainda a pesquisadora na escola, os principais sintomas especificamente apresentados, são:

- Queda repentina do rendimento escola;
- Sonolência excessiva em sala de aula;
- Sentimento de culpa e de rejeição;
- Indisposição para atividades físicas;
- Cansaço;
- Irritabilidade.

A incidência (3,55%) da doença é significativa, por revelar um mal em expansão, que precisa de atenção dos responsáveis para impedir que o problema provoque prejuízos ainda maiores aos seus portadores. ([www.unicamp.br/unicamp](http://www.unicamp.br/unicamp)14/10/2003).

Todos os autores (Ballone, 2004; Cruviel, 2003; Weber e Weber 2003), entre outros citados anteriormente neste presente trabalho são unânimes na opinião que, tanto professores quanto os pais de alunos revelam dificuldades (ou desconhecem a situação por completo) para identificar, de maneira precoce,

quando um aluno apresenta problemas que possam caracterizar um processo de depressão seja em casa, ou na escola onde estuda.

*“Quase sempre, pais e professores, confundem com outros tipos de anomalias, como a hiperatividade, um problema mais ligado ao comportamento agitado, de impulsividade ou de agressividade de uma criança. Muitas vezes, isso é confundido com dificuldades normais para estudar, para aprender determinadas matérias, com a depressão no seu mais verdadeiro sentido”, comenta a psicoterapeuta Souza. ([www.universiabrasil.net/materia.jsp](http://www.universiabrasil.net/materia.jsp) - 14/10/2003).*

A escola pode exercer neste momento um papel importante no diagnóstico, uma vez apresentados os primeiros sintomas, a escola é o local onde os alunos por estarem em constante relação com professores, colegas e técnicos expressam e demonstram suas emoções e comportamentos de forma imediata. Também temos o resultado palpável do desempenho escolar, associado a possibilidade de observação em seu ambiente, entrevista individuais e com familiares e demais profissionais que trabalham para ele na escola. Porém, é raro um adolescente ter conhecimento do “nome” do que esta sentindo, raramente ele irá dizer textualmente.

*“A maneira mais adequada para poder se chegar a um diagnóstico será através dos desenhos e testes, portanto a avaliação psicológica é fundamental como forma complementar e de auxílio de diagnóstico. Barbosa e Barbosa ([www.emedix.com.br](http://www.emedix.com.br) -13/10/2003)*

Desta forma, estar informado de quais seriam os instrumentos mais adequados para a realização deste diagnóstico pelo profissional da psicologia escolar, se torna de fundamental importância e necessidade para o exercício competente de sua atuação profissional.

A fim de constatar esta necessidade real, consta no próximo capítulo a apresentação de dois casos reais, ilustrativos.

### 3. ANÁLISE E ESTUDO DE CASOS

#### CASO 1

Aluna: D.R.C. C. (Chamaremos a aluna de R.).

Sexo: Feminino

Idade: 14 anos

Série Matriculada: 1º ano do Ensino Médio.

Ano Letivo de: 2003

Instituição: Escola particular que abrange os seguimentos de Educação Infantil ao Curso Pré-Universitário, freqüentada em sua maioria por alunos pertencentes a classe média de bairro residencial da cidade de Fortaleza no Ceará.

A escola onde R. estuda tem como prática chamar a família daqueles alunos que obtiveram notas abaixo da média em mais de três matérias. Inicialmente este atendimento é realizado pela supervisora pedagógica e quando considerado necessário, encaminha-se o caso para o Serviço de Orientação Educacional e Psicológico (SOEP), da escola, que por sua vez é coordenado por uma psicóloga.

R. é aluna veterana e mantivera no ano anterior, um desempenho satisfatório (dentro da média estipulada pela escola), no entanto, no início deste ano letivo apresentou queda do mesmo, fazendo com que a supervisão pedagógica chamasse o/a responsável pela aluna ao colégio. O propósito seria de tomar conhecimento dos resultados impressos no boletim de R. e juntos, família e escola, refletissem sobre os motivos dos resultados negativos. A família também tivesse a oportunidade de receber orientações da escola, a fim de se reverter o quadro. A mãe de R. nesta ocasião solicita a supervisão pedagógica, um atendimento do SOEP para em particular estar com a psicóloga da escola.

A MÃE: Coloca que a filha vem a cada dia demonstrando uma tristeza sem um motivo aparente que justifique. A mãe revela muita preocupação, pois tiveram na família dois casos de suicídios de sobrinhos adolescentes, conseqüências da depressão. Ainda revela que R. é fruto de um segundo casamento, pois seu primeiro casamento acabou por conta do problema psicopatológico do primeiro marido: paranóia. O primeiro esposo a ameaçava constantemente de suicídio caso ela o deixasse. A mãe teve uma filha que já é casada, fruto deste primeiro matrimônio.

Seu atual marido e pai de R. é considerado por ela excessivamente ciumento e inseguro, além de ter um nível social e intelectual muito abaixo do seu (mestra e professora universitária), o que acredita justificar ele constantemente atribuir as reações emocionais da filha a “frescura”. A mãe demonstrou real preocupação, pois de um tempo para cá a própria filha tem lhe pedido um profissional da área psicológica para atendê-la. Formalmente a mãe pede a psicóloga escolar para investigar o porque da filha estar pedindo uma psicóloga, e se necessário a encaminhe para uma profissional da área clínica. Antes avisa que R. é retraída e difícil de falar sobre si mesma e seus sentimentos.

A ALUNA: R. de imediato conta que sempre se considerou uma criança triste e com muitas dificuldades em fazer amizades ou mesmo se comunicar, pois sempre se sentiu inadequada no meio em que vive e não aceita pelos outros. Queixa-se com ênfase que a família (pai, avós, tios, etc.) tem o hábito de compará-la a uma prima de sua mesma idade. Segundo R., esta prima é tudo o que ela não é: magra, bonita, cheia de amigos, paqueras e excelente aluna. Conta que se sente só, apesar de já ter vivido situações neste sentido piores, pois hoje em dia possui algumas poucas amizades. Considera sua relação com a mãe muito próxima e de confiança, ao contrário da do pai que para ela é distante, intolerante e com pouca admiração de sua parte. Queixa-se que o pai nunca leva a sério seus sentimentos, menosprezando-os, se mostrando incompreensivo. Durante seu discurso teve um crise de choro, como se estivesse finalmente deixando seus sentimentos explodirem. Revelou ter pensado em suicídio como uma forma de interromper seu sofrimento e fugir do ambiente angustiante em que vive. Já contou isso a sua mãe, que passou a semana dizendo que a amava e pedindo que não fizesse isso. Segundo ela a mãe repetia tanto que a amava, que se tornou até chata. R. conhece a história dos primos que cometeram suicídio e espontaneamente disse saber que precisa urgente de ajuda para não acabar fazendo o mesmo, e poder de alguma forma tratar de seu sofrimento. Solicitou, encaminhamento a um profissional de psicologia clínica com urgência. Depois e por fim queria saber como era o processo psicoterapêutico.

A PSICÓLOGA ESCOLAR: Com a mãe a princípio, acolheu prontamente sua solicitação de atendimento tanto a ela como a aluna, porém explicou-lhe, sua possível necessidade de sigilo caso fosse um pedido da aluna e o conteúdo da conversa não sugerisse risco de vida a ela ou aos seus próximos.

Com R. a psicóloga ouviu atentamente suas queixas demonstrando compreensão sobre seus sentimentos e concluiu elogiando sua iniciativa. Reafirmou a necessidade com urgência de tratamento psicoterápico e a possibilidade desta profissional encaminhá-la a um psiquiatra, para prescrição medicamentosa. Indicou algumas profissionais de seu conhecimento profissional e esclareceu as dúvidas e curiosidades da aluna sobre o processo psicoterapêutico. Ainda firmou com ela o compromisso de trazer-lhe no máximo na próxima semana, o nome da profissional que escolheu para realizar o tratamento, e assim possibilitar que escola e profissional da área clínica, pudessem realizar um tratamento em conjunto trocando informações e

orientações. A supervisão pedagógica da escola foi comunicada sobre o caso apenas com dados necessários a título da escola oferecer uma atenção especial à aluna, tanto em termos pedagógicos, como em seu relacionamento interpessoal neste espaço, como também a atenção para não deixá-la sozinha em locais isolados e de pouca visibilidade. Foi marcado um retorno com a mãe da aluna e dito a aluna quais seriam os termos da conversa neste segundo encontro, e pedido a ela a permissão e autorização sobre o conteúdo do discurso da psicóloga escolar.

A MÃE: Ao chegar, sua expressão era de aflição e preocupação com a filha. Detalhou um pouco mais sobre seu primeiro casamento, o segundo e os casos de depressão em sua família, confessando seu medo de que a história se repita. Admitiu que a filha já havia lhe falado sobre os pensamentos suicidas, mas não gostava nem de tocar neste assunto. Ela foi orientada pela psicóloga escolar a procurar com máxima urgência o atendimento psicológico clínico para R., assim como, da forma mais adequada para lidar com R. neste momento. Também foi orientada a conversar com seu marido e pai de R. no intuito de esclarecer a ele a necessidade de maior compreensão sobre o que a filha esta passando e evitar alguns comentários e comparação na família como um todo.

A ALUNA: Na semana seguinte a aluna anuncia a psicóloga escolar que já teve uma entrevista com uma psicóloga clínica. Conta que gostou deste primeiro contato e já estaria indo nesta semana para segunda sessão. Entregou um cartão da mesma, pois a psicóloga escolar não a conhecia.

PSICÓLOGA CLÍNICA: Antes que a escola entrasse em contato a colega profissional ligou marcando entrevista nas dependências da escola com a psicóloga escolar. Nesta ocasião se apresentou profissionalmente e em seguida discutiram o caso. Expondo as observações e hipóteses levantadas por ambas, para compreensão e de futuras propostas de intervenções na escola e no consultório.

CONCLUSÃO: Aos poucos R. foi apresentando mudanças em vários aspectos. Seu rendimento escolar voltou a ser satisfatório. Passou a participar de passeios, viagens e aulas de campos promovidos pela escola, fato inédito se tratando desta aluna, até então. Sua forma de cumprimentar os técnicos e professores se tornou mais expansiva e alegre. Começou a fazer parte de uma turma de colegas tanto de sua sala como de outras, e se envolvendo com os projetos de teatro da escola. Emagreceu um pouco, mudou completamente sua forma de se vestir usando roupas da moda e que marcavam mais as formas do corpo, sempre maquiada e com acessórios, tudo com bom gosto e sem exageros. Seu visual era complementado por um sorriso constante, e sua empolgação quando contava sobre seus projetos com a turma do teatro. Em certa ocasião contou que percebeu alguns defeitos na prima, antes tida como perfeita e mantinha a amizade e carinho com ela, porém rompeu a dependência e a inveja que julgava ter em relação a prima, pois anteriormente, não considerava ser capaz de conquistar amizades e desenvolver a consideração e atenção das pessoas. Revelou inclusive que os parentes

chegaram a citá-la como exemplo para a esta mesma prima em uma determinada situação. No fim do ano letivo de 2003 R. foi a protagonista da peça de teatro encenada durante o Festival de Poesia, promovido pela escola. O tema era o idoso e seu lugar na sociedade, assunto muito divulgado na mídia através de uma novela passada pela TV Globo, na ocasião e também pelo aguardo da aprovação do Estatuto do Idoso no Brasil. Ao final do Festival de Poesia, R. veio compartilhar suas conquistas durante aquele ano, anunciar que estava em processo de desligamento da psicóloga clínica, mas que saberia identificar se caso precisasse novamente de ajuda, onde procurar e encontrá-la. Agradeceu a psicóloga escolar pela ajuda e saiu comemorando com sua turma os feitos daquela noite.

Neste caso ilustrativo, porém real, se observa que R. apresentava uma personalidade pré-disposta a depressão, quando ela mesma coloca que “sempre foi uma criança triste”, que podemos atribuir tanto por antecedentes hereditários (são desconhecidos por R. ser adotada) como a constante decepção frente a dificuldade de relacionamento com a figura paterna, acrescida de uma inconsciente autorização da mãe e evoluindo para as comparações e desaprovações verbalizadas ou silenciosas de sua grande família (avós, tios, etc.). Ao chegar na adolescência a depressão aflorou. Provavelmente pelas questões anteriormente tratadas neste trabalho, que se encontram nas alterações orgânicas e físicas, na capacidade de subjetivar o raciocínio ampliando sua compreensão em relação ao mundo e tornando-se mais crítica em relação a ele e a si mesma e principalmente confrontando-se com a necessidade de construção de sua identidade e lugar nas relações que estabelece, tendo de ocupar um papel na sociedade que corresponda as suas próprias expectativas e as dos que com ela convivem e são atribuídos estes valores.

A escola ocupou uma função fundamental, pois, através de seu apontamento da queda do rendimento escolar da aluna, a família pôde tirar os impedimentos que dificultavam-na a enxergar e enfrentar o problema que se encontrava em franca evolução.

No entanto, especialmente neste caso o fato da família já ter vivenciado outros casos dramáticos de doenças psicológicas na família com desfechos mórbidos inclusive, acrescido do nível de conhecimento da mãe auxiliaram num rápido diagnóstico. Já nos casos em que tanto o aluno apresenta um caso de depressão “camuflado”, ou seja, nem todo aluno que apresenta queda do rendimento escolar esta com depressão, assim como, situações de separação conjugal, enfermidades, perdas financeiras, mudanças de escola ou residência, entre outras são esperadas reações de tristeza que também trazem conseqüências negativas aos resultados escolares, assim como, famílias com menor conhecimento sobre o assunto, dificultam a identificação da doença. Portanto, constata-se a necessidade de diante desta suspeita de depressão, o profissional dentro da instituição escolar, necessita contar com instrumentos que lhe ofereçam uma maior segurança e esclarecimento do quadro. Desta forma realiza eficientemente seu papel de orientação profissional junto à

escola, família e aluno, quanto aos procedimentos mais adequados a serem tomados em cada caso. Como foi alertado pelos autores anteriormente citados, quanto mais cedo diagnosticada a depressão mais fácil torna-se o tratamento e logicamente menos sofrimento e prejuízo causa ao paciente e seus próximos.

## CASO 2

Aluna: E. S. B. (Chamaremos a aluna de E.).

Sexo: Feminino

Idade: 17 anos

Série Matriculada: 3º ano do Ensino Médio.

Ano Letivo de: 2003

Instituição: Escola particular que abrange os seguimentos de Educação Infantil ao Curso Pré-Universitário, frequentada em sua maioria por alunos pertencentes à classe média de bairro residencial da cidade de Fortaleza no Ceará.

A ESCOLA: O Coordenador do seguimento ao qual a aluna pertence se dirigiu a psicóloga do Serviço de Orientação Educacional e Psicológica (SOEP), dizendo estar muito preocupado com uma de suas alunas, pois a mesma se encontrava vagando pela escola de forma desorientada e parecendo querer se esconder. Também estava trazendo nas mãos uma caixa de remédios “faixa preta”, aparentando estar ou ter chorado muito. Também dizia que já haviam sugerido a ela que viesse até a sala do SOEP, porém a aluna se recusava e não falava com ninguém sobre o que estava acontecendo com ela. Enquanto a psicóloga estava se dirigindo para onde a aluna tinha sido vista pela última vez, a Coordenadora do Fundamental I, assustada, descreveu o mesmo fato anteriormente relatado pelo Coordenador do 3º ano do Ensino Médio e Pré-Universitário. A psicóloga ao encontrar a aluna a convenceu a ir para um local mais privativo. E., a acompanhou até a sala do SOEP.

A ALUNA: Conta que a mais ou menos um ano atrás, começou a sentir muitas dores no abdome. Buscou uma médica clínica-geral que lhe solicitou vários exames. Os resultados dos mesmos não acusaram nenhuma causa física, então sua médica diagnosticou as dores como sendo de fundo emocional. Na ocasião a médica lhe deu conselhos para que ficasse menos ansiosa e nada lhe receitou nem a encaminhou para outro especialista. Atualmente as dores voltaram de uma forma ainda mais intensa. Sua médica foi novamente consultada e lhe receitou um calmante, (Olcadil) definindo o diagnóstico como “Síndrome do Pânico”. No entanto, a aluna se recusava a tomar o remédio, pois temia muito ingerir remédios de “faixa preta”, e causar-lhe dependência ou

ainda alterar sua consciência. Esta indecisão entre tomar ou não o remédio, associado a uma necessidade incontrolável de sair da sala e ir para sua casa, era segundo ela, a causa de estar andando pela escola sem um rumo certo, buscando uma resposta para suas dúvidas: “Tomar ou não a medicação?, Ir embora ou não para casa?”, entre outros pensamentos insistentes.

Quando a psicóloga lhe perguntou se havia algo especial acontecendo em sua vida, quando as dores iniciaram no ano anterior, a aluna contou que sua mãe havia aberto um processo contra seu pai para comprovação da paternidade com teste de DNA. Seu pai é de outro estado, do sudeste do país e esteve aqui a 16 anos atrás passando férias. Sua mãe que trabalha com turismo, o namorou. Deste relacionamento nasceu E. e sua irmã gêmea idêntica. O pai, sempre ajudou-as financeiramente, e vez por outra, elas iam visitá-lo ou ele vinha visitá-las, porém nada foi formalizado pela lei, ele nem mesmo as registrou. De algum tempo para cá, sua mãe está descontente com o valor da pensão e como não entraram num acordo sua mãe entrou na justiça. A primeira solicitação do advogado do pai foi pedir o teste de DNA. Toda esta situação estava deixando-a muito triste, pois segundo ela, o relacionamento do pai com elas (ela e a irmã gêmea) sempre foi muito harmônico e de carinho. Também a proximidade das provas do Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM) e dos Vestibulares diversos, estavam contribuindo para sua ansiedade. Contou-me ainda que ela e a irmã gêmea tinham personalidades diferentes. E. desde pequena considera-se mais tímida e retraída, enquanto a irmã era mais extrovertida e determinada. E. revela abertamente depender da irmã para que decisões e atitudes fossem tomadas, assim como o acesso aos grupos sociais. Atualmente a irmã estava namorando e E. se sentia, excluída ou em segundo plano, pois a irmã estava dividindo a sua atenção com o namorado.

A PSICÓLOGA ESCOLAR: Inicialmente a psicóloga a explicou o que era a Síndrome do Pânico, buscando fazê-la entender sobre a importância da medicação naquele período e que uma vez estando sendo acompanhada por um médico ela não corria os riscos que temia. A psicóloga argumentou sobre a necessidade urgente de um acompanhamento com um psiquiatra e/ou um psicólogo, pois os estudos atuais revelavam que estes eram os tratamentos de maior sucesso nestes casos. Acrescentou ainda que seria importante a mãe dela vir ao colégio para conversarem e que o supervisor e seus professores seriam avisados de sua necessidade de sair da sala com uma maior frequência. A psicóloga colocou-se a disposição para conversarem quando não estivesse se sentindo bem. A aluna se dizendo estar se sentindo um pouco melhor quis voltar para sala, pois sua mãe não estava em casa.

A ALUNA: Uns trinta ou quarenta minutos depois E. voltou à sala do SOEP, pedindo para ser dispensada, pois estava em plena crise de pânico. A escola tentou entrar em contato com a mãe, porém seu celular encontrava-se fora de área. A psicóloga foi então deixá-la em casa em seu carro particular.

A IRMÃ GÊMEA: No dia seguinte E. não compareceu à escola. A psicóloga escolar pediu que sua irmã viesse até sua sala e lhe disse sobre a necessidade

de falar com sua mãe, além de explicar-lhe um pouco sobre o que estava se passando com E. A irmã confessou que tem perdido a paciência com E., pois ela fica triste por nada e tem medo de coisas sem sentido. Acreditava ainda que se E. se esforçasse deixaria de ter essas “frescuras”. A psicóloga lhe falou do papel importante que ela tem na vida de E. e como poderia ajudar naquele momento sendo mais compreensiva e principalmente insistindo para E. ter acesso a tratamento com especialistas, pois está sofrendo e causando tensão na família como um todo. Embora idênticas na aparência e com frequência na forma de arrumar os cabelos e se vestirem, E. e a irmã eram realmente muito diferentes em suas posturas e comportamentos diante da vida. Mais determinada e segura e até mesmo com certa autoridade, a irmã se mostrava uma pessoa a quem E. deveria realmente ter se apoiado por muito tempo. Com certa irritação, a irmã falou do ciúme de E. apresenta em relação ao seu namorado, desejando que ela arrumasse um namorado para ela, mas acredita ser impossível, pois de um tempo para cá, até para ir na esquina ela tinha medo. Também revelou que E. já era magra, vinha se alimentando ainda menos, embora a mãe estivesse fazendo de tudo para estimulá-la a comer. Sabe que a irmã tem dormido mal quase todas as noites e não consegue se concentrar para estudar tanto em casa como na escola onde mais tem faltado do que vindo. E. justificava sempre para a irmã que não vinha à escola porque tinha medo de sair na rua, falta de ânimo, e sempre estava chorando.

A MÃE: Não compareceu á escola como havia sido marcado.

A ALUNA: E. faltou por quase uma semana, e depois quando vinha assistia poucas aulas, e se dirigia a sala da psicóloga da escola que a ouvia, deixava que às vezes E. chorasse. E. contava também dos problemas de relacionamento com o atual companheiro de sua mãe, um estrangeiro que segundo ela era muito grosseiro com todas elas. A mãe estava em processo de separação, mas ele estava dificultando e se recusava a deixar o apartamento delas. A mãe de E. tinha dado a luz a sua terceira irmãzinha há poucos meses. E. contava agressões verbais e até tentativas de agressões físicas deste “padrasto” quase sempre dirigidas a ela. Segundo E. ele era muito ciumento e não aceitava dividir a atenção da companheira com suas filhas.

A PSICÓLOGA ESCOLAR: Ouvia a aluna atentamente e permanecia o discurso da importância e urgência em buscar um acompanhamento clínico.

A MÃE: Não compareceu Á escola por três vezes consecutivas marcadas no intervalo de uma semana. Justificou por telefone, sua dificuldade em vir ao colégio por conta de sua atividade profissional. Se comprometeu em retornar a ligação para marcar assim que fosse possível. Demonstrou a princípio, boa vontade em procurar o mais rápido possível o profissional para acompanhar E. e contou que a filha havia lhe passado tudo que foi conversado com a psicóloga na escola. Falou ainda estar preocupada com o comportamento de E. e não saber mais como agir para reanimá-la.

A PSICÓLOGA ESCOLAR: A psicóloga, por telefone, informou e solicitou em caráter de urgência o acompanhamento de E. por um especialista e voltou a insistir a importância de sua vinda à escola. Também realizou algumas orientações superficiais quanto ao tratamento da família com relação a E..

A ESCOLA: E. tinha além de sua irmã gêmea, e a recém-nascida uma irmã menor, por parte de mãe, que estudava na 2ª série do Ensino Fundamental, da mesma escola, (totalizando ao todo 4 filhas). Esta irmã menor era fruto de um outro relacionamento afetivo de sua mãe, anterior ao atual com o estrangeiro. A irmã menor estava apresentando sérias dificuldades de aprendizagem e de relacionamento com colegas na escola. O seguimento do Ensino Fundamental também insistia pela presença da mãe na escola sem serem atendidos. E. e principalmente a irmã gêmea muitas vezes eram encontradas no espaço onde funcionava o Ensino Fundamental I para resolver problemas de relacionamento da irmã menor com os coleginhas, algo que estava trazendo problemas para a coordenação deste seguimento, junto aos familiares das crianças com quem as irmãs maiores tiravam satisfações. Frequentemente a irmã menor era grosseira com algum colega gerando discussões e brigas que terminavam com a ameaça de chamar as irmãs gêmeas maiores, ameaças estas que se concretizavam. Mesmo professores e coordenadoras pedindo as irmãs gêmeas para que não agissem daquela maneira, explicando-lhes os transtornos que estavam causando. Para a própria irmã menor, estavam impedindo-a de crescer sendo capaz de resolver seus problemas e se tornando rejeitada e temida pelas colegas. Para as crianças que eram coleginhas da irmã menor, estavam se sentindo coagidas na escola e se queixando com razão aos pais. Mesmo assim ambas insistiam em atender aos pedidos de socorro da irmã menor. Elas para manter a atitude, argumentavam que a união entre as irmãs que eram cultivada na educação recebiam em casa da mãe.

A ALUNA: Permaneceu vindo à sala da psicóloga escolar todos os dias que vinha à escola. Assistia as primeiras aulas e depois se dirigia para sala do SOEP. A psicóloga compreendia sua necessidade de falar e ser acolhida, de sentir-se de alguma forma mais segura, porém passou a temer que seu acolhimento estivesse sendo responsável por adiar a procura de um clínico. A psicóloga colocou então como estava entendendo aquela constância e colocou alguns limites com sutileza e utilizando-se até do humor, temendo que E. pudesse interpretá-la mal por conta da sua fragilidade em sua auto-estima. Logo depois E. então trouxe a mãe à escola e junto com ela, a notícia de que havia ido a uma psicoterapeuta e estava gostando. Também esteve com um psiquiatra que lhe receitou novas medicações e começava a sentir os efeitos positivos dos remédios, percebendo uma leve melhora em si mesma.

A MÃE: Compareceu ao colégio, junto com a filha, depois de quase dois meses após o último telefonema. Veio sem avisar. Contou sua história detalhada com o pai de E., depois rapidamente com pai da filha menor que também é aluna da escola e se deteve um pouco mais na relação atual com o estrangeiro pai de sua filha caçula e de 3 meses de nascida. Dizia ter rompido com ele pelas filhas, que são para ela “o que existe de mais importante em sua vida”, pois ele

não aceitava dividi-la com as meninas e vinha sendo agressivo com todos, mas de forma especial com E.. Para ela, a escolha por E. era exatamente por se mostrar a mais frágil. Falou de sua dificuldade em saber como agir com E. durante suas crises e relatou todas suas tentativas até o momento para ajudá-la a superar este problema. Quase sempre oferecendo comidas que ela gostava. Relembrou que E. sempre foi muito quieta e dependente da irmã gêmea, e que antes das dores surgirem no ano passado, E. tinha ficado um período mais triste que o habitual. Ela associa a "tristeza" ao início do namoro da irmã gêmea. A mãe também julga E. ciumenta a ponto de incomodar o namoro da irmã gêmea. Concorde que tudo se agravou com o início do processo judicial para aumento e regularidade da pensão dada pelo pai das gêmeas. Como não conseguiu um acordo amigável com ele para um reajuste da pensão entrou com o processo. Confirmou que a relação entre eles, o pai e as filhas, sempre foi harmoniosa e que as filhas sentiram muito todo este processo que ainda não terminou. Vê a irmã gêmea de E. expondo os sentimentos, ao contrário de E. que assume uma postura introvertida. Para a mãe as filhas sabem que ela estava com a razão, "brigando pelos direitos das filhas" em relação à questão financeira, mas preferiam que não entrasse na justiça e se abalaram muito quando o advogado do pai pediu o teste de DNA, pois nunca havia se cogitado a dúvida da paternidade. Agradeceu á escola e a todo o momento tentava solicitar a psicóloga para que a instituição educacional assumisse algumas funções que são de responsabilidade da mãe ou do pai.

A PSICÓLOGA ESCOLAR: Ouvia tudo com atenção, e explicou-lhe mais sobre o que é, e como se apresenta a Síndrome do Pânico. A psicóloga escolar lhe forneceu algumas informações como é recomendada a família lidar com a pessoa que esta sofrendo deste mal. Apontou a necessidade de se sentir compreendida e principalmente aceita pela irmã gêmea que tem um papel muito significativo na vida de E. Solicitou a mãe que dentro do possível evitasse constrangimentos das filhas durante o processo com o pai delas. Solicitou ainda se possível que o pai entrasse em contato com a psicóloga clínica ou a escolar para que ficasse a par e participasse do momento que a filha esta passando. A mãe pareceu amorosa com as filhas e preocupada com E., porém ausente, delegando as filhas papéis que caberia a ela exercer enquanto mãe. Deixou o telefone da profissional que está acompanhando E. para que a escola pudesse entrar em contato. A psicóloga com delicadeza, deixou claro qual era seu papel e até onde poderia atender as necessidades de E. não insentado-a de suas responsabilidades de mãe. Foi aproveitada a oportunidade para também se tratar do assunto referente a sua filha que cursava o Ensino Fundamental desta mesma escola.

A PSICÓLOGA CLÍNICA: Disse que E. estava a poucas sessões com ela, mas que tudo indicava que era uma depressão que havia desencadeado em Síndrome do Pânico pelo acúmulo de situações traumáticas que a frágil estrutura psicológica de E. vinha passando. Solicitou a compreensão da escola quanto a sua necessidade constante em deixar a sala de aula e conseqüentemente perder conteúdo, que aliás este era mais um fator a mais que trazia ansiedade a E. Acreditava que os medicamentos poderiam em breve

reverter muitos dos sintomas e que a psicoterapia poderia em longo prazo ajudá-la a se desvincular da dependência da irmã gêmea e construir estruturada interna mais forte.

**CONCLUSÃO:** Aos poucos a fisionomia de E. foi se levantando, engordou um pouco e passou a vir para as aulas com assiduidade. Seu sorriso passou a ser visualizado com frequência e era vista conversando em rodas de colegas de sua sala. Participou das comemorações de conclusão do Ensino Médio, promovidas pela escola. Em um dos eventos veio com o seu namorado, embora vestida de forma idêntica a de sua irmã. Em outra das cerimônias voltada à família dos formandos, elas trouxeram a irmã caçula e se revezavam nos cuidados com ela enquanto a mãe não chegava. A cerimônia terminou e a mãe não chegou. Quando era perguntado a, E. como ela estava, E. abria um sorriso tímido característico e respondia que bem melhor.

E. não compareceu mais a sala da psicóloga da escola. Seu resultado no Vestibular não foi vitorioso como era de se esperar em um ano tão tumultuado e avesso ao que se recomenda para um vestibulando. Porém, E. respondeu a esta perda com tranquilidade e se propôs a recomeçar no cursinho preparatório para o Vestibular no próximo ano.

Neste 2º caso ilustrativo, e também real, a personalidade pré-disposta a depressão, pode mais uma vez, ser verificada quando E. é inevitavelmente comparada a irmã gêmea, inclusive por ela mesma, onde se coloca sempre ter sido mais quieta e dependente da irmã para poder tomar decisões, fazer amizades, entre outras coisas que posteriormente a mãe confirma e acrescenta a sua dificuldade em expressar suas emoções tendendo a se fechar e “ficar muito triste e quietinha pelos cantos”. A falta de uma estrutura familiar mais segura, atrelada a ausência da figura materna e paterna parecem ter afetado E. de maneira mais incisivamente do que a sua irmã gêmea. Não se conta com dados sobre sua infância, porém a descrição de sua personalidade por ela mesma e pela mãe levanta a hipótese de ter sido uma criança apática e dependente. Esta hipótese é puramente especulativa. Os dados apresentados e observados revelam que a adolescência de E. trouxe consigo não só o agravamento deste estado passivo diante da vida, como o desenvolvimento da Síndrome do Pânico. As alterações orgânicas e físicas da adolescente, a perda da onipresença da irmã, que funcionava como uma identidade de apoio ou até mesmo complementar, (uma vez sem a irmã E. ficou sem ninguém, pois sua mãe nunca demonstrou ser uma figura presente) parecem ter desencadeado toda a sintomatologia da depressão seguida da Síndrome do Pânico. Ainda podemos acrescentar como fator desencadeante, as constantes construções e desintegrações da estrutura familiar, associada atualmente e especialmente em que tanto o pai biológico põe em questão sua paternidade quanto o “padrasto” a rejeita explicitamente. Seu quadro depressivo, a princípio, não foi percebido nem pela família nem pela escola, mais uma vez justificado por ser natural deste indivíduo (“sempre foi quietinha”) e até mesmo uma reação “normal” aos fatos desagradáveis ocorridos neste período de sua vida em particular.

Neste caso em específico a falta de informação da família sobre os sintomas da depressão, quase foram de conseqüências fatais. Os remédios de “tarja

preta” que portava nas mãos, as crises de pânico, poderiam ter evoluído para situações ainda mais desastrosas. A demora da mãe em buscar um atendimento clínico para a filha provavelmente teria sido minimizado, caso a escola já contasse com uma avaliação psicológica interventiva, dando não um maior poder de argumentação como fornecendo dados significativos ao trabalho do profissional clínico e até assegurando a escola de que seu papel de apoio e acompanhamento aos aluno estava sendo realizado. Esta aluna elegeu os corredores da escola , os olhos e ouvidos dos profissionais e alunos da escola, para que vissem e ouvissem seu pedido de socorro. Ela os escolheu para ouvirem e darem continência ao seu sofrimento, para lhe dar a “escuta” que estava desesperadamente precisando.

Portanto a importância de se ter conhecimento dos instrumentos para avaliação psicológica interventiva, adequados a realidade do espaço escolar, passam pelas necessidades dos profissionais da psicologia escolar, pela escola como um todo, pelo aluno que apresenta esta demanda e pela família que é carente de orientações mais esclarecedoras e precisas, além dos profissionais da área clínica e médica que darão adiantamento no processo de tratamento podendo ser mais preciso e com economia de tempo.

#### 4. INSTRUMENTOS DO PSICÓLOGO ESCOLAR NA AVALIAÇÃO INTERVENTIVA DA DEPRESSÃO EM ADOLESCENTES

A avaliação psicológica implica, sobretudo na identificação da mudança de comportamento de um sujeito envolvendo o enfoque qualitativo e quantitativo nesta observação. Jurema Alcides Cunha e Colaboradores divide a maioria das avaliações psicológicas em quatro partes. Seriam elas: entrevistas, instrumentos psicométricos, técnicas projetivas e julgamento do profissional. O primeiro instrumento utilizado para avaliação psicológica interventiva na escola, seria a entrevista. Neste momento os profissionais, juntamente com o aluno poderão refazer o histórico dos sintomas e encontrar suas características. Assim descreve Marcelo Tavares:

*“A investigação possibilita alcançar os objetivos primordiais da entrevista, que são descrever e avaliar, o que pressupõe o levantamento de informações, a partir das quais se torna possível relacionar os eventos e experiências, fazer inferências, estabelecer conclusões e tomar decisões”.* Cunha et al. (2000, p. 45)

A entrevista é a parte de um processo, que pode ocorrer em um ou mais encontros. A partir desta primeira investigação, poderá ser realizado um encaminhamento, ou a definir outras técnicas a serem utilizadas para contribuir com o resultado final da avaliação psicológica. A importância de se enfatizar a entrevista como parte de um processo é do papel poderoso que ela possui ao ser capaz de adaptar-se às mais diversas situações apresentadas ao psicólogo. Com o manejo de um profissional da área é possível fazer o entrevistado expor particularidades que poderiam ser imperceptíveis a um leigo. O mesmo autor acima citado coloca:

*“A entrevista é a única técnica capaz de testar os limites de aparentes contradições e de tornar explícitas características indicadas pelos instrumentos padronizados. Por isso a necessidade de dar destaque á entrevista no âmbito da avaliação psicológica”.* Cunha et al. (2000, p. 46)

Outro destaque importante dado a entrevista é que em algumas situações específicas este é o único instrumento do psicólogo. A depender do nível de

comprometimento psíquico ou cognitivo do indivíduo, que está sendo avaliado torna-se impossível a aplicação de testes psicométricos ou projetivos.

### **Entrevista:**

Ao iniciar a entrevista com um aluno encaminhado ou que busque espontaneamente o setor de psicologia da escola, a primeira pergunta seria referente ao o que o trouxe e ou se ela sabe o motivo de seu encaminhamento. Caso o motivo seja o de queda do rendimento escolar, a próxima indagação seria sobre qual ou quais as possíveis causas que ele acredite que justifique estes resultados insatisfatórios. Este questionamento por si já provoca uma reflexão interna para que o adolescente possa elaborar uma resposta. Numa tentativa de esquivar é muito comum o adolescente responder que não sabe sem acrescentar mais nenhum dado ao psicólogo. A habilidade do profissional neste momento para facilitar a fala do aluno é fundamental. Ao conseguir fazer o aluno falar mais sobre sua situação problema, o aluno com frequência relaciona a época ou um pouco antes da época em que suas notas caíram com algum fato desagradável de sua vida. Então se inicia a descrições dos seus sentimentos atuais que podem ou não se configurar com um quadro típico de depressão na adolescência. O importante é que ao surgir qualquer suspeita, busque-se a certeza de forma mais aprofundada. Entrevistar a coordenação e seus auxiliares que cotidianamente estão em contato com os alunos é outra rica fonte de informação. A família deve ser também chamada para entrevista e assim fecha-se o círculo de maior convivência e interação do adolescente em questão. A partir destes dados pode-se definir se há ou não a suspeita de depressão. Caso positivo realiza-se a definição de outros instrumentos que colaborem com o resultado desta avaliação interventiva.

Ratzke, ([www.disquepq.med.br](http://www.disquepq.med.br) 01/03/2004) explica que os transtornos afetivos estão entre as doenças mais comuns da psiquiatria, afetando cerca de 10 % da população geral. E acrescenta que no estudo das doenças afetivas, as escalas de avaliação de sinais e sintomas têm importância fundamental. Elas permitem quantificar a patologia de um paciente e avaliar a resposta a determinado tratamento. Sem as escalas, não haveria um modo seguro de permitir a replicação de ensaios clínicos, de determinar qual é o melhor tratamento para grupos e subgrupos de pacientes. As escalas de avaliação de transtornos afetivos podem ser divididas em: de auto-avaliação, preenchidas pelo próprio paciente, e de avaliação do observador (Moreno & Moreno, 2000). As de auto-avaliação apresentam como vantagem poderem ser utilizadas durante a entrevista com o aluno, poupando o tempo. Como desvantagens, sua confiabilidade é difícil de determinar, exigem um indivíduo cooperativo, com um bom nível de consciência referente aos seus sintomas, para que não prejudiquem a auto-avaliação Calil & Pires, (2000). Além disso, o sujeito deve ter capacidade de compreender o proposto pela escala, o que torna difícil a aplicação de escalas de auto-avaliação em pacientes muito jovens. O mais indicado é ser

utilizado com indivíduos a partir dos 14 para 15 anos. As mais utilizadas auto-avaliações serão relacionadas abaixo.

### **Auto-avaliação:**

Existem diversas escalas de auto-avaliação de depressão. Portanto, é importante saber a finalidade da escala antes de decidir qual a melhor escala a ser utilizada em cada estudo. A Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) é indicada para adolescentes e adultos com considerável nível de esclarecimento. Ela é formada por 20 itens pontuados de 0 a 3 relacionados a humor, comportamento e percepção presentes na semana anterior à aplicação da escala (Radloff, 1977). Ela apresenta tradução em português e apresenta validade e confiabilidade em populações clínicas e gerais de adultos e adolescentes brasileiros determinada, com ponto de corte de 15 para presença de depressão (Silveira & Jorge, 2000).

Escalas de auto-avaliação também têm sido utilizadas em populações clínicas, para avaliar a resposta a determinado tratamento. Nestes estudos em geral são complementares a escalas de avaliação do observador. Encontram utilidade em o Inventário de Depressão de Beck ou BDI (Beck et al., 1961), Escala de Auto-Avaliação de Depressão de Zung (Zung, 1965), Escalas Analógicas Visuais (Aitken, 1969) e a Lista de Sintomas de Hopkins-90 ou SCL-90 (Derogatis & Cleary, 1977). O Inventário Wakefield (Snaith et al., 1971) e Escala de Leeds (Snaith et al., 1976) são modificações da Escala de Zung. A de Carrol (Carrol et al., 1981) surgiu a partir da Escala de Avaliação para Depressão de Hamilton (Hamilton, 1960), a escala de avaliação do observador mais utilizada.

A escala de auto-avaliação mais utilizada é o Inventário de Depressão de Beck (Beck et al., 1961). Após várias revisões, apresenta 21 itens de sintomas ou atitudes, pontuados de 0 a 3, enfocando mais aspectos cognitivos da depressão do que sintomas vegetativos, referindo-se à última semana. Os itens referem-se a tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, de punição, autodepreciação, auto acusações, idéias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio de sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição de libido. Em pacientes diagnosticados com depressão recomendam-se os seguintes pontos de corte: menor que 10 para ausência de depressão, 10 a 18 para depressão leve a moderada, 19 a 29 para depressão moderada a grave e de 30 a 63 para depressão grave (Beck et al., 1988). Critica-se o Inventário de Depressão de Beck por enfatizar aspectos cognitivos inespecíficos, que podem fazer parte de traços de personalidade do paciente e não da depressão (Svanborg & Asberg, 2001). Além disso, ela tem sido utilizada como screening em atendimento primário e na população em geral, onde um escore

acima de 20 deve ser utilizado. O Inventário de Depressão de Beck foi traduzido para o português, mostrando-se válido e confiável em populações clínicas (Gorenstein & Andrade, 2000). Em 1996 foi desenvolvida a forma II do Inventário de Beck (BDI-II), adequando-se aos critérios diagnósticos de depressão maior do DSM-IV. Uma tendência em pesquisas de escalas de auto-avaliação é a adaptação de escalas de avaliação do examinador para a auto-avaliação. Recentemente a Escala de Avaliação para Depressão de Montgomery-Åsberg (Montgomery & Åsberg, 1979) originou uma versão de auto-avaliação, a MADRS-S (Svanborg & Asberg, 2001). Outra escala, cada vez mais utilizada, desenvolvida nas versões de auto-avaliação e do observador ao mesmo tempo, é o Inventário da Sintomatologia Depressiva ou Inventory of Depressive Symptomatology-IDS (Rush et al., 1996). Ela é composta de 30 itens, que compreendem todos os sintomas dos critérios diagnósticos de depressão maior do DSM-IV, além de sintomas como irritabilidade, ansiedade, sintomas melancólicos e atípicos, que não costumavam ser avaliados em escalas anteriores. Cada sintoma apresenta peso igual, de 0 a 3. A sua principal desvantagem é o seu tamanho, maior que outras escalas de avaliação. Uma forma rápida, a Quick Inventory of Depressive Symptomatology-QIDS, com 16 itens foi desenvolvida englobando apenas sintomas dos critérios do DSM-IV (Rush et al., 2003) e tem sido utilizada em estudos epidemiológicos na população em geral (Kessler et al., 2003).

### **Avaliação do Observador:**

Assim como as escalas de auto-avaliação, há várias escalas de avaliação do observador para a depressão. As escalas mais utilizadas são a Escala de Avaliação para Depressão de Hamilton ou HAM-D (Hamilton, 1960) e a Escala de Avaliação para Depressão de Montgomery-Åsberg ou MADRS (Montgomery & Åsberg, 1979). Outros exemplos são a Escala de Melancolia de Bech-Rafaelsen ou BRMS (Bech & Rafaelsen, 1980) e a IDS (Rush et al., 1996), já citada anteriormente.

A HAM-D é a escala mais utilizada em ensaios clínicos de novos antidepressivos. Ela enfatiza sintomas somáticos e vegetativos. Foi desenvolvida inicialmente com 21 ítems, pontuados em 0 a 2 ou 0 a 4, avaliados na última semana. Os ítems são: humor deprimido, sentimentos de culpa, suicídio, insônia inicial, intermediária, terminal, trabalho e atividades, retardo, agitação, ansiedade psíquica, ansiedade somática, sintomas somáticos (apetite, digestivo), sintomas somáticos (gerais), hipocondria, perda de peso, crítica, variação diurna, despersonalização e desrealização, sintomas paranóides, sintomas obsessivos e compulsivos. Hamilton resolveu posteriormente excluir 4 ítems (variação diurna do humor, desrealização, sintomas paranóides e sintomas obsessivos) por serem

menos freqüentes ou serem características de subtipos depressivos, como o melancólico. A escala de Hamilton foi novamente modificada para 24 itens, com a inclusão de desesperança, desamparo e auto desvalorização. Então, existem HAM-D com 17, 21 e 24 itens. Portanto, a versão da escala utilizada deve ser especificada em estudos científicos, como ensaios clínicos. Utilizam-se como pontos de corte: maior que 25, depressão grave; 18 a 24, moderada; 7 a 17, leve; menor que 7, ausência de depressão ou remissão (Endicott et al., 1981). A HAM-D apresenta uma entrevista estruturada para auxiliar em seu preenchimento (Williams, 1988). Tanto a escala, em todas as suas versões, quanto a sua entrevista estruturada já encontram tradução para o português (Moreno & Moreno, 2000). Uma das críticas a HAM-D é ela ser multidimensional, avaliando sintomas que não são específicos das depressões.

A escala MADRS é outra escala muito importante em ensaios clínicos com antidepressivos. Ao contrário da HAM-D, ela não inclui sintomas somáticos ou psicomotores. É formada por 10 itens: tristeza aparente, tristeza relatada, tensão interna, sono reduzido, diminuição do apetite, dificuldade de concentração, lassidão, incapacidade de sentir, pensamentos pessimistas e pensamentos suicidas. Seus itens são pontuados de 0 a 6, permitindo valores intermediários. Apresenta correlação positiva, porém é mais sensível e abrangente na avaliação de sintomas de depressão que a HAM-D (Dractu et al., 1985). A sua capacidade de diferenciar pacientes depressivos que respondem e não respondem a antidepressivos foi melhor que a HAM-D (Blacker, 2000). Encontra-se traduzida e validada no Brasil (Dractu et al., 1987). As avaliações do observador podem ser respondidas pelos pais ou responsáveis do aluno adolescente, ou mesmo pelo psicólogo escolar que o observou durante uma semana em diferentes atividades escolares, e a partir também das observações de professores e coordenadores que o psicólogo tenha entrevistado anteriormente.

Para que o processo avaliativo seja completo podemos ainda aplicar testes projetivos.

### **Testes Projetivos:**

Estes Instrumentos são sempre indicados pela bibliografia aqui pesquisada como sendo um processo de avaliação clínica. Muitos autores pautam-se no fator dos testes projetivos desencadearem aspectos psíquicos que o avaliador da área educacional ou de qualquer outra especialidade que não há o de atendimento psicológico clínico, pode trazer prejuízos desnecessários ao aplicando. As autoras de O Questionário Desiderativo, assim descrevem as funções de um teste projetivo:

*“.....,esta técnica nos informa sobre características de personalidade do paciente, sua bagagem defensiva, os pontos de fixação predominantes, os conflitos básicos, a força do Ego, a maturidade ou imaturidade do Superego, os aspectos afetivos, o tipo de relações objetais, o desenvolvimento cognitivo ou aptidões intelectuais, interesses, aspectos valorizados e desvalorizados de si mesmo, auto-imagem, auto-estima, identificações, imagem corporal, identidade sexual, desempenho das funções do Ego.”*  
Nijamkin e Graciela ( 2000, p.10)

Acredita-se, portanto, que os testes projetivos devem ser utilizados de forma mais adequada na clínica, em que ao levantar tais características da personalidade do indivíduo submetido a avaliação possam ser se necessário trabalhadas. O fato deste indivíduo estar com suspeita de depressão neste caso específico, justifica-se ainda mais a não mobilizar questões em sua estrutura psíquica que suspeita-se já se encontrar frágil e em sofrimento.

### **O Julgamento Profissional:**

Estando com dados recolhidos nas entrevistas, nos testes respondidos pelo observador (es) e testes auto-avaliativos, podemos reunir-los para a interpretação e conseqüentemente se obter a conclusão da avaliação psicológica interventiva na escola sobre a hipótese de depressão na adolescência.

Os resultados podem ser descritos por escrito em formato de laudo e encaminhado aos profissionais competentes, a quem por ventura seja encaminhado o aluno. Também se pode realizar o resultado verbal oferecido ao próprio aluno, e a seus responsáveis. Tais informações serão úteis para orientar os professores e coordenadores que estão em constante contato com o aluno.

Deve-se ressaltar o treino e a habilidade do profissional, quando for transmitir verbalmente os resultados no caso de que se confirme a hipótese de depressão, aos indivíduos acima mencionados.

Aos professores e coordenadores pedagógicos as informações passadas devem ser restritamente aquelas necessárias, para auxiliar na relação ensino aprendizagem e no relacionamento interpessoal com o grupo.

O psicólogo deve estar atento para não expor intimidades da vida particular do aluno que nada venha a ser fator contribuinte para compreensão do quadro ou orientação do manejo com o aluno em questão.

Quanto aos pais ou responsáveis, é importante perceber a receptividade dos mesmos para depois definir o tom da devolutiva. Com freqüência, muitos mecanismos de defesa são ativados, nos que ali estão como responsáveis. Por exemplo, a “negação”, em que o indivíduo não aceita ou acredita na gravidade da situação ou na necessidade de se buscar ajuda. Ou até mesmo no caso de um dos familiares também sofrer de depressão disparar um quadro diante das notícias.

O papel do psicólogo escolar neste momento é o de conscientizar-los para o encaminhamento a profissionais capacitados, a estarem tratando o aluno afim de se superar o quanto antes este problema.

A mesma linha segue a devolutiva ao adolescente. É comum o aluno com depressão resistir ao tratamento, até como sintoma da própria depressão. O psicólogo escolar pode se valer da transferência positiva construída entre eles durante o processo avaliativo psicológico para conscientizá-lo desta necessidade.

## 5. CONCLUSÃO

O presente trabalho pode verificar que a adolescência se caracteriza por uma fase de intensas e sucessivas mudanças neurológicas, fisiológicas, cognitivas e psíquicas-emocionais no indivíduo, deixando-o quando portador de uma predisposição a depressão mas sujeito a mesma.

A depressão se apresenta no adolescente com sintomas que se diferem em partes da depressão em adultos ou crianças, caracterizando o quadro ou em algumas ocasiões o camuflando, o que dificulta o diagnóstico.

Dentre as principais características da depressão na adolescência, esta entre outras a queda no rendimento escolar e a mudança do comportamento do aluno em relação ao grupo de colegas escolares e seu rendimento na aprendizagem de forma geral, se refletindo nitidamente, na queda de rendimento nas avaliações.

Diante deste quadro a escola que conta com um serviço de orientação psicológica ou psicopedagógica, representa um importante papel na identificação e conseqüente encaminhamento no atendimento deste adolescente enfermo.

Os autores (Salomon, 2000; Kolb, 1979, entre outros) aqui pesquisados com freqüência alertam que quanto mais recentemente se identifica e trata a depressão, maiores serão as chances de uma recuperação e conseqüentemente diminuição do sofrimento para o indivíduo e os que com ele convivem e nutrem pelo mesmo afeição.

Na introdução deste trabalho, foi sugerida alguma questão que ao tentarem serem respondidas ao longo dos estudos aqui realizados acreditar-se-ia estar alcançando os objetivos propostos no mesmo.

As questões seriam três ao todo e assim foram compostas:

1. Quais são as recomendações para diagnosticar a depressão na adolescência?
2. Quais os critérios utilizados para realizar o psicodiagnóstico de depressão no ambiente escolar?
3. Quais seriam os instrumentos técnicos possíveis e mais adequados para o profissional da psicologia escolar utilizar e assim realizar este psicodiagnóstico?

Buscando, portanto alcançar a conclusão desta monografia segue abaixo as respostas que foi possível encontrar. Retomando as respostas:

1. As principais indicações para se diagnosticar a depressão na adolescência no ambiente escolar são segundo Mirian Cruviel:

- Queda das notas;
- Dispersão da atenção e do interesse em sala de aula;
- Dificuldade de cumprir as tarefas e trabalhos propostos pra dentro e fora de sala de aula;
- Dificuldade de compreensão e assimilação do conteúdo apresentado;
- Sua memória com freqüência se mostra falha;
- Seu desinteresse pelas atividades escolares sejam elas de ordem pedagógica ou social é minimizada ou ausente;

Diante dos sintomas acima citados, teríamos a indicação de iniciar uma avaliação psicológica interventiva de depressão no aluno(a).

2. A maioria dos autores aqui pesquisados, colocam que os critérios a se tomar quando se realiza uma avaliação interventiva na escola é quanto o grau de mobilização que o processo pode repercutir no sujeito. Ao se realizar a entrevista e passar pelos testes estará se investigando e tocando em questões que podem aflorar emoções que se encontram fragilizadas no aluno. Como a escola não possui uma proposta de atendimento clínico, mas sim do encaminhamento. O tato com que o profissional da área psicológica deve ter e o critério na escolha de instrumentos e profundidade da entrevista com o aluno e seus responsáveis se tornam fundamentais. Caso contrário corre-se o risco da iniciativa que visa minimizar o sofrimento e evitar os prejuízos que a depressão traz para que dela sofre seja aumentados ou intensificados.

3. Os instrumentos que atualmente a bibliografia consultada sugere são:

- Entrevista com o aluno, professores, equipe pedagógica e responsável.
- Aplicação dos testes de auto-avaliação e de avaliação do observador, que estão descritos com maior minuciosidade no capítulo anterior.

É importante ressaltar que aqui não se tem a pretensão de ter esgotado o assunto, pelo contrário, foi possível perceber que um estudo ainda mais profundo refletiria em respostas mais completas, como a possibilidade de aplicação de testes projetivos o que complementaria e daria ainda maior credibilidade e definição do diagnóstico. Um outro tema a ser abordado ainda seria os métodos ou formas de realizar a conclusão do diagnóstico que se difere a depender do propósito e a quem se dirige o resultado. Deixa-se aqui, portanto a sugestão para continuidade desta pesquisa.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **AITKEN, R.C.** Measurement of Feelings Using Visual Analogue Scales. Proc R Soc Med 62: 989-93, 1969.
2. **ALTMAN, E. G.; HEDEKER, D.R.; JAICAK, P.G.; PETERSON, J.L.; DAVIS, J.M.** The Clinician-Administered Rating Scale for Mania (CARS-M): Development, Reliability, and Validity. Biol Psychiatry 36(2) : 124-34, 1994.
3. **BALLONE, G.L.** – Depressão na Adolescência – [www.psiqweb.med.br](http://www.psiqweb.med.br) - 05/11/2003
4. **BARBOSA G.A. ; BARBOSA A.A.G.** – Doenças Prevenção – Depressão Infantil – [www.universiabrasil.net/materia.jsp](http://www.universiabrasil.net/materia.jsp) -13/10/2003
5. **BAWLBY J.** – Psicologia e Pedagogia - Teoria do Apego vol I – São Paulo. – 2ª edição - Editora Martins Fontes - 1990
6. **BEE, H.L.; MITCHELL, S.K.** – A Pessoa em Desenvolvimento, Universidade de Washington – Ed. Harbra, 1986.
7. **BECH, P.; RAFAELSEN, O.J.** The use of Rating Scales Exemplified by a Comparison of the Hamilton and the Bech-Rafaelsen Melancholia Scale. Acta Psychiatr Scand 285(Suppl): 128-131, 1980.
8. **BECH, P.; RAFAELSEN, O.J.; KRAMP, P.; BOLWIG, T.G.** The Mania Rating Scale: Scale Construction and Inter-Observer Agreement. Neuropharmacology 17: 430-1, 1978.
9. **BECK, A.T.; WARD, C.H.; MENDELSON, M.; MOCK, J.; ERBAUGH, J.** An Inventory for Measuring Depression. Arch Gen Psych 4: 561-71, 1961.
10. **BECK, A.T.; STEER, R.A.; GARBIN, M.G.** Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five Years of Evaluation. Clin Psychol Rev 8: 77-100, 1988.
11. **BEIGEL, A.; MURPHY, D. L.; BUNNEY, W.E.** The Manic-State Rating Scale: Scale Construction, Reliability and Validity. Arch Gen Psychiatry, 25: 256-62, 1971.
12. **BLACKBURN, I.M.; LOUDON, J.B.; ASHWORTH, C.M.** A New Scale for Measuring Mania. Psychol Med 7: 453-8, 1977.

13. **BLACKER, D.** Psiquiatric Rating Scales. In: Sadock, B.; Sadock, V. Kaplan's & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7th ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, vol.1, pp. 755-83, 2000.
14. **BOCK, A.M.B; FURTADO O.; TEIXEIRA M.L.T.** – Psicologias – Uma Introdução ao Estudo da Psicologia – São Paulo, Ed Saraiva, 13ª edição –1999.
15. **BRIERLEY, C. E.; SZABAI, E.; RIX, K. J.; BRADSHAW, C.M.** The Manchester Nurse Rating Scales for the Daily Simultaneous Assessment of Depressive and Manic Ward Behaviors. J Affect Dis 15: 45-54, 1988.
16. **CAJADO, O. M.** – Dinâmica da Adolescência – São Paulo – Ed. Cultrix – 1990.
17. **CALIL, H.M; PIRES, M.L.N.** Aspectos Gerais das Escalas de Avaliação de Depressão. In: Gorenstein, C.; Andrade, L.H.S.G.; Zuardi, A. W. Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia. Ed. Lemos, São Paulo, 2000.
18. **CARROL, B.J.; FEINBERG, M.; SMOUSE, P.; RAWSON, S.; GREDEN, J.** The Carrol Rating Scale for Depression: I. Developmen, Reliability and Validation. Br J Psychiatry 138: 194-200, 1981.
19. **CAUSAS DA DEPRESSÃO** – [www.psicosite.com.br](http://www.psicosite.com.br) –13/01/2004.
20. **CID 10** – [www.datasus.gov.br/cid10](http://www.datasus.gov.br/cid10) - 10/01/2004
21. **CORDAS, T.A.; MORENO, R.A.** – O que Toda Família Deve Saber Sobre Depressão – São Paulo – Ed. Paulista – 2001.
22. **CUNHA, J.A.** – Psicodiagnóstico V – Porto Alegre – 5ª Edição – Ed. Artmed 2000.
23. **CUSCHNIR, L.** – Homem: Um pedaço Adolescente; Adolescente: Pedaço de Homem – São Paulo – Ed. Saraiva, 1994.
24. **CRUVIEL, M.** – Pais e Professores Ignoram Sintomas da Depressão Infantil – [www.UNICAMP.br/saladeimprensa](http://www.UNICAMP.br/saladeimprensa) -14/10/2003
25. **DEROGATIS, L.; CLEARY,P.** Confirmation of the Dimensional Structure of the SCL-90- A Study in Construct Validation. J Clin Psychol 33: 981-9, 1977.

26. **DRACTU, L.; COSTA RIBEIRO, L.; CALIL, H.M.** Depression Assessment in Brazil. The First Application of the Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale. *Br J Psychiatry* 150: 797-800, 1987.
27. **DRACTU, L.; COSTA RIBEIRO, L.; CALIL, H.M.** Escalas de Avaliação de Depressão e sua Utilidade Clínica- Hamilton, Montgomery-Åsberg e Visual Análoga do Humor. *Rev Assoc Bras Psiquiatr* 7: 59-65, 1985.
28. **ENDICOTT, J.; COHEN, J.; NEE, J.; FLEISS, J.; SARANTAKOS, S.** Hamilton Depressive Rating Scale. *Arch Gen Psychiatry* 38: 98-103, 1981.
29. **FARIES, D.; HERRERA, J.; RAYMAJHI, J.; DEBROTA, D.; DEMITRACK, M.; POTTER, W.S.** The Responsiveness of the Hamilton Depression Rating Scale. *J Psych h Res* 34(1): 3-10, 2000.
30. **FRISTAD, M.A.; WELLER, R.A.; WELLER, E.B.** The Mania Rating Scale (MRS): Further Reliability and Validity Studies with Children. *Ann Clin Psychiatry* 7: 127-32, 1995.
31. **GHERPELLI, M. R. B. V.** – Manual do Corpo - Livro do Professor: Orientação Sexual para Adolescentes – São Paulo – 2ª Edição – Ed. São Paulo – 2000.
32. **GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L.** Inventário de Depressão de Beck- Propriedades Psicométricas da Versão em Português. In: Gorenstein, C.; Andrade, L.H.S.G.; Zuardi, A. W. Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia. Ed. Lemos, São Paulo, 2000.
33. **HAMILTON, M.** A Rating Scale for Depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 23: 56-62, 1960.
34. **KOLB, L.C.** – Manual de Psiquiatria Clínica – Rio de Janeiro – Ed. Guanabara – 1977.
35. **RUSH, A.J.; WALTERS, E.E.; WANG, P.S.;** National Comorbidity Survey Replication. The Epidemiology of Major Depressive Disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA* 289(23): 3095-105, 2003.
36. **MONTGOMERY, S.A.; ÅSBERG, M.** A New Depression Rating Scale Designed to e Sensitive to Change. *Br J Psychiatry* 134: 382-9, 1979.

37. **MORAES, C.J.** – Tudo Que Você Precisa Saber para Sair Dela –  
[www.depressão.org.br](http://www.depressão.org.br) -12/01/2004.
38. **MORENO, R.A.; MORENO, D.H.** Escalas de Avaliação para Depressão de Hamilton (HAM-D) e Montgomey-Åsberg (MADRS). In: Gorenstein, C.; Andrade, L.H.S.G.; Zuardi, A. W. Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia. Ed. Lemos, São Paulo, 2000.
39. **MOSQUERA, J.** – Adolescência e Provação - Porto Alegre – Livraria Sulina, 1977.
40. **NIJAMKIN, G.C.; BRAUDE, M. G.** – O Questionário Desiderativo – São Paulo – Ed. Vetor – 2000.
41. **PIAGET, J.** – A Equilibração das Estruturas Cognitivas – Rio de Janeiro – Ed. Zahar, 1976.
42. **RADLOFF, L.S.** The CES-D Scale: a Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Appl Psychol Meas* 1:385-401, 1977.
43. **RAPPAPORT, C. R.; FIORI, W.R.; DAVIS, C.** – Teorias do Desenvolvimento – Conceitos Fundamentais, Volume I – São Paulo – Ed. EPU – 1981.
44. **RUSH, A.J.; GULLION, C.M.; BASCO, M.R.; JARRETT, R.B.; TRIVEDI, M.H.** The Inventory of Depressive Symptomatology (IDS): Psychometric Properties. *Psychol Med* 26(3): 477-86, 1996.
45. **RUSH, A.J.; TRIVEDI, M.H.; IBRAHIM, H.M.; CARMODY, T. J.; ARNOW, B.; KLEIN, D.N.; MARKOWITZ, J.C.; NINAN, P.T.; KORNSTEIN, S.; MANBER, R.; THASE, M.E.; KOCSIS, J.H., KELLER, M.B.** The 16-Item Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS), Clinician Rating (QIDS-C), and Self-Report (QIDS-SR): a Psychometric Evaluation in Patients with Chronic Major Depression. *Biol Psychiatry* 54(5): 573-83, 2003.
46. **SALOMON, A.** – O demônio do Meio-Dia – Uma Anatomia da Depressão – Rio de Janeiro – Ed. Objetiva – 2002.
47. **SECUNDA, S.K.; KATZ, M.M.; SWANN, A.; KOSLOW, S.H.; MAAS, J.W.; CHUANG, S.; CROUGHAN, J.** Mania: Diagnosis, State Measurement and Prediction of Treatment Response. *J Affect Dis* 8: 113-21, 1985.
48. **SHANSIS, F.; GREVET, E.; MATTEVII, B.; BERLIM, M.; MALDONADO, G.; SANTIN, A.; FLECK, M.; IZQUIERDO, I.** Development and Application of the Mania Rating Guide (MRG). *Rev.*

49. **SILVEIRA, D.X.; JORGE, M.R.** Escala de Rastreamento Populacional para Depressão (CES-D) em Populações Clínica e Não-Clínica de Adolescentes e Adultos Jovens. In: Gorenstein, C.; Andrade, L.H.S.G.; Zuardi, A. W. Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia. Ed. Lemos, São Paulo, 2000.
50. **SNAITH, R.P.; AHMED, S.N.; MEHTA, S.; HAMILTON, M.** Assessment of the Severity of Primary Depressive Illness- The Wakefield Self Assessment Depression Inventory. Psychol Med 1: 143-9, 1971.
51. **SNAITH, R.P.; BRIDGE, G.; HAMILTON, M.** The Leeds Scales for the Self Assessment of Anxiety and Depression. Br J Psychiatry 128: 156-65, 1976.
52. **SVANBORG, P.; ÅSBERG, M.** A Comparison between the Beck Depression Inventory (BDI) and the Self-Rating Version of the Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS). J Affect Disord 64(2-3): 203-16, 2001.
53. **TIBA, I.** – Puberdade e Adolescência – Desenvolvimento Biopsicossocial – São Paulo – Ed. Agora – 1986
54. **TIBA, I.** –Adolescência o Despertar do Sexo – Um guia para entender o desenvolvimento sexual e afetivo nas novas gerações. – São Paulo – Ed. Gente – 1994.
55. **VILELA, J.A.; LOUREIRO, S.R.** Escala de Avaliação de Mania de Young - Estudo das Qualidades Psicométricas da Versão Brasileira. In: Gorenstein, C.; Andrade, L.H.S.G.; Zuardi, A. W. Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia. Ed. Lemos, São Paulo, 2000.
56. **WEBER, M.V.K. E WEBER, L.N.D.** – Depressão na Adolescência – [www.aprendiz.com.br](http://www.aprendiz.com.br) - 13/01/2004.
57. **WILLIAMS, J.A.** A Structured Interview Guide for the Hamilton Depressive Rating Scale. Arch Gen Psychiatry 45: 742-3, 1988.
58. **YOUNG, R.C.; BIGGS, J.T.; ZIEGLER, V.E.; MEYER, D.A.** A Rating Scale for Mania: Reliability, Validity and Sensitivity. Br J Psychiatry 133: 429-35, 1978.
59. **ZUNG, W.W.K.** A Self Rating Depression Scale. Arch Gen Psychiatry 12: 63-70, 1965.