

DEPRESSÃO EM USUÁRIOS QUE FREQUENTAM O CAPS

Ana Paula Lazzari 1

Arnaldo Rasche Jr. 1

Luiz Felipe Marques Santana 1

Angela Maria Bavaresco 2

Paulo Ricardo Bavaresco 3

Resumo

Este trabalho reflete o resultado de uma pesquisa que se desenvolveu a partir da curiosidade em identificar a probabilidade de pessoas com depressão que residem em um município na região do extremo oeste de Santa Catarina (SC). Segundo estimativas a depressão já é a maior doença psicológica no mundo, esta enfermidade pode levar a morte. Após pesquisa bibliográfica sobre estimativa de dados realizou-se a análise dos prontuários de pessoas diagnosticadas com depressão, formas de acompanhamento e tratamento da enfermidade, que frequentam o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Essa pesquisa de cunho quantitativo, comparou pacientes diagnosticados com depressão no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) desse município e as pessoas diagnosticadas com depressão no estado de Santa Catarina. O índice de pessoas com depressão mostra-se alarmante.

1 INTRODUÇÃO

A partir das informações dispostas no site do Ministério da Saúde (2015), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas diferentes modalidades são pontos de atenção estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), um conjunto de ações que busca a inclusão e o exercício de direitos de cidadania de usuários e familiares da RAPS,

fortalecendo a construção de novos campos de negociação, formas de sociabilidade e projetos de vida e opera na criação de novas estratégias para as pessoas que, por contextos diversos, não acessam espaços formais de qualificação, trabalho e habitação. Além disso, possibilita a experiência de formas mais solidárias de inclusão a populações de extrema vulnerabilidade.

A atividade principal do CAPS volta-se para a demanda grave, como: doença mental grave, risco de suicídio e dependência química. Com tratamento variado, desde encaminhamentos para a internação até atendimento domiciliar. Existem cidades em que as unidades trabalham com a modalidade de “portas abertas”, nesse caso, qualquer pessoa pode buscar o acolhimento, porém, dependendo da condição do usuário apontada no termo de estratificação executado no acolhimento, o indivíduo será encaminhado para outra unidade ou não. No entanto, caso o encaminhamento seja realizado o paciente será direcionado para o local ideal do atendimento necessário. A depressão é um tipo de sofrimento mental tornando-se cada vez mais comum. Quando a pessoa está deprimida ela pode perder a vontade de tudo e ter dificuldade de fazer as coisas que era acostumada a fazer; às vezes, não consegue trabalhar, cuidar dos filhos ou estudar; ela fica com uma tristeza que não passa, desanimada, pode perder o apetite, sentir angústia, aflição; pode querer ficar todo o tempo sozinha, isolada em um ambiente; pode também ficar nervosa e apresentar dificuldades para se relacionar; pode ter vontade de morrer e fazer planos para acabar com a própria vida (SESDF, 2009). A partir dos dados gerais dos prontuários ativos do Centro de Atenção Psicossocial, a pesquisa propõe analisar os dados dos prontuários ativos do CAPS e identificar o percentual de usuários com o diagnóstico de depressão, assim como identificar os dados sociodemográficos dos usuários do CAPS com depressão no respectivo DSM-V de 2013.

2 DESENVOLVIMENTO

O Dia Nacional da Luta Antimanicomial foi definido no dia 18 de maio de 1987 no Brasil. Depois de muita luta, durante o Congresso de Trabalhadores de Serviços de Saúde Mental, que deu visibilidade ao Movimento da Luta Antimanicomial, com o lema de uma sociedade sem manicômios, inaugurando uma nova trajetória da proposta de Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Ainda hoje, os trabalhadores devem se mobilizar frente à “nova relação no mundo do trabalho”, marcada pela precariedade, e visualizar, para além de sua atuação, tendo como referência a dimensão técnico-assistencial e também a dimensão sociocultural, como aponta Amarante (2008).

O Sistema Único de Saúde instituído pelas Leis Federais 8.080/1990 e 8.142/1990 tem o horizonte do Estado democrático e de cidadania plena como determinantes de uma “saúde como direito de todos e dever de Estado”, previsto na Constituição Federal de 1988 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Esse sistema alicerça-se nos princípios de acesso universal, público e gratuito às ações e serviços de saúde; integralidade das ações, cuidando do indivíduo como um todo e não como um amontoado de partes; equidade, como o dever de atender igualmente o direito de cada um, respeitando suas diferenças; descentralização dos recursos de saúde, garantindo cuidado de boa qualidade o mais próximo dos usuários que dele necessitam; controle social exercido pelos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores, organizações da sociedade civil e instituições formadoras (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

As síndromes depressivas são atualmente reconhecidas como um problema prioritário de saúde pública. Segundo levantamento da Organização Mundial da Saúde (OMS), a depressão maior unipolar é considerada a primeira causa de incapacidade entre todos os problemas de saúde (incapacidade definida como uma variável composta por

duração do transtorno, e uma série de 22 indicadores de disfunção e sofrimento) (MURRAY; LOPEZ, 1996).

Segundo o Ministério da Saúde (2018), as modalidades do CAPS são o CAPS I, CAPS II, CAPS i, CAPS ad Álcool e Drogas, CAPS III e CAPS ad III Álcool e Drogas. O CAPS I oferece atendimento a crianças e adolescentes, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

Levando em consideração que a pesquisa foi realizada no CAPS I, a equipe mínima para o funcionamento da unidade é composta por um médico psiquiatra ou médico em formação em saúde mental, um enfermeiro, três profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico, e quatro profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

O trabalho em equipe multiprofissional consiste numa modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação (PEDUZZI, 1998).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) deverão assumir seu papel estratégico na articulação e no tecimento dessas redes, tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da rede de serviços de saúde, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sóciosanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas e etc (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Acerca da vida comunitária e da autonomia, Bauman (2001) trata da fragilidade e transitoriedade dos laços como um preço inevitável do direito de os indivíduos perseguirem seus objetivos individuais, mas não pode deixar

de ser, simultaneamente, um obstáculo dos mais formidáveis para perseguir eficazmente esses objetivos – e para a coragem necessária para persegui-los. Isso também é um paradoxo – e profundamente enraizado na natureza da vida na modernidade líquida.

Os CAPS, assumindo um papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados, farão o direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental: desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários, dispensando medicamentos, encaminhando e acompanhando usuários que moram em residências terapêuticas, assessorando e sendo retaguarda para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar. Esses são os direcionamentos atuais da Política de Saúde Mental para os CAPS – Centros de Atenção Psicossocial (Ministério da Saúde, 2004).

Segundo a Cartilha de Saúde mental no SUS do Ministério da Saúde (2004), os CAPS visam prestar atendimento em regime de atenção diária; gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado; promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas.

Os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde); regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território; manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental.

Os CAPS devem contar com espaço próprio e adequadamente preparado para atender à sua demanda específica, sendo capazes de oferecer um ambiente continente e estruturado.

Deverão contar, no mínimo, com os seguintes recursos físicos: consultórios para atividades individuais (consultas, entrevistas, terapias); salas para atividades grupais; espaço de convivência; oficinas; refeitório (o CAPS deve ter capacidade para oferecer refeições de acordo com o tempo de permanência de cada paciente na unidade); sanitários; área externa para oficinas, recreação e esportes.

Segundo o DSM – V (2013), o Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor (F34.8) contempla as seguintes características: Explosões de raiva recorrentes e graves manifestadas pela linguagem (violência verbal) e/ ou pelo comportamento (agressão física a pessoas ou propriedade) que são consideravelmente desproporcionais em intensidade ou duração à situação ou provocação. As explosões de raiva são inconsistentes com o nível de desenvolvimento. O humor entre as explosões de raiva é persistentemente irritável ou zangado na maior parte do dia, quase todos os dias, e é observável por outras pessoas (pais professores, pares), entre outras características.

A partir do DSM – V (2013), sabemos que os transtornos depressivos incluem transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo maior (incluindo episódio depressivo maior), transtorno depressivo persistente (distímia), transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo devido a outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado. Os especificadores de gravidade estão classificados como leve, moderada, grave, com características psicóticas, em remissão parcial, em remissão completa, e não especificado.

Torna-se necessário estabelecer uma diferença entre a “depressão propriamente dita” e outros estados mentais que apresentam manifestações clínicas semelhantes, porém que, na sua essência, trata-se de situações bastante distintas. Assim, cabe estabelecer uma distinção diagnóstica com os estados mentais de: tristeza (indica um estado de humor afetivo que pode estar presente, ou não, na depressão); luto (corresponde a um período necessário para a elaboração da perda de um objeto amado, que foi

introjetado no ego sem maiores conflitos); melancolia (a introjeção do objeto perdido, por morte, abandono, etc. processou-se de forma muito conflitada); posição depressiva (refere a um estado mental que o paciente adquire no decurso da análise que, embora penoso, é bastante positivo porque denota que o analisando está integrando os aspectos dissociados de sua personalidade, assim como adquirindo condições para sentir gratidão e reconhecer seu quinhão de responsabilidade e de eventuais culpas); depleção (refere à existência de faltas, de vazios existenciais, que estão à espera para serem preenchidos); desmoralização (este nome está sendo dado para aqueles estados mentais nos quais, sobretudo, existe uma autoestima baixa, com sensações de fracasso e de humilhação) (ZIMERMAN, 2008).

A partir da conclusão de Holmes (2001), de modo geral, a depressão pode ser decorrente de causas múltiplas e para diferentes indivíduos em diferentes momentos, fatores podem predispor, causar ou prolongar a depressão. A depressão é um sério problema que aflige muitos indivíduos e está aumentando em uma taxa alarmante.

MÉTODO

Os dados foram obtidos através de análise documental dos prontuários no CAPS I do município de São Miguel do Oeste e de pesquisa bibliográfica através da Revista Brasileira de Epidemiologia de Dezembro de 2015. Foram solicitados os prontuários, pesquisados e analisados.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O número total dos prontuários ativos no CAPS pesquisado são de 218, sendo que 59% pertencem ao sexo masculino, e 41% ao sexo feminino. Segundo Luz e Caetano (2015), seus estudos apresentaram a predominância do sexo feminino (70%) dos usuários de CAPS de Rio do Sul – SC. Bellettini e Gomes (2013) trazem os dados de Orleans – SC, em que 65% dos usuários do CAPS I fazem parte do sexo feminino. Números estes que se mostram contrários com a realidade do município de São Miguel do Oeste, onde se encontram mais homens diagnosticados.

Dentre os 218 usuários, 8% estão na faixa etária de 12 aos 17 anos de idade. A adolescência dura quase uma década, aproximadamente dos 12 ou 13 anos até o início dos 20 anos. Não há definição clara para seu ponto de início ou fim. Geralmente considera-se que a adolescência inicia na puberdade, o processo que leva à maturação sexual, ou fertilidade – a capacidade de reprodução (PAPALIA, OLDS, 2013).

Segundo Papalia e Olds (2013), a maioria dos jovens passa pela adolescência sem maiores problemas emocionais, mas alguns experimentam surtos leves ou graves de depressão, os quais podem levar a pensamentos ou tentativas de suicídio. Uma pesquisa entre adolescentes que não procuraram psicoterapia sugere que entre 10 e 35% dos meninos e 15 a 40% das meninas sofrem de períodos de depressão (PETERSEN et al., 1993).

Antes da puberdade, as taxas de depressão são as mesmas para meninos e meninas; mas após a idade de 15 anos, as mulheres são cerca de duas vezes mais propensas à depressão do que os homens. Possivelmente as meninas têm modos menos assertivos de lidar com os desafios e as mudanças, e isso, aliado com maiores desafios e mudanças que as meninas enfrentam durante o início da adolescência, as coloca em maior risco. Uma menina que tende a ser passiva e dócil pode ter problemas para lidar com as pressões sexuais de namorados ou com a competição pelo ingresso na faculdade e oportunidades de trabalho (NOLEN –HOEKSEMA & GIRGUS, 1994).

Além disso, os homens têm maneiras mais efetivas de enfrentar uma disposição deprimida: eles geralmente se distraem até que a depressão desapareça, ao passo que as mulheres tendem a procurar pelo motivo de sua depressão. Esses padrões podem começar na adolescência (PETERSEN, KENNEDY & SULLIVAN, 1991).

Entre os usuários do CAPS de São Miguel do Oeste, 12% pertencem a faixa etária dos 18 aos 29 anos de idade. Os jovens adultos geralmente estão no auge de sua força, energia e resistência. Em meados dos 20 anos de idade, a maioria das funções corporais está plenamente desenvolvida. A

maioria dos sentidos está mais apurada durante o início da idade adulta. A acuidade visual é mais acentuada dos 20 aos 40 anos; e o paladar, o olfato e a sensibilidade à dor e a temperatura geralmente permanecem inalterados até pelo menos os 45 anos. (PAPALIA, E OLDS, 2013).

Estudos realizados a partir dos resultados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, nessa idade, detectou-se relevância na associação entre depressão e comportamentos de saúde, em especial, para tabagismo e atividade física (BARROS et al., 2017).

A grande maioria dos usuários ativos de São Miguel do Oeste está entre os 30 aos 59 anos de idade, somando 70%, que abrange tanto a vida adulta quanto a meia-idade. Antunes e Silva (2013) citam algumas características de pessoas que se encontram na meia-idade, tais como: rotina, seriedade e formalismo, as quais permeiam a noção de trabalho como atividade principal desse momento, que vem seguida pela expectativa de estabilidade financeira, além da relação com cônjuge e filhos que, independentemente de residirem ou não na mesma casa, constituem a noção de família, também ela própria da meia-idade. Outra especificidade da meia-idade é a ideia de pico ou auge no emprego, em virtude dos anos de experiência dentro de uma mesma função; outra é a ideia de efetivação ou proximidade da aposentadoria.

A meia-idade é caracterizada pela perda da energia física e da capacidade de locomoção, cansaço, fadiga, diminuição da força e falta de condicionamento físico. Porém há ganhos como aumento de conhecimentos, experiência de vida e aprendizagem que acompanharão essa pessoa em sua velhice (JORGE, 2005).

De acordo com Corazza (2005) a espiritualidade ganha importância na meia-idade. Especialmente para as mulheres, é "a fase da consciência, da consolidação de nosso lugar no mundo. É comum nessa fase abandonarmos os valores aceitos por adequação social e elegermos nossos próprios valores". A meia-idade, assim, se coloca como uma fase de pensar e repensar a vida, o que foi feito, a que foram dedicados os anos vividos até então. O evento da aposentadoria, por vezes, também detona este

processo de avaliação da vida, uma espécie de "balanço" do que já aconteceu e de especulação e/ou planejamento do que está por vir.

Trindade (2002) destaca que as mudanças ocorridas na meia-idade se relacionam especialmente com a percepção do envelhecimento, da proximidade da fase adulta dos filhos e a competição com pessoas mais jovens no mercado de trabalho, que podem deflagrar a chamada "crise da meia-idade". Tal crise, tanto pode levar a uma produtiva reflexão quanto a uma estagnação na vida humana.

No CAPS de São Miguel do Oeste, por fim, os usuários que estão acima de 60 anos são 10%. Durante a vida adulta, todas as funções fisiológicas gradualmente declinam. A capacidade de síntese de proteínas diminui, existe um declínio nas funções imunológicas, aumento da massa gorda, perda de força e massa muscular e uma diminuição da densidade do cálcio nos ossos (JACOB e SOUZA, 1994).

As funções intelectuais também se alteram, como por exemplo: dificuldade nos processos de aprendizagem e de memorização, o que provavelmente está relacionado com as alterações químicas, neurológicas e circulatórias que afetam a função cerebral; diminuição da eficácia da oxigenação e nutrição celular e diminuição na aprendizagem associada às deficiências nas sinapses e na disponibilidade de determinados neurotransmissores. As alterações químicas, neurológicas e circulatórias que afetam a função cerebral estão relacionadas a perda da função intelectual (BRAVER e BRANCH, 2002).

Observa-se que o diagnóstico de transtorno depressivo em idosos demanda maior cautela, uma vez que as queixas somáticas são frequentes no próprio processo de envelhecimento normal, sendo que nos idosos deprimidos essas queixas são exacerbadas, associadas a alto índice de ansiedade (TRENTINI et al., 2005; SAMUELS et al., 2004). No entanto, esse quadro se apresenta de forma atípica, pois os sintomas depressivos não são tão aparentes como na depressão em adultos (SAMUELS et al., 2004).

No município que foi realizada a pesquisa entre os pacientes do CAPS com depressão, 47% tiveram episódios depressivos (F-32) e 53% tiveram transtorno depressivo recorrente ou episódio atual leve (F-33).

A partir dos dados coletados pela Pesquisa Nacional de Saúde realizada em 2013, o Estado de Santa Catarina está em segundo lugar no ranking de autorrelato de depressão no Brasil.

3 CONCLUSÃO

Com grande gravidade de melancolia, a depressão é diagnosticada após no mínimo três semanas de comportamento extremamente alterado, peculiarmente de maneira triste, sofrível. Em casos mais graves o indivíduo demonstra alterações psicóticas, podendo ver e ouvir coisas. Há relatos de tentativas falhas de suicídio, em que os indivíduos afirmaram tais alterações. Nestes casos mais graves pode ocorrer o suicídio como a busca de salvação, devido à falta de perspectiva de melhora. Diante disso, a realização dessa pesquisa evidenciou elevado índice de depressão no município.

Não basta procurar ajuda apenas quando já se está “no fundo do poço” – precisa-se reformular a observação do trabalho psicológico, pois sem saúde mental não existe saúde. O interesse no trabalho psicológico deveria ser encarado como um check-up anual, com a diferença que sua eficácia é duradoura e sempre há ganhos, sendo que a eficácia se dá não apenas durante o tratamento, mas já na própria busca e interesse da pessoa pelo acompanhamento. Dentre várias situações, a mais latente que pode urgentemente ser trabalhada em forma de campanha é a prevenção e o preconceito.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p.735-759, 2008.

ANDRADE, C. Transição para a idade adulta: Das condições sociais às implicações psicológicas. *Aná. Psicológica*, Lisboa, v. 28, n. 2, p. 255-267, 2010.

ANTUNES, P. de C. & SILVA, A. M. Elementos sobre a concepção da Meia Idade, no processo de envelhecimento humano. *Revista Kairós Gerontologia*, 16(5), pp. 123-140, 2013.

BAUMAN, Zygmunt. *Modernidade líquida*. Rio de Janeiro: 2001.

BARROS, Marilisa Berti de Azevedo et al. Depressão e comportamentos de saúde em adultos brasileiros – PNS 2013. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 51, supl. 1, 8s, 2017.

BELLETTINI, F.; GOMES, K. M. Perfil dos Usuários do Centro de Atenção Psicossocial e do Programa de Saúde Mental no Município de Orleans – SC. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, ISSN – 1984-2147, Florianópolis, v.5, n.12, p.161-175, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como Lugares da Atenção Psicossocial nos Territórios*. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *SUS Princípios e Conquistas*. Brasília, 2000.

BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. *Cartilha de Orientação em Saúde Mental - Um Caminho para a Inclusão Social*. Brasília, 2009.

BRAVER, T. S.; BARCH, D. M. A theory of cognitive control, aging cognition, and neuromodulation. *Neurosci. Biobehav. Rev.*, 26, 809-817, 2002.

CORAZZA, S. *Mais jovem a cada dia: um programa completo de vitalidade para homens e mulheres*. São Paulo (SP): Prestígio, 2005.

Cordon, J. Youth residential independence and autonomy: A comparative study. *Journal of Family Issues*, 18, 576-607, 1997.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.

GIL, Antonio Carlos. Dados e Técnicas de Pesquisa Social. 6. Ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HOLMES, David S. Psicologia dos transtornos mentais/. David S. Holmes; trad. Sandra Costa. - 2.ed. - Port Alegre: Artes Médicas, 1997.

JACOB, W. F.; SOUZA, R.R. Anatomia e fisiologia do envelhecimento. Em: CARVALHO, E.T. F.; PAPALEO, M. N. Geriatria:fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Editora Atheneu, 1994.

JORGE, M. M. Perdas e ganhos no envelhecimento da mulher. Psicologia em Revista, 11(17), 47-61. 2005

LUZ, H. V.; CAETANO, C. R. Perfil dos Usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Rio do Sul/SC. Uniedu. SC, 2015. Disponível em :< <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/02/Cristiana-Ropelatto-Caetano.pdf> >

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Disponível em:<<http://portals.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-mental/acoes-programas-saude-mental/centro-de-atencao-psicossocial-caps>> Acesso em: Abril de 2018

MURRAY, C. J. L; LOPEZ, A. D. The global burden of disease. Cambridge: Harvard University, 1996.

NOLEN-HOEKSEMA, S., & GIRGUS, J. S. The emergence of gender differences in depression during adolescence. Psychologic Bulletin, 115(3), 412-421, 1994.

PAPALIA, Diane E.; OLDS, Sally Wendkos. Desenvolvimento humano. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: A interface entre trabalho e interação. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.

PETERSEN, A. C., CAMPAS, B. E., BROOKSGUNN, J., STEMMLER, M., EY, S7 & GRANT K. E. Depression in adolescence. American Psychologist, 48(2), 155-168, 1993.

PETERSEN, A. C., KENNEDY, R. E., & SULLIVAN, E. Coping with adolescence. In. M. E. COLTEN & S. GORE (Eds.), Adolescent stress: Causes and consequences. New York: Aldine de Gruyter, p. 93-110, 1991.

R7 NOTÍCIAS. Notícias de saúde. Disponível em: <<http://noticias.r7.com/saude/noticias/ate-2020-a-depressao-sera-a-doenca-mais-incapacitante-do-mundo-diz-oms-20100130.html>> Acesso em: Junho de 2018

SAMUELS, S.; BRICKMAN, A.; BURD, J.; PUROHIT, D.; QURESHI, P.; SERBY, M. Depression in Autopsy-Confirmed Dementia with Lewy Bodies and Alzheimer's Disease. *Mount Sinais J. Med.*, 71(1), 55-62, 2004.

STOPA, Sheila Rizzato. Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, Brasília, v.18, n.2, .170-180, dez. 2015.

TRENTINI, C.; XVIER, F.; CHACHAMOVICH, E.; ROCHA, N.; HIRAKATA, V.; FLECK, M. The influence of somatic symptoms on the performance of elders in the Beck Depression Inventory (BDI). *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 27(2), 119-123, 2005.

TRINDADE, E. Hermenêutica do existir do homem de meia-idade - paternidade, sexualidade e projetos de vida: um olhar à luz de Heidegger. Tese de doutorado. Ribeirão Preto (SP): Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo, 2002.

Sobre o(s) autor(es)

¹ Acadêmicos do Curso de Psicologia da Universidade do Oeste de Santa Catarina – UNOESC – Campus de São Miguel do Oeste. Rua Oiapoc, 211. São Miguel do Oeste – SC (Brasil) E-mail: arnaldo_rasche_junior@outlook.com; a.paulalazzari@hotmail.com; luiz_game2@hotmail.com

² Mestre em Psicologia, docente do Curso de Psicologia da Universidade do Oeste de Santa Catarina – UNOESC. E-mail: angela.bavaresco@unoesc.edu.br.

³ Doutor em Ciências Sociais, docente e pesquisador da Universidade do Oeste de Santa Catarina - UNOESC. E-mail: paulo.bavaresco@unoesc.edu.br