



**Universidade Federal de São Paulo  
Curso de Especialização em Saúde da Família**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO  
AÇÕES DIRIGIDAS PARA PREVENIR A DEPRESSÃO NA  
ADOLESCENCIA**

**Autor: Ada Enma Rodríguez Caro  
Orientadora: Camila Mugnai Vieira**

**ADAMANTINA  
2015**

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	1
2 OBJETIVOS .....	4
2.1 Geral .....	4
2.2 Específicos.....	4
3 METODOLOGIA.....	6
3.1 Cenários da intervenção .....	6
3.2. Sujeitos envolvidos na intervenção .....	6
3.3 Estratégias de ações.....	6
3.4 Avaliação e monitoramento.....	8
4 Resultados esperados.....	10
5 Cronograma .....	11
Referencias .....	1

## 1 INTRODUÇÃO

A Depressão é uma doença crônica, recorrente, muitas vezes com alta concentração de casos na mesma família, que ocorre não só em adultos, mas também em crianças e adolescentes. O que caracteriza os quadros depressivos nessas faixas etárias é o estado de espírito persistentemente irritado, tristonho ou atormentado que compromete as relações familiares, as amizades e a performance escolar.<sup>1</sup>

De acordo com a “*American Psychiatric Association*”, um episódio de depressão é indicado pela presença de 5 ou mais dos seguintes sintomas, quase todos os dias, por um período de pelo menos duas semanas:

- \* Estado de espírito depressivo durante a maior parte do dia;
- \* Interesse ou prazer pela maioria das atividades claramente diminuídos;
- \* Diminuição do apetite, perda ou ganho significativo de peso na ausência de regime alimentar (geralmente, uma variação de pelo menos 5% do peso corpóreo);
- \* Insônia ou hipersônia;
- \* Agitação psicomotora ou apatia;
- \* Fadiga ou perda de energia;
- \* Sentimento exagerado de culpa ou de inutilidade;
- \* Diminuição da capacidade de concentração e de pensar com clareza;
- \* Pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida ou qualquer tentativa de atentar contra a própria vida.<sup>2.3.4</sup>

Na ausência de tratamento, os episódios de depressão duram em média oito meses. Durações mais longas, no entanto, podem ocorrer em casos associados a outras patologias psiquiátricas e em filhos de pais que também sofrem de depressão.

A doença é recorrente: para quem já apresentou um episódio de depressão a probabilidade de ter o segundo em dois anos é de 40%, e de 72% em 5 anos.

Em pelo menos 20% dos pacientes com depressão instalada na infância ou adolescência, existe o risco de surgirem distúrbios bipolares. 3.4 Antes da puberdade, o risco de apresentar depressão é o mesmo para meninos ou meninas. Mais tarde, ele se torna duas vezes maior no sexo feminino. A prevalência da enfermidade é alta: depressão está presente em 1% das crianças e em 5% dos adolescentes sem importar rasa nem grupo sócio econômico.<sup>5.6</sup>

Ter um dos pais com depressão aumenta de 2 a 4 vezes o risco da criança também desenvolver a doença. O quadro é mais comum entre portadores de doenças crônicas como diabetes, epilepsia ou depois de acontecimentos estressantes como a perda de um ente querido. Negligência dos pais e/ou violência sofrida na primeira infância também aumentam o risco.<sup>4</sup>

Há muitas tentativas de se definir adolescência, embora nem todas as sociedades possuam este conceito. Cada cultura possui sua concepção de adolescência, baseando-se sempre nas diferentes idades para definir este período. No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente define esta fase como característica dos 13 aos 18 anos de idade.<sup>7.8</sup>

A puberdade tem um aspecto biológico e universal, caracterizada pelas modificações visíveis, como por exemplo, o crescimento de pêlos pubianos, auxiliares ou torácicos, o aumento da massa corporal, desenvolvimento das

mamas, evolução do pênis, menstruação, etc. Estas mudanças físicas costumam caracterizar a puberdade, que neste caso seria um ato biológico ou da natureza.<sup>9.10.</sup>

Nesta idade acontece um conjunto de mudanças psicológicas que podem comprometer a vida futura, pois a necessidade de independência dos pais, de chamar atenção na turma, da identificação e a procura de novas experiências emocionais, os faz mais vulneráveis a ter transtornos depressivos sem não são bem orientados e apoiados pelos adultos.<sup>11.12.</sup>

A aceitação ou não dos colegas influência social, econômica, meio familiar e capacidades intelectuais podem influenciar na a estima do adolescente, por isto nunca deve se duvidar das características individuais de cada um deles mesmo que um momento determinado busquem uma uniformidade entre aspas pois este período é transitório onde ocorrem as mudanças necessárias para personalizar a futura identidade como adultos.<sup>13.14</sup>

A adolescência é, como se sabe, a fase da vida em que as pessoas querem sobretudo, serem “normais”, iguais aos outros. Qualquer diferença ou vulnerabilidade sobressai entre o grupo de pares e pode ser alvo de sarcasmo ou até de violência (física ou psicológica), como acontece no *Bullying*. Alguns adolescentes resistem ao tratamento por isso. A ideia de que alguém da escola ou do grupo de amigos possa tomar conhecimento de que aquele jovem está sendo acompanhado por um psicólogo ou que está fazendo uso de medicação antidepressiva pode ser aterradora. Ninguém quer ser visto como “anormal”, como um “*freak*”. No entanto, o fato de negarem a existência do problema e não receberem acompanhamento adequado pode levá-los a comportamentos inadaptativos, que os fazem sobressair pelos piores motivos.<sup>13. 14</sup>

Os professores, os psicólogos escolares e os médicos de família constituem recursos fundamentais na detecção precoce do problema e no encaminhamento de cada situação. Não havendo propriamente nenhuma medida 100% segura, cada uma das pessoas que contribui para a educação/formação de um adolescente pode ajudar em alguma medida para que um número maior de adolescentes receba tratamento adequado.

É muito difícil tratar depressão em adolescentes sem os pais estarem esclarecidos sobre a natureza da enfermidade, seus sintomas, causas, provável evolução e as opções medicamentosas<sup>14.</sup>

Apesar de se tratar de um problema que afeta uma grande parte da população jovem, a depressão na adolescência continua sendo um transtorno subdiagnosticado. Na verdade, poucos adolescentes deprimidos recebem acompanhamento adequado. Como na esmagadora maioria dos casos os adolescentes estão dependentes dos pais – do ponto de vista financeiro e também para as deslocções, por exemplo -o pedido de ajuda depende não só da forma como o adolescente se sente, mas também da comunicação que existe na família e da percepção que os pais (e outros educadores) têm (ou não têm) acerca do problema. A estas barreiras juntam-se outras preocupações: o custo do tratamento, aquilo que os “outros” podem pensar, dificuldades em encontrar um profissional adequado e dificuldades em conciliar o horário do adolescente com o horário dos pais.

Em alguns casos, o transtorno depressivo só é “descoberto” quando as consequências se manifestam em termos acadêmicos ou quando o comportamento do adolescente desencadeia problemas sérios de relacionamento.

O que é alarmante é que diversos estudos nesta área têm demonstrado que um adolescente deprimido que não receba tratamento adequado tem maior probabilidade de enveredar por caminhos menos saudáveis, como o consumo de álcool e drogas, gravidez precoce, depressão na idade adulta e até suicídio.

14

Com este projeto de intervenção, pretende-se pôr em prática ações voltadas a prevenir esta doença em nossa área de trabalho.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

- Aplicar um programa de intervenção educativa em pais ou cuidadores com adolescentes com depressão no Centro de Saúde Clovis De Oliveira, no município de Adamantina.

### **2.2 Específicos**

- Determinar o nível de conhecimento sobre depressão dos pais ou cuidadores dos pacientes estudados;
- Aplicar a intervenção educativa, levando em conta as necessidades de aprendizagem identificadas;
- Avaliar os resultados da intervenção educativa em pacientes objetos de estudo;
- Encaminhar as ações dirigidas para prevenir esta doença.



### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Cenários da intervenção**

Este município tem aproximadamente 35.000 habitantes, o “Programa Mais Médicos” está formado por 10 médicos, deles 7 cubanos e 3 brasileiros, a micro área estudada esta formada por 3000 habitantes e o bairro escolhido 800 habitantes com 205 famílias integradas das 50 % ao trabalho estatal, deles a terceira parte são adolescentes.

O projeto de intervenção será desenvolvido no bairro de Vila Cicma do Centro de Saúde Clovis de Oliveira, no Município de Adamantina, Estado São Paulo.

A unidade de saúde é formada por uma área de recepção, uma sala de espera, seis consultórios, sala de exames preventivos, consultório odontológico, sala de curativos, salas de vacina, sala de nebulização, sala de utilidades, área de copas/cozinha, farmácia, consultório de ginecologia e sala da vigilância epidemiológica. A equipe de saúde é constituída por três agentes comunitários de saúde, dois auxiliares de enfermagem, enfermeira e o médico.

#### **3.2. Sujeitos envolvidos na intervenção**

Serão participantes 34 pais de adolescentes da área de abrangência tendo em conta os seguintes critérios:

1. A vontade de participar.
2. Aptos psicologicamente
3. Confirmado que seus filhos tiveram um episodio de tristeza no período estudado.

Dentre os adolescentes, quase nenhum dos pais procurou atenção especializada, o diagnóstico foi feito tempo depois, por exemplo, quando realizaram tentativa de suicídio por conflitos como divorcio dos pais. Em um dos casos, não chegaram a cometer a tentativa, mas a maioria tivera a ideação suicida.

O maior número foram de sexo feminino, inclusive a tentativa de suicídio foi de uma paciente de 14 anos, que foi encaminhada para psiquiatria e a psicologia. Em geral, as idades foram entre 12 e 17 anos sem tratamento farmacológico.

A equipe envolvida será composta por médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde.

#### **3.3 Estratégias de ações**

Os Agentes comunitários de saúde da Equipe visitarão as casas dos adolescentes, realizar-se-á uma breve explicação sobre este problema de saúde solicitando aos vários pais que compareçam à unidade onde se aplicará um questionário no primeiro encontro para identificar o nível de conhecimentos que possuem sobre o tema. Serão quatro perguntas que correspondem ao conhecimento básico desenhado, segundo revisão bibliográfica, e tendo em conta os objetivos da investigação, compreensível para este grupo de pacientes.

Uma vez analisados os resultados do questionário, as necessidades de aprendizagem identificadas serão abordadas em uma estratégia educativa será proposta, conforme ao nível de escolaridade dos pais.

As atividades de capacitação serão dadas pelas auxiliares de enfermagem, enfermeira e o médico da equipe de saúde da unidade, serão realizados encontros com frequência semanal com duração de 60 minutos por sete semanas, empregando vários métodos e diferentes técnicas educativas e participativas para motivar ao auditório tais como: animação, reflexão, palestras, dinâmica de grupo, projeção, debates de vídeos, entregas de material educativo.

Concluída a intervenção educativa, o mesmo questionário será reaplicado para determinar as mudanças ocorridas no nível de conhecimentos da população participante.

Serão conformados grupos de quinze pessoas, segundo nível de escolaridade formando grupos heterogêneos quanto ao sexo, idade e escolaridade, para conseguir assim uma maior eficácia das técnicas empregadas. Em alguns casos as mães dos adolescentes com depressão os conceberam na adolescência, quer dizer, possivelmente foram pais sem a preparação adequada, outros com idades maduras e formados em alguma profissão.

Proposta de temas da Intervenção educativa:

Primeira semana.

Tema um: A depressão como problema de saúde. Situação atual. Conceito de depressão.

Segunda semana.

Tema dois: Fatores que podem desenvolver depressão na adolescência. Mudanças nesta idade.

Terceira semana.

Tema três: Aceitação e reconhecimento dos pais deste transtorno.

Quarta semana.

Tema quatro: Manifestações clínicas gerais e quadro clinicam da depressão na adolescência.

Quinta semana.

Tema cinco: Complicações mais frequentes na depressão nesta idade.

Sexta semana.

Tema seis: Manejo Adequado da depressão na adolescência.

Sétima semana.

Tema sete: Importância da continuidade do tratamento.

Oitava semana:

Avaliação dos temas.

### **3.4 Avaliação e monitoramento**

Será monitorada a assistência dos pais ou cuidadores nos dias agendados pela equipe segundo o comportamento dos serviços no posto de saúde e o espaço mais apropriado para eles, com prévia combinação.

A evolução do programa educativo será abordada nas reuniões da Equipe de saúde. Ao concluir o programa, aplicaremos novamente o questionário para determinar os conhecimentos adquiridos e deste modo fazer uma comparação com os resultados iniciais e avaliar a efetividade das técnicas empregadas.



#### **4 Resultados esperados**

1. Elevar o nível de conhecimento sobre Depressão na adolescência dos pais ou cuidadores;
2. Diminuição das consultas por este transtorno;
3. Diminuição dos quadros depressivos na adolescência e complicações;
4. Manejo adequado da depressão na adolescência.

## 5 Cronograma

Atividades	Julho 2014	Fevereiro 2015	Abril 2015	Mai 2015	Agosto 2015
Identificação da população	x				
Elaboração do projeto		x			
Aprovação do projeto			x		
Estudo do referencial teórico			X	X	
Revisão final e digitalização			X		
Entrega do trabalho final			X		
Discussão do trabalho				X	
Aplicação prática do projeto e ampliação do mesmo					x

## Referencias

- 1) Allgood-Merten, B., Lewinsohn, P. M. & Hops, H. (1990). Sex differences and adolescent depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 55-63.
- 2) American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSMIV-TR)*. Porto Alegre: ArtMed
- 3) Ballone GJ, Moura EC - Depressão na Adolescência - revisto em 2008. 87, 105.109 disponível em [www.psiqweb.med.br](http://www.psiqweb.med.br).
- 4) Baptista, M., Baptista, A. & Dias, R. (2001). Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 21, 56-61.
- 5) Bardagi, M. (2002). *Os estilos parentais e sua relação com a indecisão profissional, ansiedade e depressão dos filhos adolescentes*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- 6) Chartier, G. & Lassen, M. (1994). Adolescent depression: Children's Depression Inventory norms, suicidal ideation and (weak) gender effects. *Adolescence*, 29, 859-864.
- 7) Cunha, J. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo:
- 8) D Caetano. Classificação de transtornos mentais e de comportamentos da CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 28, 154.161
- 9) E Iacoponi – Rev Bras Psiquiatr, 1999 - SciELO Brasil. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10-Diretrizes Diagnósticas e de Tratamento para Transtornos Mentais.
- 10) Dutra, E. (2002). Comportamentos autodestrutivos em crianças e adolescentes: Orientações que podem ajudar a identificar e prevenir. Em C. Hutz (Org). *Situações de risco e vulnerabilidade na infância e adolescência: Aspectos teóricos e estratégias de intervenção* (pp. 53-87). São Paulo: Casa do Psicólogo
- 11) Giacomoni, C. (2001). *CDI: Resultados preliminares*. Manuscrito não-publicado, Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- 12) Lafer, B. & Vallada Filho, H. (1999). Genética e fisiopatologia dos transtornos depressivos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 12-17.
- 13) Paulson, S. & Sputa, C. (1996). Patterns of parenting during adolescence: Perceptions of adolescents and parents. *Adolescence*, 31, 369-381.
- 14) KNOBEL.HTT. Síndrome da adolescência normal, [p://portalacademico.cch.unam.mx/materiales/prof/matdidac/sitpro/exp/psico/psico2/pscii/MD1/MD1-L/A/adolescencia\\_normal.pdf](http://portalacademico.cch.unam.mx/materiales/prof/matdidac/sitpro/exp/psico/psico2/pscii/MD1/MD1-L/A/adolescencia_normal.pdf)