

BOLETIM 08.18

www.sbnpbrasil.com.br

Depressão



Sociedade Brasileira de Neuropsicologia (SBNp)

Presidente

Deborah Amaral de Azambuja

Vice-presidente

Rochelle Paz Fonseca

Tesoureira Geral

Andressa Moreira Antunes

Tesoureira Executiva

Beatriz Bittencourt Ganjo

Secretária Geral

Katie Almondes

Secretária Executiva

Luciana Siqueira

Conselho delibetativo

Annelise Júlio Costa

Leandro Malloy-Diniz

José Neader Abreu

Paulo Mattos

Conselho Fiscal

Fernando Costa Pinto

Lucia Iracema Mendonça

Marina Nery

SBNp Jovem

Presidente

Victor Polignano Godoy

Vice-presidente

Thais Dell'Oro de Oliveira

Secretário Geral

Lucas Matias Felix

Membros da SBNp Jovem

Alberto Timóteo (MG)

Alexandre Marcelino (MG)

Ana Luiza Costa Alves (MG)

Ana Paula Toome Wauke (RS)

André Ponsoni (RS)

Emanuelle Oliveira (MG)

Júlia Scalco (RS)

Luciano Amorim (PA)

Maila Holz (RS)

Marcelo Leonel (RJ)

Mariana Cabral (MG)

Mariuche Gomides (MG)

Nathália Cheib (MG)

Priscila Corção (RJ)

Waleska Sakib (GO)

Expediente

Editora-chefe

Giulia Moreira Paiva

Editoras assistentes

Mariuche Rodrigues Gomides

Thaís Dell’Oro de Oliveira

Coordenador editorial

Alexandre Marcelino

Projeto gráfico

Rennan Antunes

Editores

Beatriz Campos Codo

Luciano da Silva Amorim

Avaliadores desta edição

Alina Teldeschi

Mestre em Ciências da Saúde - PGCM/UERJ. Especialização em Geriatria e Gerontologia - UNATI/ UERJ. Consultora da SBNp Jovem.

Giulia Moreira Paiva

Mestranda em Neurociências (ICB-UFMG). Tutora do Programa de Capacitação em Neuropsicologia realizado pela Federação das APAEs de MG. Editora-chefe da SBNp Jovem.

Mariuche Rodrigues Gomides

Doutoranda em Psicologia: Cognição e Comportamento (UFMG). Mestre em Neurociências (UFMG). Editora assistente da SBNp Jovem.

Editada em: outubro de 2018

Última edição: julho de 2018

Publicada em: outubro de 2018



Sociedade Brasileira de Neuropsicologia

Sede em: Avenida São Galter, 1.064 - Alto dos Pinheiros
CEP: 05455-000 - São Paulo - SP

sbnp@sbnpbrasil.com.br

www.sbnpbrasil.com.br



Sumário

- 05** **EDITORIAL**
- 07** **REVISÃO ATUAL**
As Novas Tecnologias e a Depressão
- 14** **NEUROPSICOLOGIA PRÁTICA**
Como Avaliar a Depressão no Exame Neuropsicológico?
- 21** **RELATO DE PESQUISA**
Ideação Suicida e de Morte em Crianças e Adolescentes
- 28** **ENTREVISTA**
Entrevista Clínica: Suicídio

EDITORIAL

Em conversas diárias quantas vezes você já ouviu alguém dizendo que está com depressão? Quantas outras você recebeu notícias de que um conhecido está em uma crise depressiva? Provavelmente não foram poucas vezes.

Existe uma tendência na sociedade atual de considerar formas normais de tristeza como depressão usando erroneamente um termo da psicopatologia nosológica. Ao contrário, muitas pessoas realmente têm sintomas claros de depressão, mas encontram inúmeras barreiras para o tratamento: seja a própria negação do diagnóstico, seja a dificuldade financeira para compra de medicação e pagamento de consultas, seja a disponibilidade de profissionais de saúde qualificados, seja a proximidade territorial de postos de saúde e hospitais. Em alguns países menos de 10% das pessoas com o transtorno recebem os tratamentos necessários. De toda forma, deve-se entender que a depressão não se caracteriza só pelo humor rebaixado ou a tristeza: devem haver outros sintomas concomitantes, prejuízos para a funcionalidade do indivíduo (no trabalho, nas relações sociais, na sua autoavaliação) e ou para aqueles que o cercam.

Mesmo quando se desconsidera os falsos positivos que se autodiagnosticam, a relevância da depressão para o campo da saúde mental é inegável. Os dados epidemiológicos divulgados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) são categóricos ao mostrar que 300 milhões de pessoas têm transtornos relacionados com depressão, é a maior causa de incapacitação para o trabalho e é um dos principais fatores de risco para atos suicidas (ideação, tentativas e suicídios concretizados). Neste sentido, estudos que visem a prevenção, diagnóstico e tratamento se fazem absolutamente patentes, ainda mais se considerarmos as possibilidades de melhora decorrentes das terapêuticas existentes.

Mas por quê a Neuropsicologia deve se preocupar com a depressão?

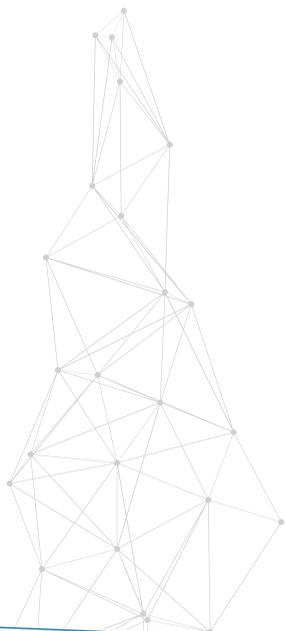
O principal motivo é que existe uma probabilidade muito significativa

de você encontrar alguém com esse transtorno em sua prática clínica, seja como desordem primária, seja como comorbidade. Não menos importante várias condições se confundem parcialmente ou são mascaradas por quadros depressivos como no caso do Comprometimento Cognitivo Leve e demências em estágios iniciais. Em termos de reabilitação, a depressão deve ser um foco de atuação por interferir diretamente na funcionalidade do seu cliente. Finalmente, sintomas depressivos devem ser reconhecidos sempre que possível para que haja o tratamento adequado para minimizar a possibilidade de desfechos negativos como o suicídio. Devemos sempre nos atentar para o princípio da beneficência e não maleficência em nosso dia a dia profissional.

Nesta edição, buscaremos primeiramente uma visão geral quanto à depressão e respectivas terapêuticas inovadoras e promissoras. Após essa visão geral da depressão chegaremos a um ponto fundamental para nós, neuropsicólogos: como avaliar a depressão no exame neuropsicológico. Finalmente, abordaremos um aspecto muitas vezes subestimado e pouco explorado: a ideação suicida em crianças e adolescentes e, em seguida, uma entrevista com uma especialista da área.

Esperamos contribuir para sua formação e reflexão teórica sobre um transtorno tão prevalente. Cabe ressaltar que lançamos uma Cartilha sobre suicídio devido ao mês dedicado à sua prevenção (Setembro Amarelo) para continuarmos a debater essas temáticas.

Victor Polignano Godoy
Presidente da SBNp Jovem



REVISÃO ATUAL

As Novas Tecnologias e a Depressão

Alberto Timóteo

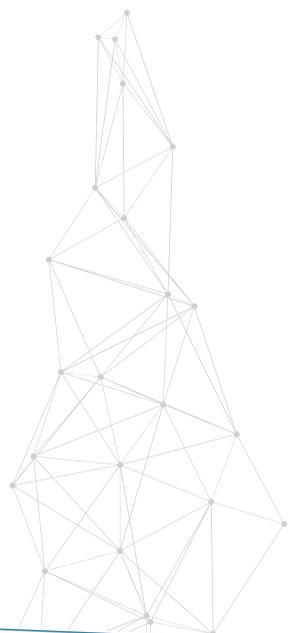
Desde o ano de 2015, o mês de Setembro é conhecido por uma campanha mundial chamada Setembro Amarelo. Esta campanha criada pela IASP (International Association for Suicide Prevention) é focada em conscientizar as pessoas em todo o mundo na luta contra o suicídio. Sendo o suicídio uma das maiores causas de morte nos últimos anos, é compreensível tamanha sensibilização por parte das organizações de saúde por todo o mundo. O tema da depressão se torna relevante neste contexto uma vez que, juntamente com outros transtornos psiquiátricos, é uma das maiores causas de suicídio que existem. É calculado que o gasto anual do mundo com depressão é por volta de 83 bilhões de dólares, provenientes da redução da produtividade dos trabalhadores, acréscimo dos gastos médicos e, como foi falado, do suicídio (Lin, 2016).

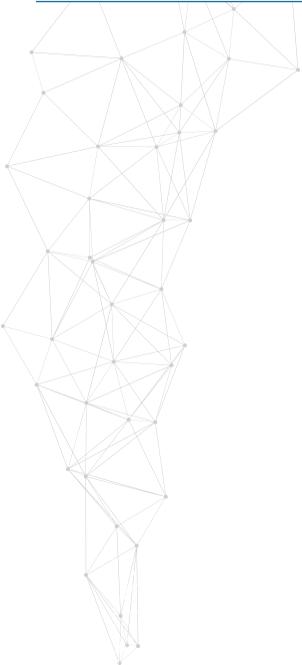
Um fator que vem se tornando área de interesse dos pesquisadores em depressão em todo o mundo é a influência do uso de redes sociais e smartphones para com o bem-estar psicológico. Um estudo realizado em 2016 (Lin, 2016) com jovens americanos constatou que as variáveis de uso de redes sociais e depressão estavam altamente correlacionadas, indivíduos com altos escores de depressão em escalas como a PROMIS (escala correlacionada e validada com escalas como a de Beck e a PHQ-9) possuíam também escores altos na escala de uso de redes sociais. Estas escalas mediam a quantidade de horas por dia que as pessoas utilizavam as redes sociais, assim como quanti-

dade de redes em que estava inserida e quantidade de vezes em que acessava cada uma delas. A direção da associação entre as variáveis, porém, não é clara, o estudo não permite dizer se as pessoas utilizam mais redes sociais por serem deprimidas ou se a rede social possui um fator depressivo naquela pessoa. Além disso, foi sugerido também que a rede social pode atuar como um potencializador de situações de cyberbullying, o que pode potencializar os sintomas de depressão sentidos pelo sujeito.

Apesar dessa situação, algumas redes sociais como o Tumblr e o Facebook possuem algoritmos para detectar potenciais comportamentos depressivos por parte de seus usuários. No Tumblr, por exemplo, se uma pessoa começa a utilizar a busca para procurar termos como "depressão" ou "suicídio", o site automaticamente redireciona para uma página com uma mensagem perguntando se está tudo bem e sugere alguns recursos de ajuda, tais como links informativos e canais de ajuda como CVV (Centro de Valorização da Vida). O Facebook, por sua vez, possuía um botão no qual usuários podiam reportar de forma anônima comportamentos preocupantes de seus amigos. O usuário que era "denunciado" recebia uma mensagem do facebook em seu próximo login sugerindo que buscasse algum tipo de ajuda profissional ou que conversasse com amigos próximos sobre algum problema. Por mais que a plataforma tenha removido essa função, ainda há um formulário online para reportar esse tipo de situação.

Um outro estudo, conduzido por Demirci et al. em 2015, investigou a relação entre qualidade de sono, depressão, ansiedade e uso de smartphones. Tal como o estudo anterior (sobre a relação entre o uso de redes sociais e pontuação em escalas de depressão), houve uma correlação alta entre o uso de smartphones, e todas as outras variáveis (depressão e ansiedade) de forma positiva. Uma análise de regressão indicou que um alto nível de uso de smartphones durante o dia predizia altos níveis de ansiedade e depressão. A amostra deste estudo utiliza de faixa etária parecida com o anterior: jovens, estudantes universitários. A amostra foi composta por alunos da universidade de Suleyman Demirel na Turquia. O questionário utilizado para medir o uso de smartphones foi uma adaptação de uma escala de vício em Internet chamada SAS (Escala de vício em smartphone), para medir a depressão foi utilizada a BDI (Inventário de depressão de Beck), e para ansiedade a BAI (Inventário de ansiedade de Beck), e, por fim, para medir a qualidade do sono foi utilizada a escala PSQI (Escala de qualidade de sono).





A partir desta pesquisa e de outros estudos, verificou-se que os sintomas depressivos não estavam relacionados diretamente com o fato de possuir um smartphone, e sim com o uso exacerbado de smartphone durante o dia. Porém, é importante colocar em pauta a mesma discussão feita para o estudo anterior, não se pode dizer que os sintomas depressivos aumentam a utilização de smartphones ou se a utilização exacerbada de smartphones auxilia no surgimento de sintomas depressivos.

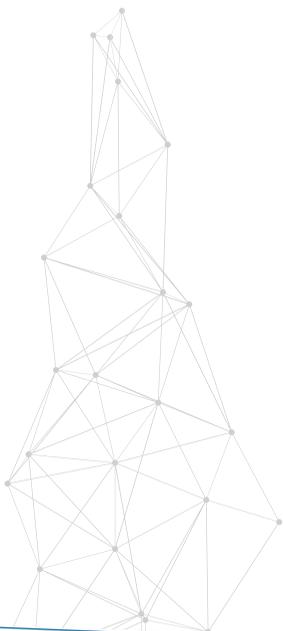
Outros tantos estudos podem ser citados aqui, buscando relacionar o uso exagerado de tecnologias e o aparecimento de sintomas depressivos em jovens. Porém, é importante também correlacionar possíveis motivos que impulsionam estes sintomas para com o uso de smartphones e redes sociais. Dessa forma, Nesi et al. em 2015 propuseram uma pesquisa acerca das taxas de Comparação social e busca por feedback com o aparecimento de sintomas depressivos em jovens adolescentes. Neste estudo foram verificados, a partir de escalas, o aparecimento de sintomas depressivos e a busca por comparação social e feedback através de tecnologias em 619 adolescentes de baixa a média renda. O primeiro achado do estudo foi de que a busca por comparação social e feedback através de tecnologias como um comportamento online possui implicações no funcionamento social do jovem tanto dentro quanto fora da internet. E o segundo achado mostrou que uma alta busca por comparação social e feedback por via digital possui associação com a presença de sintomas depressivos. Essa associação pode ser dependente da popularidade do jovem fora da internet, sendo que a associação é mais forte quando o jovem não é popular na escola.

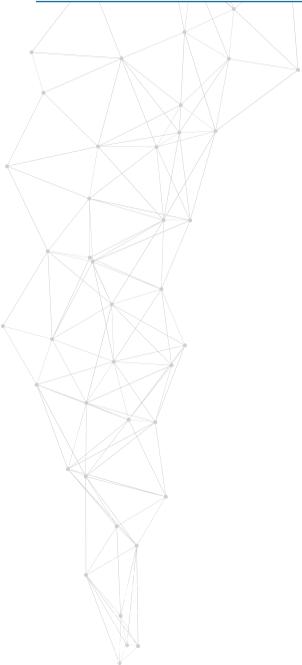
Apesar de todos estes três estudos apresentados não possuírem a característica de poder afirmar causalidade, por sua metodologia bidirecional das variáveis, pode-se enxergar certa relação entre os resultados demonstrados em todos eles. A alta utilização de smartphones e redes sociais pode estar ligada a uma busca maior por aceitação social no meio online, o que pode refletir no aparecimento de sintomas depressivos. Claro que isso são só especulações, e como são baseadas em estudos com limitações metodológicas, são necessários mais estudos para poder realizar a comprovação destas afirmações. Uma outra limitação clara destes estudos é a utilização de escalas para realização das medições. O auto-relato, por mais que possua rapidez e possa ser aplicado via internet para muitas pessoas, ainda é uma

medida duvidosa e que pode não refletir a realidade do sujeito. Estudos utilizando tecnologias como eye tracking, algoritmos de análise de dados e exames de imagem podem apresentar resultados mais fidedignos a respeito deste assunto.

A respeito da utilização das tecnologias para verificar os padrões da busca por aceitação social e feedback na internet, foi proposto, em 2017, a utilização de um algoritmo de análise de dados para tentar prever marcadores de depressão em fotos do Instagram. As fotos postadas por pessoas no Instagram possuem uma série de categorias dignas de análise: Existem pessoas nas fotos? Foi tirada na natureza ou dentro de casa? É dia ou noite? Estas informações podem ser analisadas pelos algoritmos pixel a pixel de modo a determinar estas características sem a necessidade de um crivo humano (Reece, 2017). Além disso eram verificadas nas fotos dados específicos como brilho, saturação, e iluminação das fotos.

Este estudo contou com a aprovação prévia das pessoas com perfil analisado e por fim foram utilizados os perfis de 166 usuários do Instagram, sendo que 71 deles possuíam histórico de depressão, destes 166 usuários foram analisadas 43.950 fotos diferentes postadas por eles ao longo dos anos. Os participantes preencheram via internet uma escala de auto-relato chamada CES-D (Escala do centro para estudos epidemiológicos de depressão) para fazer uma triagem dos níveis de depressão dos sujeitos. Por fim, os resultados mostraram que o algoritmo detectou a partir das fotos quais dos sujeitos eram pessoas depressivas e quais não eram, a partir da análise dos dados em algoritmos de machine learning. O machine learning é uma área da ciência da computação e da inteligência artificial, e os seus algoritmos funcionam de maneira a expor o computador a uma quantidade grande de dados, de forma a fazer com que o computador adquira uma "experiência" em determinada área, e assim, realize previsões de certas respostas de acordo com determinadas entradas de dados, quanto maior for a exposição do computador aos dados, maior será a sua capacidade de prever respostas corretas. No caso deste estudo, a exposição de dados do computador foi de 43.950 fotos, o que foi suficiente para que o computador captasse padrões entre comportamento dito depressivo pela escala de rastreio e características intrínsecas das fotos. Dessa maneira, na maioria das vezes o algoritmo soube prever corretamente a relação entre o comportamento depressivo do sujeito e as características das fotos que colocava na rede social. Este estudo é importante





para demonstrar que às vezes as pessoas expõem mais da sua situação mental nas redes sociais do que imaginam, e esse tipo de análise, se feita em grande escala com algoritmos robustos, pode ser um preditor de situações de suicídio, pode orientar usuários de redes sociais que busquem ajuda profissional e podem auxiliar até mesmo o clínico a realizar triagem de depressão sem precisar se submeter a escalas que, por mais validadas que possam ser, não deixam de ser ferramentas de auto-relato.

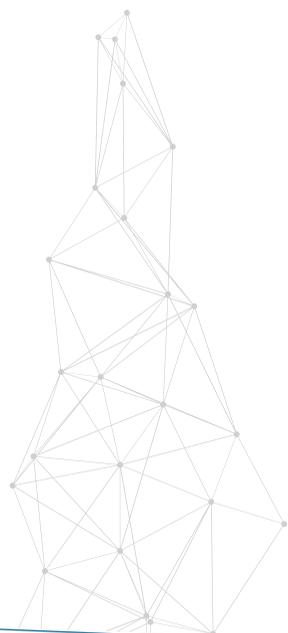
Para o processo psicoterápico, a tecnologia também pode ser de grande utilidade, principalmente em tratamentos de depressão e ansiedade. Diversos softwares que visam auxiliar a terapia foram sendo desenvolvidos com o passar dos anos, e ainda existem várias sugestões de como aprimorar estes programas para que sejam ainda mais eficientes (Hallgren, 2017). A junção de técnicas diagnósticas e psicoterapêuticas com as ferramentas computadorizadas só aumentam a precisão das técnicas empregadas. Por exemplo, foi verificado que juntar uma técnica de condução da anamnese para realização de diagnóstico com softwares especializados em fazer esta integração pode ocasionar em sugestões de diagnósticos mais precisos por parte do próprio software. Em doenças mais comuns e de causa não complexa como a depressão, já existem computadores tal como o Watson da IBM que consegue emitir um diagnóstico preciso ao examinar um exame de imagem por \$0,37. Um estudo realizado nos EUA por Kobak e colaboradores em 2015 demonstrou a eficiência da junção entre a terapia cognitivo comportamental (TCC) com recursos tecnológicos em comparação a técnicas terapêuticas de rotina de diferentes tipos. Nenhum dos profissionais era treinado em TCC. O profissional do grupo experimental foi submetido a um treinamento online de técnicas de TCC para depressão, além de receber material online de psicoeducação e um software para intermediar e enviar mensagens automáticas aos pacientes. Após 12 semanas de observação, os pacientes submetidos à TCC com ajuda da tecnologia obtiveram resultado muito mais expressivo do que os outros profissionais. Após isso, todos os profissionais obtiveram a oportunidade de fazer o curso online e ter acesso aos materiais de psicoeducação.

Um grande problema enfrentado pelos clínicos em todo o mundo é a aderência dos pacientes ao tratamento medicamentoso da depressão. Como os antidepressivos geralmente podem demorar cerca de 3 semanas a 1 mês para começarem a fazer efeitos (Nestler, 2002), existe

grande desistência por parte dos pacientes depressivos. Além disso, certos medicamentos podem simplesmente não surtirem efeitos em determinados pacientes. Um estudo de 2016, realizado por Chekroud et al. mostra, através de técnicas de machine learning, se um medicamento será efetivo para um paciente antes mesmo que ele comece a utilização do mesmo.

Para tal, foi utilizada uma base de dados de pacientes com depressão de uma grande clínica para tratamento de transtorno depressivo maior, reunindo dados como informações sociodemográficas, preenchimento de diagnóstico de depressão do DSM-IV, preenchimento de escalas de depressão como a QIDS-SR (Inventário rápido de sintomatologia depressiva) e HAM-D (Escala de depressão de Hamilton), diagnósticos de transtornos alimentares, informação se o paciente já tomou antidepressivos anteriormente, número de episódios depressivos, idade em que tinha em todos os episódios depressivos, entre outras variáveis. No total, haviam 164 diferentes variáveis referentes a cada paciente. Dessas 164, foram selecionadas, através de um algoritmo que calculava um coeficiente para cada variável, 25 delas que melhor predisseram a remissão dos sintomas de depressão em pacientes. A partir disso, criou-se um algoritmo capaz de prever se um paciente que inicia o tratamento com citalopram vai ter resultado benéfico do medicamento. Este tipo de estudo é extremamente importante para a clínica médica e para o tratamento da depressão, com bases de dados maiores e com a generalização para outros tipos de antidepressivos, é possível que se tenham não só diagnósticos super precisos no futuro, tal como tratamentos muito eficazes, sem margem para erro. A análise computadorizada é muito mais rápida e confiável do que a análise humana, e portanto, estamos caminhando para uma era em que os tratamentos serão mais acessíveis e mais precisos para o paciente final.

Com os estudos abordados é possível perceber uma associação entre a depressão e as redes sociais, apesar de não ser possível se falar de relação de causa e efeito, é fato que ambas estão relacionadas de alguma forma. Para o clínico da Neuropsicologia, estar atento às novas tecnologias é algo imprescindível para a atuação. Apesar desta relação negativa entre as redes sociais e a saúde mental das pessoas, não se pode concluir que a tecnologia é totalmente prejudicial. Diversos estudos estão ganhando espaço e conseguindo mostrar a capacidade enorme que a tecnologia pode oferecer para melhorar a qualidade do diagnóstico e da avaliação, tornando-os mais precisos e mais sofisti-



cados, conseguindo prover às pessoas soluções mais próximas às que são de necessidade das mesmas.

REFERÊNCIAS

Chekroud, A., Zotti, R., Shehzad, Z., Gueorguieva, R., Johnson, M., & Trivedi, M. et al. (2016). Cross-trial prediction of treatment outcome in depression: a machine learning approach. *The Lancet Psychiatry*, 3(3), 243-250. doi: 10.1016/s2215-0366(15)-00471-x

Demirci, K., Akgönül, M., & Akpınar, A. (2015). Relationship of smartphone use severity with sleep quality, depression, and anxiety in university students. *Journal Of Behavioral Addictions*, 4(2), 85-92. doi: 10.1556/2006.4.2015.010

Hallgren, K., Bauer, A., & Atkins, D. (2017). Digital technology and clinical decision making in depression treatment: Current findings and future opportunities. *Depression And Anxiety*, 34(6), 494-501. doi: 10.1002/da.22640

Hwang, K., Yoo, Y., & Cho, O. (2012). Smartphone Overuse and Upper Extremity Pain, Anxiety, Depression, and Interpersonal Relationships among College Students. *The Journal Of The Korea Contents Association*, 12(10), 365-375. doi: 10.5392/jkca.2012.12.10.365

Kobak, K., Mundt, J., & Kennard, B. (2015). Integrating technology into cognitive behavior therapy for adolescent depression: a pilot study. *Annals Of General Psychiatry*, 14(1). doi: 10.1186/s12991-015-0077-8

Lin, L., Sidani, J., Shensa, A., Radovic, A., Miller, E., & Colditz, J. et al. (2016). ASSOCIATION BETWEEN SOCIAL MEDIA USE AND DEPRESSION AMONG U.S. YOUNG ADULTS. *Depression And Anxiety*, 33(4), 323-331. doi: 10.1002/da.22466

Nesi, J., & Prinstein, M. (2015). Using Social Media for Social Comparison and Feedback-Seeking: Gender and Popularity Moderate Associations with Depressive Symptoms. *Journal Of Abnormal Child Psychology*, 43(8), 1427-1438. doi: 10.1007/s10802-015-0020-0

Nestler, E., Barrot, M., DiLeone, R., Eisch, A., Gold, S., & Monteggia, L. (2002). Neurobiology of Depression. *Neuron*, 34(1), 13-25. doi: 10.1016/s0896-6273(02)00653-0

Reece, A., & Danforth, C. (2017). Instagram photos reveal predictive markers of depression. *EPJ Data Science*, 6(1). doi: 10.1140/epjds/s13688-017-0110-z

NEUROPSICOLOGIA PRÁTICA

Como Avaliar a Depressão no Exame Neuropsicológico?

Priscila Corção Bittencourt Moraes

A avaliação de sintomas depressivos deve ser realizada utilizando-se dos quatro pilares da neuropsicologia: entrevista, observação comportamental, escalas de avaliação de sintomas e instrumentos cognitivos (testes neuropsicológicos) (Malloy-Diniz et al., 2016).

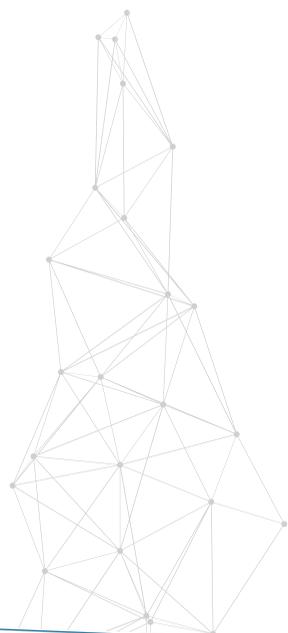
Na entrevista o profissional deve sempre se ater a alguns itens essenciais, como dados demográficos (idade, sexo, escolaridade), descrição da queixa ou doença atual (descrição, severidade, início, persistência e duração dos sintomas e queixas, tratamentos realizados, medicações utilizadas, avaliações anteriores, informações sobre lesões, acidentes, internações, relatórios médicos, histórico de cirurgias neurológicas, avaliações psicológicas e neuropsicológicas), história médica (traumatismo cranioencefálico, episódio de perda da consciência, epilepsia, acidentes cerebrovasculares, doenças infecciosas, doenças degenerativas, distúrbios metabólicos, encefalopatia tóxica, doenças congênitas ou do desenvolvimento, distúrbios demenciais, limitações físicas, abuso de álcool ou drogas, cuidados em relação a saúde), psiquiátrica (hospitalizações, tentativas de suicídio, distúrbios do humor, de ansiedade, somatoformes e de personalidade), educacional (grau de escolaridade, histórico de dificuldades de aprendizagem e de reprovações) e vocacional (reações a perda de emprego, estabilidade no emprego, complexidade do trabalho e nível de responsabilidade, desempenho profissional), dados do seu nascimento e desenvolvimento inicial (complicações durante a gravidez, peso ao nascer, idade materna,

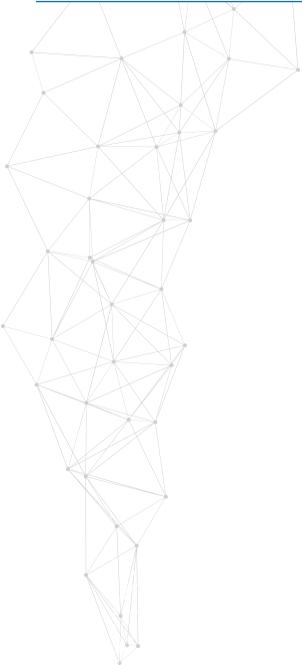
problemas neonatais), antecedentes familiares (nível educacional dos pais, histórico médico, neurológico e psiquiátrico dos pais e familiares) e sua situação atual (trabalho, habitação, rotina social, fatores estressores e histórico de relacionamentos e status marital) (Hamdan, s.d.).

A entrevista precisa ser bastante detalhada para exclusão de diagnósticos diferenciais. O diagnóstico diferencial deve ser feito considerando a presença ou ausência de outras condições ou síndromes diversas. Para isso, a diferenciação do transtorno disruptivo de desregulação do humor de um transtorno bipolar ou de um transtorno desafiador opositivo requer uma avaliação bastante minuciosa (Menezes & Juruena, s.d.).

Cuidados em relação do diagnóstico diferencial do Transtorno Depressivo Maior (TDM) devem considerar os seguintes pontos a) a distinção entre TDM com humor irritável de episódio misto ou de mania com humor irritável é complexo. A cuidadosa distinção deve levar em conta a presença de sintomas maníacos; b) não pode ser classificado como TDM casos que ocorrem como consequência de uma condição médica específica ou pelo uso de substâncias; c) sintomas comuns aos TDM e ao transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) são a distratibilidade e baixa tolerância à frustração. Caso o sujeito preencha o critério para ambos os transtornos, seu diagnóstico deverá ser TDM com TDAH. No entanto, o clínico precisa de cuidado para não “superdiagnosticar” TDM em crianças com TDAH, transtorno o qual é caracterizado por irritabilidade em vez de tristeza e perda de interesse; d) o TDM que ocorre em resposta a um estressor psicossocial deve ser diferenciado de transtorno de ajuste com humor depressivo, pelo fato do critério diagnóstico completo para TDM não preencher para transtorno de ajuste (Menezes & Juruena, s.d.).

Outros pontos são: a) se o sujeito apresentar características de Transtorno Depressivo Persistente (TDP), também conhecido como Distímia, por mais de dois anos e também preencher os critérios diagnósticos para TDP, o transtorno deve ser classificado como TDP com TDM (sendo este último um especificador para o primeiro) – podendo ser a TDM de episódios intermitentes (com episódio atual ou não) ou persistente; b) se o sujeito nunca teve episódios de TDM ao preencher os critérios para TDP, pode-se usar como “síndrome distímica pura” como especificador para o TDP; c) é comum sujeitos com transtornos psicóticos apresentarem sintomas depressivos. O diagnóstico de TDP





não pode ser feito de forma separada se ocorrer apenas durante o curso do transtorno psicótico (incluindo nas fases residuais); d) deve ser feita a diferenciação do TDP dos transtornos bipolares pela presença ou ausência de quadro de mania, e também é preciso diferenciar o TDP de transtornos relacionados a outra condição médica qualquer, ou de episódios depressivos induzidos por substâncias; e) frequentemente TDP coexiste com transtornos de personalidade. Se o sujeito preencher os critérios para TDP e transtornos de personalidade, ambos os diagnósticos devem ser dados (Menezes & Juruena, s.d.).

A observação clínica é fundamental no que concerne a perceber se o paciente relata sintomas de menos valia e de conteúdo entristecido, observar a aparência do paciente, seu nível de consciência e alerta, nível de cooperação, seu funcionamento sensorio-motor e perceptivo, as habilidades sociais e nível de ansiedade. Beck (1972) em suas pesquisas e observações clínicas pontuou para o conteúdo do pensamento negativo, ou seja, a autopunição, exacerbação dos problemas externos e desamparo como sintomas importantes. De acordo com Beck et al. (1997), são os pensamentos distorcidos, negativos e irrealistas a base dos sintomas da depressão.

Existem diversas escalas para medição de sintomas depressivos e para diversas idades. Os mais usados em adultos são a Hamilton Depression Rating Scale (HRDS) (Hamilton, 1960), a Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Zigmond e Snaith, 1983) e o Beck's Depression Inventory (BDI) (Beck, Ward, Mendelson, Mock e Erbaugh, 1961). Para crianças temos a Children's Depression Rating Scale (CDRS), Reynolds Child Depression Scale e Children's Depression Inventory (CDI). Em idosos a mais utilizada é a Geriatric Depression Scale (GDS) (Aros & Yoshida, 2009). Entretanto, no Brasil ainda são poucas aceitas pelo Satepsi.

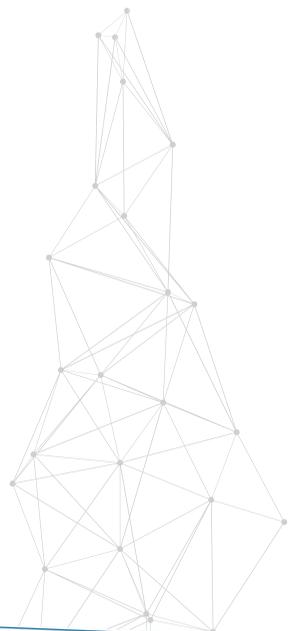
Existem evidências que sugerem a presença de déficits neuropsicológicos acompanhando o Episódio Depressivo Maior (Laks, Marinho, Rosenthal e Engelhardt, 1999). Observa-se que esses déficits se apresentam de forma ampla e tendem a incluir anormalidades envolvendo a sustentação da atenção, função executiva, velocidade psicomotora, raciocínio não verbal e novas aprendizagens (Porto, Hermolin & Ventura, 2002). Os domínios cognitivos mais comumente afetados em pacientes deprimidos são: evocação após intervalo de tempo, aquisição da memória, atenção, concentração, flexibilidade cognitiva e abstração

(Zakzanis, Leach e Kaplan, 1999). Tendo-se em conta a complexidade dessas funções e, ainda, o maior aporte de conhecimento das alterações neurofuncionais subjacentes às mesmas, a neuropsicologia vem cada vez mais se aprimorando no sentido de dissociar as funções estudadas para então identificar fatores ou padrões neuropsicológicos que seriam fundamentais na depressão. Ressalta-se que os achados neuropsicológicos descritos na depressão não podem ser atribuídos totalmente aos aspectos motivacionais (Rozenthal, Laks & Engelhardt, 2004).

Atenção: Pacientes bipolares sintomáticos teriam alterações da atenção sustentada, do controle inibitório e da capacidade de alternância do foco atencivo, sendo que essas alterações parecem não remeter com os sintomas. Pacientes unipolares apresentariam alterações na capacidade de sequenciação visuoespacial, memória imediata e atenção quando comparados com indivíduos normais. Essas alterações estariam presentes também nas fases assintomáticas, sendo que pacientes do sexo masculino com quadros crônicos teriam maior chance de permanecer com este perfil de déficits (Rozenthal, Laks & Engelhardt, 2004). Purcel et al. (1997) também descrevem, em pacientes deprimidos unipolares, comprometimento da capacidade de sustentar a atividade cognitiva e motora, de alternar o foco de atenção, além de lentificação motora e cognitiva. Esses déficits teriam relação com a gravidade do quadro, sendo mais intensos em pacientes que necessitam de internação hospitalar.

Memória: A alteração de memória estaria relacionada a uma desregulação do eixo hipotálamohipófise-adrenal, levando a efeitos adversos de hormônios do estresse sobre o hipocampo. Os pacientes deprimidos queixam-se de baixa concentração e de dificuldade de memorizar, padrão este diferente dos pacientes que apresentam alterações primárias do processo de fixação da memória. Porém, a maioria dos estudos não demonstra alteração da memória de curto prazo em deprimidos. Já comparado com a memória de longo prazo, a maioria dos estudos encontra evidências de comprometimento da evocação e reconhecimento tanto de material verbal quanto não-verbal (Rozenthal, Laks & Engelhardt, 2004).

Sweeney et al. (2000) descrevem alterações de memória episódica durante as fases mistas ou maníacas e também nas depressões uni ou bipolares. Pacientes deprimidos teriam maior seletividade na evocação

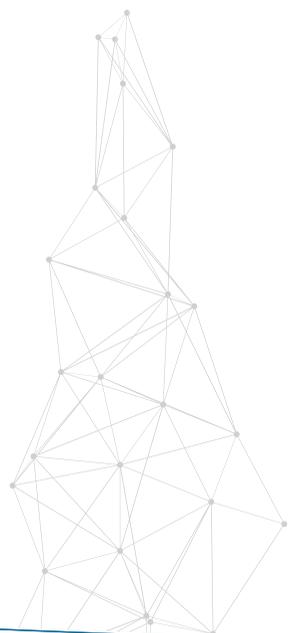


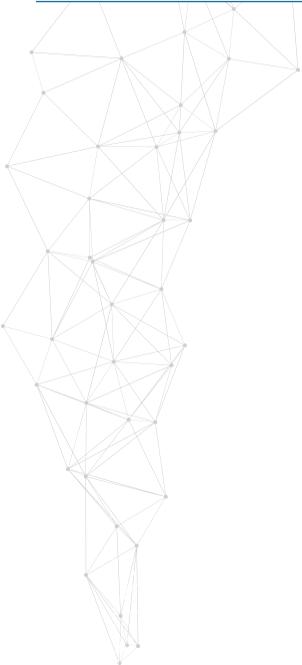
de material negativo e estudos sugerem que o processamento cognitivo ocorreria em dois tempos: um pré-atentivo (que segue a captura atenta da informação e é refletido em testes de memória implícita) e outro elaborativo (que envolve a associação de informações-alvo com outras informações na memória, refletida em testes explícitos) (Rozen-thal, Laks & Engelhardt, 2004). Pacientes deprimidos apresentariam déficits na recordação em tarefas que requerem o uso espontâneo de estratégias, ao contrário do observado naquelas que direcionam o uso de estratégias ou que prescindem das mesmas, indicando que os déficits experimentados na depressão se dão na iniciativa cognitiva. Deprimidos têm prejuízo da evocação de material cujo processamento é "desgastante", como resultado de reduzida capacidade em perfa-zer essas operações, mas não por uma diminuição na quantidade de material lembrado, visto em tarefas dependentes de processamentos mais automáticos (Rozen-thal, Laks & Engelhardt, 2004).

Velocidade de processamento: É descrita lentidão do processamento cognitivo em pacientes bipolares, unipolares jovens e idosos e em pacientes psicóticos (Rozen-thal, Laks & Engelhardt, 2004).

Função executiva: Tendo em vista as disfunções que dizem respeito à região pré-frontal na depressão, vários estudos neuropsicológicos vêm se atendo ao funcionamento executivo nesses pacientes. A sín-drome de disfunção executiva na depressão vem sendo estudada e, considerando suas interferências diretas na vida diária e no prognósti-co desses casos, torna-se fundamental sua identificação. A flexibilidade mental mostra-se comprometida em vários estudos em deprimidos unipolares e bipolares com persistência de estratégias inapropriadas, o que pode explicar, em parte, as ruminações depressivas, que, mesmo reconhecidas como estranhas e indesejáveis, não são rechaçadas. Observaram-se alterações na estruturação de estratégias de planeja-mento em pacientes bipolares e unipolares. Deprimidos parecem ter alteração executiva relacionada à iniciação da tarefa, mantendo normal a capacidade de supervisão (Rozen-thal, Laks & Engelhardt, 2004).

Emoção e tomada de decisão: Em pessoas normais, a emoção facilita o processo de tomada de decisão, guiando a cognição. Este processo tem grande relevância clínica em pacientes deprimidos, considerando-se que estes geralmente têm dificuldades em tomar decisões. Estudos conduzidos nesta área demonstram que pacientes deprimidos são mais lentos no processo de deliberação e, quando





solicitados a “apostar” em suas decisões (para avaliar o quanto estão seguros das mesmas), usam estratégias alteradas (mais conservadoras), com menos confiança. Os pacientes também apresentam percepção distorcida do feedback ambiental, respondendo anormalmente quando este é negativo e sugerindo uma desregulação dos sistemas de reforço. Em deprimidos, esta resposta comportamental anormal ao feedback de desempenho é associada a uma resposta neural anormal na região implicada com mecanismos de recompensa – o caudado medial e o córtex órbita-frontal ventro-medial. Essas áreas estariam na base de processos cognitivos que requerem informações afetivas, relacionadas ao processamento de significados relacionados às emoções, sendo extensivamente conectadas com estruturas límbicas implicadas, do ponto de vista comportamental, no processo de motivação, incentivo e reforço (Rozenhal, Laks & Engelhardt, 2004). Murphy et al. (2001) relata que nos transtornos de humor, parece haver uma falha nos processos inibitórios de comportamentos. Tanto os pacientes maníacos quanto os deprimidos parecem apresentar impulsividade, sendo que, na depressão, este fator, quando evidente, estaria ligado às tentativas de suicídio.

REFERÊNCIAS

Aros, M. S.; Yoshida, E. M. P. (2009). Estudos da depressão: instrumentos de avaliação e gênero. *Boletim de psicologia*, 2009, vol. Lix, nº 130: 061-076

Beck, A. T, et al. (1997). *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Beck, A. T. (1972). *Depression: causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Hamdan, A. (s.d.). Roteiro para a avaliação neuropsicológica. Disponível em: < <https://amerhamdan.com/roteiro-para-a-avaliacao-neuropsicologica/>>

Laks, J.; Marinho, V. M; Rozenhal, M. e Engelhardt, E. (1999). Neuropsicologia da Depressão. *Revista Brasileira de Neurologia*, 35, 97-102

Malloy-Diniz, L. F. et al. (Org.) (2016). Neuropsicologia: aplicações clínicas. Porto Alegre: Artmed.

Menezes, I. C.; Juruena, M.F. (s.d.). Transtornos Depressivos. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4169741/mod_resource/content/1/ARTIGO%20DEPRESS%C3%83O.pdf

Murphy F.C., Rubinsztein J.S., Michael A., et al. (2001). Decision making cognition in mania and depression. *Psychol Med*;31:679-93.

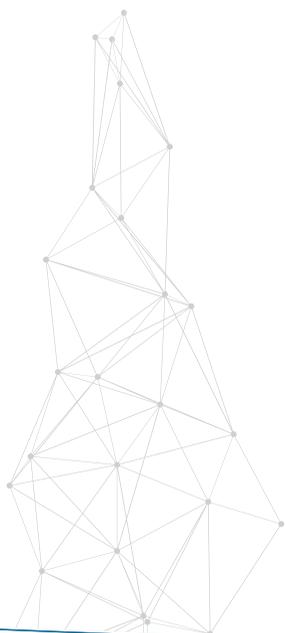
Porto, P., Hermolin, M., & Ventura, P. (2002). Alterações neuropsicológicas associadas à depressão. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 4(1), 63-70.

Purcell R., Maruff P., Kyrios M., Pantelis C.. (1997). Neuropsychological function in young patients with unipolar major depression. *Psychol Med*;27:1277-85.

Rozenhal, M., Laks, J., Engelhardt, E. (2004). Aspectos neuropsicológicos da depressão. *R. Psiquiatr. RS*, 26'(2): 204-212.

Sweeney J.A., Kmiec J.A., Kupfer D.J. (2000). Neuropsychologic impairments in bipolar and unipolar mood disorders on the CANTAB neurocognitive battery. *Biol Psychiatry*;48:674-85.

Zakzanis K. K., Leach L., Kaplan E. (1999). *Neuropsychological Differential Diagnosis*. USA: Suecks e Zeitlinger Publishers.



RELATO DE PESQUISA

Ideação Suicida e de Morte em Crianças e Adolescentes

Priscila Corção Bittencourt Moraes

O suicídio é considerado pelo Ministério da Saúde como um problema de saúde pública. Mais de 800 mil pessoas tiram a própria vida por ano no mundo, segundo dados de 2014 da Organização Mundial de Saúde (OMS), tornando-se a segunda maior causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos. No Brasil estima-se que 11 mil pessoas tiram a vida por ano, uma média de 32 pessoas por dia, sendo a quarta maior causa de morte entre jovens na mesma faixa etária (Ministério da Saúde, 2017).

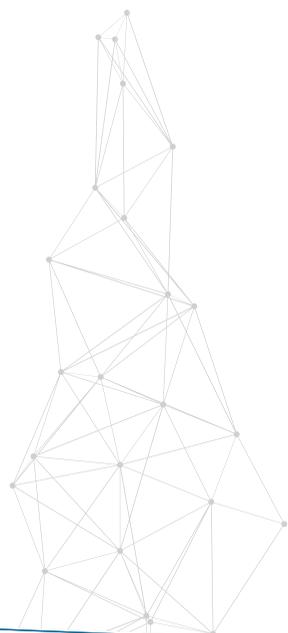
O comportamento suicida tem diferentes estágios, como ideação suicida, que pode ser definida como desejo, ideias e a tendência para se suicidar, planejamento suicida e tentativa de suicídio (Ziaei et al., 2017). Ter pensamentos suicidas ocasionalmente é normal, visto que estes pensamentos fazem parte do processo de desenvolvimento, conforme se lida com problemas existenciais e está tentando compreender a vida, a morte e o significado da existência. Os pensamentos suicidas tornam-se anormais quando parecem ser a única solução dos problemas, tornando-se, então, um sério risco de tentativa de suicídio ou suicídio. A intensidade, profundidade, o contexto em que surgem esses pensamentos e a impossibilidade de desligar-se deles é que são fatores que distinguem um jovem saudável de um que se encontra à margem de uma crise suicida (Moreira & Bastos, 2015).

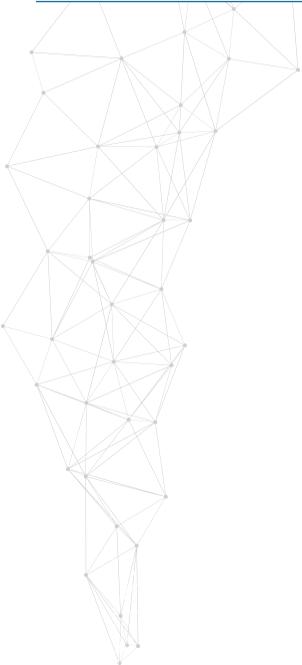
Diferentes teorias procuram explicar o comportamento suicida, dentre

elas, a teoria interpessoal do suicídio. Essa teoria sugere que existem duas causas: os sentimentos de não pertença, isto é, experiências de alienação ou desconexão social com outros significativos, e a percepção de ser um fardo. Apesar de a ideação suicida ser impulsionada por um estado psicológico, caracterizado pela presença destes dois elementos, um indivíduo só tentará tirar a sua própria vida se tiver desenvolvido uma capacidade adquirida para o suicídio, o que pressupõe uma diminuição do medo e um aumento da tolerância ou habituação à dor física (Piteira, 2016). Quanto mais uma pessoa tenta se suicidar, mais o tabu, medo e a dor associados à autolesão diminuem e, consequentemente, torna-se mais fácil cometer o suicídio (Ziaei et al., 2017).

Os principais fatores associados a tentativa de suicídio são: Transtornos psiquiátricos (depressão; Transtorno Afetivo Bipolar e Transtorno de Conduta); tentativa prévia de suicídio; fatores familiares (eventos estressores, falta de suporte, histórico familiar de depressão ou suicídio, contato com pessoas com comportamentos suicidas, perda de um parente, relacionamento complicado com os pais, percepção de controle excessivo ou cuidado deficitário por parte dos pais); abuso de substância (álcool e drogas ilícitas); abuso físico e sexual ou histórico de traumas durante a infância; orientação sexual e identidade de gênero (não heterossexuais e transexuais); bullying e segurança no ambiente domiciliar, no que concerne a disponibilidade de meios letais. Além disso, pacientes com transtornos do sono, de personalidade, patologias orgânicas que limitem a funcionalidade, baixa autoestima, pensamentos de morte, estado de agitação, ansiedade e desesperança, impulsividade e dificuldade em solucionar problemas também possuem fatores de risco aumentados para o suicídio (Dillillo et al., 2015).

Dados da OMS demonstram que a frequência do suicídio está se deslocando dos idosos para os mais jovens. A maioria dos suicídios ocorre entre crianças maiores de 14 anos, entretanto, em alguns países, tem ocorrido um aumento alarmante nos suicídios entre crianças menores de 15 anos, bem como na faixa etária dos 15 aos 19 anos (Moreira & Bastos, 2015). A ideação suicida e tentativa de suicídio são mais prevalentes em adolescentes do que em qualquer outro momento da vida. Entre 13 e 18 anos a prevalência de ideação e tentativa são de aproximadamente 12.1% e 4.1%, respectivamente, com taxas de tentativa suicida 3 vezes maior em meninas do que em meninos. Entretanto, a taxa de suicídios entre adolescentes é baixa, aproximadamente 0.005% por ano, onde os meninos se matam 3 vezes mais do que





meninas (Miranda et al., 2014).

O suicídio corresponde a terceira causa principal de morte de adolescentes, representando 10% de todas as mortes entre 15 e 19 anos. As taxas de suicídio aumentam dez vezes desde a pré-adolescência ao início da idade adulta. (Kawabe et al., 2016). Por ser uma fase de transição da infância para idade adulta, ocorrem muitas mudanças, desde o crescimento físico, novos relacionamentos até a presença de emoções que podem colocar uma grande quantidade de pressão sobre eles. Sem apoio social e parental, essa pressão pode colocar os adolescentes em risco de suicídio. No Brasil a população jovem, entre 15 a 29 teve um aumento de 15,3% nos casos de suicídio, passando de 2.515 para 2.900 suicídios entre 2002 e 2012. A taxa de suicídio, nessa população, passou, no mesmo período, de 5,1/100 mil para 5,6/100 mil jovens, ocupando o país a 60ª posição na classificação mundial (Moreira & Bastos, 2015).

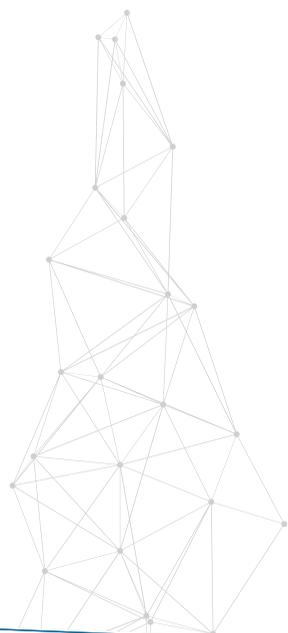
O suicídio entre crianças que ainda não entraram na puberdade é raro, embora pensamentos suicidas e tentativas possam ocorrer (Korczak, Canadian Paediatric Society & Mental Health And Developmental Disabilities Committee, 2015). No Brasil entre os anos 2000 e 2008 foram registrados 43 casos de suicídio entre crianças com menos de 10 anos e 6.574 de adolescentes entre 10 e 19 anos (Kuczynski, 2014). Mas mesmo que os suicídios nessa faixa etária sejam raros, é importante ficar atento aos sinais e sintomas de depressão nas crianças em idade pediátrica, são eles: irritabilidade e/ou humor deprimido; perda de interesse nas atividades cotidianas; agitação psicomotora e/ou perda de energia; baixa concentração e indecisão; insônia ou hipersonia; perda ou ganho de peso; perda de esperança e senso de impotência; sentimento de culpa ou baixa autoestima; sintomas somáticos crônicos (dor de cabeça, constipação, dor de barriga); pensamentos de morte ou de suicídio (Dilillo et al., 2015).

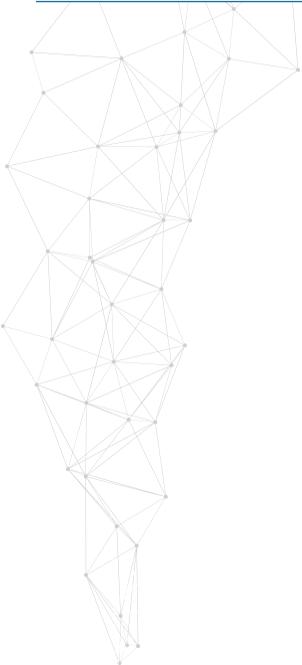
Alguns estudos questionam se crianças com menos de 8 anos conseguem entender o que a morte representa. Entretanto, sabe-se que quanto mais novas as crianças, mais primitivo é o seu entendimento sobre o que a morte representa e, esta ideia vai evoluindo ao longo do seu ciclo vital. Whalen et al. (2015) demonstram evidências empíricas de que crianças pequenas possuem um entendimento acerca de morte e até suicídio maior do que esperado. Embora o entendimento de uma criança mais nova sobre morte ou suicídio seja menos complexo

do que de uma criança mais velha ou de um adulto, em torno de 4 anos crianças conseguem entender que a morte leva a cessação da habilidade de atuar e é distinguida de dormir. Whalen et al. ainda citam um estudo de Mishara (1999) feito com crianças do primeiro ao quinto ano escolar em que todas, com exceção de três crianças, conseguiram definir e discutir "matar você mesmo". Todas as crianças que conseguiram definir e discutir sobre esse conceito mencionaram meios viáveis de se fazer, seja usando uma faca ou arma. Embora não seja específico para o início da infância, os resultados desse estudo sugerem que crianças entre 6 e 10 anos entendem perfeitamente que um ato intencional de suicídio resultará em morte e compreendem que a morte é permanente e final. Para Kuczynski (2014) em média uma criança com 8 anos de idade aceita que todos vão morrer um dia (inclusive ela), com 9 anos ela aceita que irá morrer um dia, com realismo, com 10 a 11 já tem noção sobre a deterioração do corpo e a partir dos 11 teoriza sobre o que acontece depois, dando início à especulação metafísica. Um dos desafios para a prevenção do suicídio na infância é a detecção precoce da ideação suicida. A mudança do comportamento da criança não deve passar despercebida ou ser confundida com uma fase de temperamento difícil ou retraído. Além disso, deve-se superar a ideia de que a criança não tem capacidade cognitiva para se matar (Sousa et. al, 2017).

Níveis elevados de ideação suicida conferem risco aumentado para futuras tentativas de suicídio e morte por suicídio. Segundo Fuller-Thomson, Hamelin e Granger (2013) estima-se de 15 a 20 tentativas para cada morte por suicídio. Nem sempre é fácil prever o nível de risco de suicídio em adolescentes e, por isso, os autores sugerem que o melhor modo de prevenção seria o estudo dos fenômenos associados à ideação suicida na juventude, pois, a prevalência de pensamentos suicidas entre adolescentes é bastante alta, com cerca de 20-30% de adolescentes relatando-os em algum ponto. Para Selby, Yen e Spirito (2013) além da ideação suicida direta, pensamentos passivos sobre a morte, também conhecidos como pensamento mórbido, ou ideação de morte, são frequentemente considerados uma parte da construção de ideação suicida. Ideação de morte compreende pensamentos gerais de morte e ideação suicida compreende o desejo de morrer ou comportamento suicida e pode estar associada a diferentes fatores de risco (Joo, Hwang & Gallo, 2016).

No amplo contexto da saúde pública, é perceptível que um volume





relevante de pacientes que demonstram ideação suicida em cuidados primários não atesta requisitos para o transtorno depressivo, logo, não necessariamente a ideação suicida vai estar conectada a depressão. Um estudo demonstrou que somente 34% dos pacientes com ideação suicida possuem critério para depressão grave. Em outra análise de primeiros cuidados em pacientes adultos, 7% dos pacientes tinham desejo de morrer, apesar da ausência de depressão. Embora comumente ligado a depressão, o ato do suicídio não é executado somente por pessoas comprovadamente depressivas, o diagnóstico de depressão sozinho possui limitações como fator de predileção (Joo, Hwang & Gallo, 2016).

O Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) pode ser uma das patologias não relacionadas com humor que podem servir como fator de risco para o suicídio (Balazs & Keresztesy, 2017). Pessoas com TDAH possuidoras de um perfil mais hiperativo/impulsivo seriam mais propícias a terem um comportamento suicida. Além disso, o suicídio no TDAH pode ser um efeito indireto do comprometimento a longo prazo associado aos sintomas em domínios acadêmicos e sociais ou a fatores ambientais adversos, como relações entre pais e filhos conflitantes e trauma de vitimização são comuns em jovens com TDAH e podem aumentar o risco de comportamento suicida (Daviss & Diler, 2014). Outra base teórica por trás da possível associação entre TDAH e suicídio é que dois terços dos casos de TDAH têm pelo menos um diagnóstico psiquiátrico comórbido, que geralmente são transtorno de conduta, uso de substâncias ou episódio depressivo maior. Esses distúrbios comórbidos são fatores de risco bem conhecidos de suicídio. Como o TDAH é um dos distúrbios psiquiátricos mais prevalentes (2% -12%) entre crianças e adolescentes, todos os conhecimentos adicionais sobre a possível associação entre TDAH e suicídio tem alta importância clínica e podem contribuir para a prevenção do suicídio. (Balazs & Keresztesy, 2017)

Os Transtornos de Aprendizagem, como a dislexia e discalculia também podem estar relacionados a comportamentos suicidas pois, como esses pacientes possuem dificuldade para ler e compreender, acabam tendo rendimento acadêmico abaixo do esperado, com graves consequências educacionais, sociais e emocionais, sendo associada a variados níveis de ansiedade e depressão. Entretanto, existem poucos trabalhos correlacionando transtornos de aprendizagem com depressão e seus possíveis riscos a vida desses pacientes (Rodrigues et al.,

2016).

REFERÊNCIAS

Balazs, J; Keresztesy, A. (2017). Attention-deficit/hyperactivity disorder and suicide: A systematic review. *World J Psychiatry*, March 22; 7(1): 44-59.

Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Setembro 2017. Disponível em: https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/09/Boletim_suicidio_MS_set17.pdf Acesso em: 23 de setembro de 2017.

Daviss, W. B.; Diler, R. S. (2014). Suicidal Behaviors in Adolescents With ADHD: Associations With Depressive and Other Comorbidity, Parent-Child Conflict, Trauma Exposure, and Impairment. *Journal of Attention Disorders*, Vol. 18(8) 680-690.

Dilillo, D et al. (2015). Suicide in pediatrics: epidemiology, risk factors, warning signs and the role of the pediatrician in detecting them. *Italian Journal of Pediatrics*, 41, 49.

Fuller-Thomson, E; Hamelin, G. P; Granger, S. J. R. (2013). Suicidal Ideation in a Population-Based Sample of Adolescents: Implications for Family Medicine Practice. *ISRN Family Medicine*, vol. 2013.

Joo, J., Hwang, S., & Gallo, J. J. (2016). Death Ideation and Suicidal Ideation in a Community Sample Who Do Not Meet Criteria for Major Depression. *Crisis*, 37(2), p. 161-165.

Kawabe, K et al. (2016). Suicidal ideation in adolescents and their caregivers: a cross sectional survey in Japan. *BMC Psychiatry*, 16, 231.

Korczak, D. J; Canadian Paediatric Society, Mental Health And Developmental Disabilities Committee. (2015). Suicidal ideation and behaviour. *Paediatr Child Health*, 20, 5.

Kuczynski, E. (2014). Suicídio na infância e adolescência. *Psicologia USP*, volume 25, número 3, p 246-252.

Miranda, R et al. (2014). Characteristics of suicidal ideation that predict the transition to future suicide attempts in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 55(11), 1288-1296.

Mishara, B. L. (1999). Conceptions of Death and Suicide in Children Ages 6-12 and Their Implications for Suicide Prevention. *Suicide Life Threat Behav.* 29(2):105-118.

Moreira, L. C. de O.; Bastos, P. R. H. de O. (2015). Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. *Psicol. Esc. Educ.*, Maringá, v. 19, n. 3, p. 445-453.

Piteira, M. M. C. (2016). Necessidades interpessoais e risco de suicídio numa amostra clínica de idosos. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de Évora, Évora.

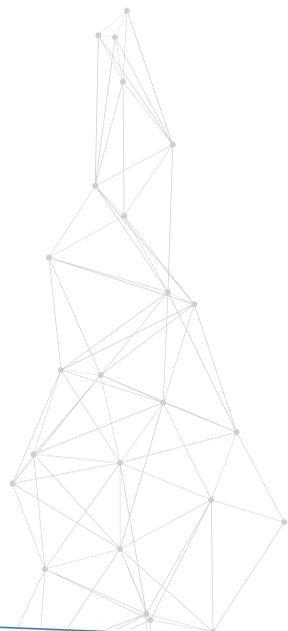
RODRIGUES, I. O. et al. (2016). Sinais preditores de depressão em escolares com transtorno de aprendizagem. *Rev. CEFAC*, Jul-Ago; 18(4):864-875.

Selby, E. A., Yen, S., & Spirito, A. (2013). Time Varying Prediction of Thoughts of Death and Suicidal Ideation in Adolescents: Weekly Ratings over Six Month Follow-Up. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 53, 42(4), p. 481-495.

Sousa; G S de et al. (2017). Revisão de literatura sobre suicídio na infância. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(9):3099-3110.

Whalen, D. J et al. (2015). Correlates and Consequences of Suicidal Cognitions and Behaviors in Children Ages 3-7. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54(11), 926-937.

Ziaei, R. et al. (2017). Suicidal ideation and its correlates among high school students in Iran: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 17, 147.



ENTREVISTA

Entrevista Clínica: Suicídio

Ana Luíza Costa Alves

Nesta edição, entrevistamos Isabella Lima, Doutora e Mestre em Medicina Molecular pela Faculdade de Medicina da UFMG, na área de Neurociência Clínica, psicoterapeuta cognitivo-comportamental com realização de cursos no Instituto Beck na Pensilvânia e Albert Ellis, em Nova Iorque e, também, Presidente da Associação de Terapias Cognitivas de Minas Gerais - ATC Minas.

1. O tema “saúde mental” tem tido importante alcance nos dias de hoje, se fala a respeito disso nas mídias, nas rodas de conversas e nas universidades. Isso se intensifica em Setembro, o mês da prevenção ao suicídio. Sendo psicoterapeuta, qual é a sua opinião sobre o impacto na vida das pessoas ao se falar desses assuntos?

Acredito que exista vários impactos ao falar de suicídio na comunidade de forma geral. Primeiro ponto é que não há nada de errado em pensar em suicídio, falar a respeito possibilita a diminuição do estigma, permitindo que o paciente que tem ideia suicida não se sinta fora do normal. Além disso, aumentam as chances dessas pessoas procurem tratamento o quanto antes e se sintam mais à vontade para falar sobre esse assunto ou até mesmo sobre sua desesperança. Talvez ao falar sobre suicídio, seja observado uma forma de intervenção antecipada, enquanto que em outros momentos isso não aconteceria.

Ainda sobre o impacto, acredito que seja viável abordar na comunidade de forma em geral o assunto “morte”, o que raramente acontece. A morte é uma certeza na vida de todos e talvez não seja um assunto abordado de forma tranquila e natural em nossa sociedade. E pensando na morte como algo que pode ter um significado valioso, esclarecer

o significado dela no contexto social, pessoal e familiar pode auxiliar também a perspectiva de abordagem do suicídio de uma forma mais saudável.

2. Considerando a sua experiência, acredita que atualmente as pessoas estão mais receptivas para procurar o atendimento psicológico e falar sobre o seu sofrimento mental do que há alguns anos?

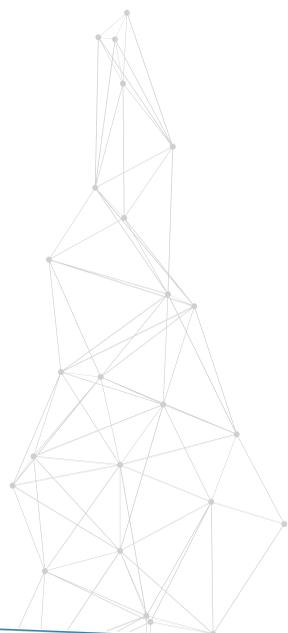
Sim, acho que as pessoas atualmente têm procurado mais tratamento psicoterapêutico, e acredito que isso se deve a várias razões, uma delas é a redução do estigma. Muitas pessoas procuram terapia mesmo sem fazer o acompanhamento psiquiátrico ou médico regular, o que é muito bom. Na realidade, a terapia parece dar um senso de que o sofrimento é algo da própria natureza humana.

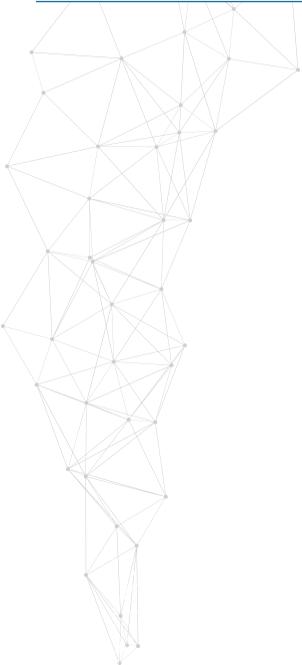
Há outras razões que podem explicar o aumento da procura por atendimento, como o número elevado de retornos e feedback externo, a alta velocidade do fluxo de informações desde cedo, a alta competitividade e demanda, não só no ambiente familiar mas também em outras interações que agora são facilitadas pelo uso de redes sociais e jogos interativos. A facilitação desse feedback possibilita que a pessoa ao longo do desenvolvimento atribua o indicador de valor, ou seja, o quão amável e o quão aceitável as suas características são, a um meio que é externo e não interno. Talvez tudo isso pode antecipar ou potencializar a manifestação de algumas características de vulnerabilidade.

Esses fatores claramente são agentes de desencadeamento de transtornos e sofrimento mental, já que com a mesma condição orgânica do desenvolvimento aquela pessoa precisa agora dar maiores resultados para conseguir estar inserida em um ambiente de mercado, afetivo, social, e em outros contextos.

3. Quais são os desafios de atender uma pessoa que apresenta risco para suicídio?

Um dos principais desafios é ter uma rede de apoio que auxilie no suporte prático daquele paciente, para que ele encontre dificuldades no acesso a materiais que ofereçam riscos. O segundo desafio é o ouvinte





ou terapeuta, pessoa que está recebendo essa informação, conseguir sair da posição de defensiva e utilizar a riqueza da informação que vem com a ideação suicida. Definitivamente, a ideação, pra além do comportamento idealizado em si, representa uma forma de atender a demanda do paciente naquele momento. Muitas vezes o terapeuta se atém muito a tarefa de inviabilizar o suicídio ao invés de procurar também a riqueza que vem com a idealização desse fato.

Então além das medidas práticas que surgem como primeira necessidade, como elaborar um plano anti suicida e impedir o acesso aos materiais que oferecem risco. É necessário também não deixar de abordar as razões pelas quais faz sentido ter uma ideação suicida naquele momento. Entender o que o paciente busca a partir daquela idealização ou o que ele está precisando possibilita acessar um novo repertório que possa atender a mesma demanda mas de uma outra forma que não seja através do suicídio. Não que o suicídio seja suprimido apenas, mas mostrar que aquela demanda pode ser atendida de uma outra forma e que não depende apenas dessa forma de resolver o problema que é visualizada pelo paciente naquele momento. Sendo assim, não só ter uma proteção prática mas também uma abordagem protetiva de média-longo prazo por estar atendendo a essa demanda essencial que frequentemente a ideação suicida surge para resolver.

4. Na sua opinião, quais fatores aumentam as chances de uma pessoa tentar suicídio?

Os fatores de risco para o suicídio são vários, o primeiro grande fator que precisa ser citado é a existência de uma tentativa prévia de suicídio. Aquelas pessoas que já tentaram suicídio uma vez podem ter uma tendência a tentar novamente. Além disso, a desesperança é um preditor, ou seja, uma dificuldade de visualizar desfechos satisfatórios e positivos no futuro podem potencializar a ideação suicida.

O histórico familiar de depressão, ansiedade e também um episódio atual vivido por essa pessoa podem ser considerados fatores de risco. Alguns transtornos de personalidade, como o transtorno de personalidade borderline, e o transtorno afetivo bipolar apresentam grande prevalência de suicídio nessa população clínica, sendo também fatores de risco.



SBNp

Sociedade Brasileira de
Neuropsicologia