

**OFERTAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA
PESSOAS COM SINAIS DE DEPRESSÃO:
O QUE FAZER E O QUE NÃO FAZER**

Aspectos-chave

- O bom manejo do vínculo e da comunicação entre profissionais e as pessoas com depressão é crucial para o cuidado.
- A abordagem da pessoa com depressão difere a depender de variáveis como faixa etária, perfil sociodemográfico e educacional.
- Crianças e adolescentes não estão imunes a depressão.
- Uma proporção significativa das pessoas com sintomas depressivos isolados ou depressão leve não necessitará de tratamento farmacológico nem referenciamento para serviços especializados em saúde mental.
- O rastreamento da depressão por meio de instrumentos é importante, pois tendemos, intuitivamente, a estabelecer relações de causalidade direta entre circunstâncias de vida das pessoas e os sintomas.
- Existem guias, métodos e diretrizes para o desenvolvimento de grupos e oficinas nos serviços de saúde.

Ofertas não farmacológicas para pessoas com sinais de depressão: O que fazer e o que não fazer

Resumo

Este capítulo, voltado aos profissionais e gestores de saúde, em especial aos da atenção primária, buscou debater e analisar diferentes métodos e técnicas não-farmacológicas para promoção da saúde mental, prevenção e tratamento da depressão nos diferentes ciclos da vida (infâncias, juventudes, adultos e idosos), destacando os diferentes determinantes sociais. A introdução retoma o termo depressão por diferentes autores e as diferenças de tristeza e sinais de depressão. No desenvolvimento, destaca-se os sinais de depressão nos diferentes ciclos da vida, as possibilidades de acolhimento e intervenção, utilizando métodos e técnicas de baixa e média complexidade cientificamente consolidados. Por fim, uma síntese do que fazer e não fazer no tratamento não-farmacológico de pessoas com sinais de depressão.

Introdução

Esta breve introdução retoma o debate sobre o adoecimento da população em relação à depressão, a definição por diferentes autores, destacando as diferenças mais gerais entre os sentimentos de tristeza e sinais de depressão.

Recentemente, a OMS publicou vários guias de apoio às políticas públicas e aos profissionais da saúde, enfatizando o trabalho territorial, comunitário com a cogestão participativa das pessoas acometidas por transtornos psíquicos.

A Organização Panamericana de Saúde (OPAS) em seu sítio (<https://www.paho.org/pt/brasil>) destaca os principais fatores para nos debruçarmos sobre a problemática:

- A depressão é um transtorno mental frequente, pois estima-se que mais de 300 milhões de pessoas, de todas as idades, sofrem com esse transtorno;
- A depressão é a principal causa de incapacidade em todo o mundo e contribui de forma importante para a carga global de doenças;
- Mulheres são mais afetadas que homens;
- No pior dos casos, a depressão pode levar ao suicídio.

Nos pontos acima elencados, a questão de gênero aparece sutilmente citada. No Brasil, por haver uma herança de cultura patriarcal, machista, racista e homofóbica, sabemos que certos determinantes sociais da saúde como gênero, cor, orientação sexual, renda, dentre outras vulnerabilidades, devem sempre serem considerados como fatores de risco para a maioria das doenças, incluindo os adoecimentos psíquicos.

Processos culturais, estilo de vida contemporâneo, opressão econômica e psicossocial contribuem para o risco e agravos da depressão ⁴. No desenvolvimento deste capítulo vamos aprofundar esses determinantes em cada ciclo da vida.

Mas o que é depressão? Lembretes breves a partir de diferentes autores

Recordando leituras feitas em capítulos anteriores, depressão é um termo complexo, pois no senso comum pode ser confundido com tristeza (sentimento esperado em diferentes momentos e situações ao longo da vida), ou significar um adoecimento, podendo ser classificado como transtorno depressivo pela Classificação Internacional das Doenças (CID) ⁵.

Na CID - 11 encontramos a seguinte descrição para os transtornos depressivos:

“Os transtornos depressivos são caracterizados por um humor deprimido (por exemplo, tristeza, irritação, sensação de vazio), ou perda de prazer, acompanhados por outros sintomas cognitivos, comportamentais ou neurovegetativos, que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo.”

Percebemos que a própria CID-11 colabora para a confusão entre tristeza e depressão, por considerar o sentimento tristeza como um sinal ou sintoma diferencial para o diagnóstico do transtorno.

Vejamos no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM - 5), que enfrentamos o mesmo desafio, pela definição ser difusa e muito abrangente:

“Se caracteriza por episódios de pelo menos duas semanas de duração. O paciente apresenta alterações no afeto, cognição, e nas funções neurovegetativas. Deve-se ter pelo menos 5 sintomas associados para além do humor deprimido (ou irritável em crianças e adolescentes) e diminuição do prazer. São sintomas associados: Perda ou ganho significativo de peso; Insônia ou sonolência excessiva; Agitação ou retardo psicomotor; Fadiga ou perda de energia; Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva inapropriada; Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão; Pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida, com ou sem plano.”

No DSM-5 vários sintomas associados são ambíguos, causando confusões mesmo entre especialista e temporalidade muito pequena (2 semanas de sinais e sintomas), pode induzir a mais diagnósticos equivocados e a medicalização excessiva de sofrimentos psíquicos normais, esperados em diferentes ciclos da vida.

Para avançarmos, vejamos alguns outros autores descrevendo a depressão.

Para Baptista (2018), os transtornos depressivos são fenômenos altamente complexos, marcados pela presença de componentes biológicos, psicológicos, culturais, sociais e diferentes sintomas podem estar associados a características clínicas diversas.

Para Dalgalarondo (2000)⁷ e Bloc et al (2015)⁴, a depressão é um diagnóstico complexo, que tem no humor deprimido, a perda de interesse pela vida cotidiana.

Percebemos o esforço em ampliar a definição, destacando o impacto no cotidiano das pessoas, ou seja, são fatos observáveis, para além dos relatos de tristeza, que colaboram para um bom diagnóstico diferencial no caso da depressão.

Diferenças entre tristeza e depressão

Este breve quadro introdutório, ainda que incompleto, destaca que a tristeza é um sentimento normal, que faz parte da experiência humana e não afeta a vida produtiva das pessoas. Mesmo triste, as pessoas conseguem realizar suas tarefas do dia-a-dia e socialmente esperadas.

Quadro 1. Algumas diferenças gerais entre Tristeza e Depressão

Algumas diferenças gerais entre Tristeza X Depressão		
Sinais	Pessoas tristes	Pessoas deprimidas
Humor depressivo: sensação de tristeza a maior parte do dia , autodesvalorização e sentimento de culpa	NÃO	SIM
Redução da capacidade de experimentar prazer na maior parte das atividades cotidianas, antes consideradas como agradáveis	NÃO	SIM
Fadiga ou sensação de perda de energia frequente	NÃO	SIM
Diminuição da capacidade de pensar, de se concentrar ou de tomar decisões	NÃO	SIM
Alteração do sono	NÃO	SIM
Alteração de apetite	NÃO	SIM
Indisposição frequente para afazeres do dia-a-dia	NÃO	SIM

Fonte: Criação própria

A seguir, um debate mais detalhado sobre os sinais da depressão nos diferentes ciclos da vida, as possibilidades de acolhimento e tratamento, utilizando métodos e técnicas de baixa e média complexidade atuais, para a promoção e prevenção dos agravos decorrentes da depressão.

Depressão nos diferentes ciclos da vida: o que fazer e o que não fazer

Infâncias

Até a década de 1970, acreditava-se que a criança não poderia ter transtornos mentais, como depressão, pois possuía uma estrutura de personalidade imatura. A infância seria uma época feliz, livre de preocupações ou de responsabilidades. Este senso comum ainda perpassa o imaginário das comunidades e até mesmo de trabalhadores da saúde ^{10 11}.

Nas infâncias, as crianças passam por muitas mudanças corporais, sociais, culturais e fisiológicas, que podem gerar desconfortos temporários e devem ser considerados normais e esperados nesta fase da vida. Alguns medos, irritabilidades e indisposição de corpos em desenvolvimento são esperados e não devem ser categorizados como sinais de adoecimento psíquico, tão pouco medicalizados, evitando prejuízos ao desenvolvimento esperado.

No entanto, estudos mostram a prevalência de 10% a 20% de problemas de saúde mental em crianças ao redor do mundo ¹¹. No Brasil, o estudo coorte de nascimento realizado em Pelotas no Rio Grande do Sul avaliou 3.585 crianças, quando tinham 6 e 7 anos de idade. A prevalência de transtornos mentais foi de 13,2%, e os quadros mais frequentes foram os transtornos de ansiedade (8,8%), o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (2,6%), o transtorno opositivo desafiador ou de conduta (2,6%) e o transtorno depressivo (1,3%) ^{9 14}.

Segundo algumas pesquisas, crianças tendem a apresentar comorbidades com outros sintomas psiquiátricos, em especial sintomas de ansiedade ¹¹. Em uma pesquisa longitudinal com crianças acompanhadas até a adolescência, a prevalência foi de 9,9% de transtornos de ansiedade e 9,5% para depressão ³.

Ainda hoje é difícil no diagnóstico de depressão infantil, pois há as peculiaridades da manifestação do adoecimento em crianças com relação aos sinais de ansiedade, somadas à complexidade de expressão dos seus sentimentos e problemas das próprias crianças.

Além disso, é necessário refletir sobre o processo de aceitação da depressão infantil, de desmistificar concepções socioculturais de que a infância seja um período livre de sofrimento, o que pode facilitar o processo de conscientização de que uma criança possa estar deprimida ¹¹.

Lembrando que no Brasil temos uma multiplicidade de infâncias, em que os determinantes sociais em saúde como racialidade, econômicos e culturais podem afetar os estados emocionais. A violência doméstica como xingamentos, hostilidades, agressões físicas, sexuais, sempre devem ser investigadas, pois podem ser os disparadores da depressão nas diferentes infâncias. Trabalhadores de saúde, educadores, familiares e pessoas em geral, que convivem e trabalham com crianças, precisam estar atentos há alguns sinais. Geralmente aparecem de forma mais evidente nos ambientes escolares, por isso a necessidade de se manter uma rede intersetorial forte e com diálogo constante, para identificar de forma breve os casos e evitar agravos ou a necessidade de uso da medicação.

Lembrando que as crianças relatam seus sentimentos e os correlacionam de forma diferente dos adultos. De 0-6 anos são mais sinais físicos e irritabilidade e de 6-12 começam a aparecer também sinais de culpa, baixa estima. Para tentar sintetizar alguns sinais elaboramos os pontos a seguir:

- Irritabilidade exacerbada em diferentes situações cotidianas;
- Agressividade em diferentes contextos;
- Busca pelo isolamento, pouco disposta a atividades sociais;
- Medo intenso e busca proteção com poucas pessoas;
- Apática às brincadeiras e criação com outras crianças;
- Dificuldade de concentrar-se em diferentes atividades cotidianas;
- Alguns sintomas corporais como dores de cabeça, alterações no sono com pesadelos, do apetite, enurese ou dores abdominais frequentes, sem outra evidência clínica.

Esses sinais podem afetar o cotidiano das crianças em diferentes situações:

- No rendimento escolar e desinteresse pela mesma;
- Na relação com os colegas e com familiares;
- Nas atividades do dia-a-dia como brincar, imaginar, desenhar, comer, dormir, dentre outras.

Essas alterações com frequência alta (mais de 4 vezes na semana) e por um período longo (semanas ou meses) é que caracterizam sinais de alerta para o tratamento precoce.

O que pode desencadear a depressão na infância:

- Ambiente hostil ou pouco acolhedores as necessidades das crianças;
- Perda de entes queridos;
- Separação de pessoas próximas (pais, avós);
- Perseguição na escola, bairro, condomínio, etc;
- Violências físicas, verbais, psicológicas;
- Vulnerabilidades sociais, econômicas;
- Uso indiscriminado de eletrônicos;
- Falta de rotina.

Os profissionais de saúde mental têm papel fundamental na detecção de depressão em crianças nas diferentes infâncias, principalmente considerando utilização de instrumentos de autorrelato, que possibilitam uma triagem ou rastreamento dos principais sinais de depressão neste ciclo da vida. Além de apoio a toda a rede de apoio, como escolas, professores, familiares, dentre outros que convivem e compartilham o cuidado das mesmas.

A APS é a porta de entrada para várias demandas da comunidade, em especial as das crianças que chegam por outras pessoas e instituições, tendo o papel de acolher, avaliar, tratar e matricular as demandas que chegam:

- Das escolas, por conta do desempenho escolar, comportamentos inadequados;
- Dos CRAS e CREAs, com possíveis violações dos direitos básicos, violências e vulnerabilidades;
- Das famílias, que percebem as mudanças de comportamento no cotidiano;

- Da própria comunidade, que pode ser porta voz das violências e negligências que as crianças vivem;
- De outros profissionais da saúde como pediatras atentos aos sinais clínicos, que não corresponde com nenhum outro adoecimento.

Em cidades que possuem CAPS Infantojuvenil (CAPS IJ) deve-se contar com essa rede para casos mais graves, que necessitam de diagnósticos diferenciais, frequência de tratamento maior e por vezes uso de medicação.

Contudo, reforçamos que 80% dos casos não vão precisar de uso farmacológico e sim de espaços terapêutico de promoção da saúde e prevenção dos agravos.

Assim, nos primeiros acolhimentos pelos profissionais, deve-se buscar informações sobre a história de vida e sentimentos das crianças, com elas próprias e com os cuidadores principais.

Segue alguns pontos para guiar o acolhimento:

- Como foi a história da gestação e do parto? Foi desejado, planejado, houve intercorrências?
- Após o nascimento, como foram os primeiros dois anos de vida? Com quantos anos andou, falou, desfraldou? Amamentação foi com leite materno ou usou suplementos?
- Como foi a inserção na escola, interação com outras pessoas?
- Há casos na família de pessoas com depressão?
- Quais são os comportamentos diferentes, há quanto tempo eles se apresentam e com qual frequência?
- Há possibilidade de ocorrência de violências sexuais, físicas, psicológicas, etc?
- Como é a rotina semanal da criança? Pedir detalhes da hora que acorda, como acorda, alimentação e horários, o que come e qual a quantidade, quanto tempo usam eletrônicos, quais os momentos de lazer, etc.
- O que a criança gostava de fazer e parou/perdeu o interesse? Se consegue lembrar fatos da semana como possíveis desencadeadores dos comportamentos.
- Com o que e com quem a criança se irrita?

Cada equipe e território pode adaptar as perguntas ao seu contexto, criando um formulário de fácil acesso a todos os profissionais, um fluxograma de chegada, acolhimento, ofertas de cuidado coletivos e reuniões frequentes de discussão de caso, na equipe e intersetoriais.

A seguir segue um quadro com alguns instrumentos, que também podem ser úteis aos profissionais da saúde para diagnóstico diferencial.

Quadro 2. Algumas diferenças gerais entre Tristeza e Depressão

Algumas diferenças gerais entre Tristeza X Depressão	
Instrumento	Artigo/sítio
Inventário de Depressão Infantiltaquicardia reflexa	http://www.psiquiatriainfantil.com.br/escalas/depressaoinfantil.htm http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cclin/v6n2/v6n2a04.pdf
Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ)	https://www.scielo.br/j/estpsi/a/sVStcljqVv_LTTbPrwvgr-VPK/?lang=pt https://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/510/5/-question%C3%A1rio%20SDQ.pdf

Fonte: Criação própria

Após o acolhimento, que pode ser feito por todos os profissionais da equipe, é importante a discussão de caso para a construção do projeto terapêutico singular (PTS), buscando tratamentos não farmacológicos.

Lembrando que a criança está em processo de desenvolvimento e medicamentos psicotrópicos contém substâncias psicoativas que podem alterar o desenvolvimento neurológico e trazer prejuízos a médio e longo prazo.

Vale atentar-se para vários diagnósticos prévios que podem camuflar ou estarem associados a depressão infantil de base, como o transtorno de ansiedade, transtorno de déficit de atenção, dentre outros.

Deixamos mais alguns vídeos e textos que podem ajudar no processo formativo da equipe, das comunidades e dos familiares em relação a depressão infantil.

Quadro 3. Vídeos e textos orientadores do trabalho e psicoeducativos

Vídeos e textos orientadores do trabalho e psicoeducativos	
Título	Artigo/vídeo
Vídeo - O que é depressão infantil?	https://www.youtube.com/watch?v=sbpnLq
Artigo - Oficina de teatro em um centro de convivência: Uma vivência de diálogo sobre questões sociais e empoderamento de crianças	http://stat.necat.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/3962

Fonte: Criação própria

Ressaltamos que não existe tratamento exitoso no caso de depressão infantil sem o cuidado de todos os envolvidos em todos os ambientes que a criança pertence, sendo assim, se queremos evitar a medicalização desnecessária delas, temos que criar espaços de cuidado coletivos, diálogo com os familiares, cuidadores, escolas e outros espaços de convivência intensa dessa criança.

As equipes precisam ter organização e gestão de processos coletivos e dinâmicos para sustentar o aumento da demanda e trabalharem em conjunto com todos, para um tratamento exitoso e de curto/médio prazo. Falaremos sobre esses aspectos no item Síntese – O que fazer e o que não fazer na depressão em todos os ciclos de vida.

A falta de tratamento adequado na infância para a depressão pode acarretar agravos nas adolescências. Vejamos a seguir como se caracteriza a depressão neste outro ciclo da vida.

Adolescências

Segundo a OMS, a adolescência se estende dos 10 aos 19 anos, enquanto que para o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), dos 12 aos 18 anos. O início da fase está vinculado às primeiras manifestações da puberdade e o final se encontra menos demarcado, expressando-se pelo assentamento das bases afetivas e profissionais e a definição dos traços físicos e de caráter ¹⁶.

A adolescência pode ser um período desafiador, de vulnerabilidade no desenvolvimento humano, repleto de mudanças e transições, afetando aspectos físicos, sociais, cognitivos e emocionais. Portanto, eles passam por uma experiência de perda, de luto.

Atualmente, ser adolescente está atrelado às crises de valores e pelo surgimento de pressões sociais da família e da sociedade, envolvendo a cobrança nos estudos, empregos e relacionamentos. Muitos adolescentes sofrem ao perceber que seu corpo adquire formas diferentes do modelo de estética ideais do momento, isso pode criar obstáculos no estabelecimento da autoestima. O uso indiscriminado de redes sociais tem contribuído negativamente para a autoconfiança ⁶.

Em geral é difícil para os pais ter noção da gravidade desse sofrimento, gerando no adolescente o sentimento de não ser compreendido por eles, surgindo o desamparo e isolamento ¹.

No adolescente, a depressão é vivida de forma muito solitária. Seus pedidos de ajuda e seus sintomas são com frequência entendidos como “drama de aborrecente”, ou uma fase que “logo vai passar!”.

Baseado no DSM-V (2013) ⁸, os principais sintomas da depressão em adolescentes são: humor deprimido na maior parte do dia, interesses e prazer acentuadamente diminuídos, irritabilidade, perda ou ganho significativo de peso sem estar de dieta, alteração do sono, agitação ou lentidão psicomotora, fadiga, sentimento de inutilidade e pensamento recorrente de morte.

Nos quadros depressivos mais graves é comum ocorrer fixação da atenção em certos temas depressivos, como a concentração em conteúdo de fracasso, ruína, culpa e pecado. Assim, o desempenho prejudicado em tarefas de atenção parece ser proporcional à gravidade do estado depressivo⁷.

Sendo assim, trabalhadores de saúde, educadores, familiares e pessoas em geral que convivem e trabalham com adolescentes precisam estar atentos há alguns sinais do adoecimento psíquico depressivo.

Geralmente os sinais aparecem de forma mais evidente nos ambientes familiares e escolares, por isso a necessidade de se manter uma rede intersetorial forte e com diálogo constante para identificar de forma breve os casos, evitando agravos e uso da medicação.

Para tentar sintetizar alguns sinais de depressão em adolescentes elaboramos os pontos a seguir:

- Irritabilidade e intolerância exacerbada em diferentes situações cotidianas;
- Pensamentos negativos recorrentes;
- Busca pelo isolamento social ou vício em redes sociais;
- Desinteresse pela vida;
- Sensações de impotência, culpa e baixa estima;
- Fadiga;
- Dificuldade de concentrar-se em diferentes atividades cotidianas e piora no desempenho escolar;
- Alguns sintomas corporais como dores de cabeça, alterações no sono, do apetite;
- Padrão de repetição em comportamentos autodestrutivos (abuso de álcool e outras drogas, dirigir alcoolizado, manter múltiplos parceiros sexuais sem uso de preservativo; automutilações, etc).

Esses sinais podem afetar o cotidiano dos adolescentes em diferentes situações:

- No rendimento escolar e desinteresse pela mesma;
- Na relação com os amigos e com familiares;
- Nas atividades do dia-dia como os de autocuidados, passear, namorar, estudar, comer, dormir, dentre outras.

Esses sinais com frequência alta (mais de 4 vezes na semana) e por um período longo (semanas ou meses) é que caracterizam o alerta para a avaliação e tratamento precoce.

Vejam os que podem desencadear a depressão na adolescência:

- Perseguição na escola, bairro, condomínio, etc.;
- Violências de gênero, raciais, físicas, verbais, psicológicas;
- Dificuldade com a imagem corporal em transformação;
- Dificuldade de inserção no mercado de trabalho ou uma carreira;
- Vulnerabilidades sociais, econômicas;
- Uso indiscriminado de eletrônicos;
- Uso de álcool e outras drogas;
- Perda de entes queridos;
- Separação de pessoas próximas (namorados, pais, avós, etc).

Os profissionais de saúde, conjuntamente com pais e educadores, têm papel fundamental na detecção de depressão em adolescentes nas diferentes adolescências, utilizando métodos de escuta de narrativas do seu processo de sofrimento, sem julgamentos ou juízo de valor.

A APS é a porta de entrada para várias demandas da comunidade, mas também da busca ativa dos casos, pois adolescentes costumam não frequentar ou pedir ajuda de profissionais. A demanda por cuidado dos adolescentes pode chegar por outras pessoas e instituições, tendo a APS o papel de busca ativa, acolhimento, avaliação e matriciamento das demandas que chegam.

Assim, a demanda de cuidado do adolescente pode chegar:

- Das famílias;
- Das escolas, por conta do desempenho escolar, comportamentos inadequados;
- Dos CRAS e CREAs, com possíveis violações dos direitos básicos, violências e vulnerabilidades;
- Da própria comunidade, que pode ser porta voz das violências e negligências;
- De outros profissionais da saúde.

Em cidades que possuem CAPS Infantojuvenil (CAPS IJ) deve se contar com essa rede para casos mais graves, que necessitam de diagnósticos diferenciais, frequência de tratamento maior e por vezes uso de medicação, mas reforçamos que 80% dos casos não vão precisar de uso farmacológico e sim de espaços terapêutico de promoção da saúde prevenção dos adoecimentos, em apoio matricial aos territoriais e as equipes da APS.

Nos primeiros acolhimentos, que podem ser feitos por qualquer profissional de saúde, deve-se buscar informação sobre a história de vida e sentimentos dos adolescentes.

Segue alguns pontos para guiar o acolhimento:

- Conte-me um pouco quem você é, sua história de vida?
- Você estuda, trabalha, namora?
- O que você gosta ou gostava de fazer?
- Você tem algum sonho/plano para o futuro?
- Percebe comportamentos diferentes? Há quanto tempo eles se apresentam e com qual frequência?
- Você sofreu ou sofre violências sexuais, físicas, psicológicas, de gênero ou raça?
- Como é a sua rotina semanal? Pedir com riqueza de detalhes a hora que acorda, como acorda, alimentação e horários, o que come e qual a quantidade, quanto tempo usam eletrônicos, quais os momentos de lazer, etc.

Cada equipe e território pode adaptar essas perguntas ao seu contexto, criando um formulário de fácil acesso a todos os profissionais, um fluxograma de chegada, acolhimento, ofertas de cuidado coletivos e reuniões frequentes de discussão de caso, na equipe e intersetoriais.

A seguir segue um quadro com alguns instrumentos que também podem ser úteis aos profissionais da saúde para diagnóstico diferencial

Quadro 4. Instrumentos de apoio na detecção de sinais de depressão na adolescência

Instrumentos de apoio na detecção de sinais de depressão na adolescência	
Instrumento	Artigo/ acesso em
Inventário de depressão de Beck (BDI)	https://pt.wikipedia.org/wiki/Escala_de_depress%C3%A3o_de_Beck https:// www.dorcronica.blog .br/download/questionarios/escala-de-depressao-de-beck.pdf





Mapa corporal narrado	http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1264
Artigo - Juventude, homossexualidade e diversidade: um estudo sobre o processo de sair do armário usando mapas corporais	http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1264

Fonte: Criação própria

Após o acolhimento, que pode ser feito por todos os profissionais da equipe, é importante a discussão de caso para a construção do PTS, buscando tratamentos não farmacológicos, lembrando que o adolescente está em processo de desenvolvimento, muitas mudanças hormonais e sociais, sendo que os medicamentos psicotrópicos contêm substâncias psicoativas que podem alterar o desenvolvimento neurofisiológico e trazer prejuízos a médio e longo prazo.

Segue abaixo alguns vídeos orientadores - socioeducativos para todos os públicos.

Quadro 5. Vídeos sobre depressão na adolescência

Vídeos sobre depressão na adolescência	
Título	Endereço eletrônico
6 sinais de depressão na adolescência	https://www.youtube.com/watch?v=vlHdZ4hdMQ
Depressão na adolescência	https://www.youtube.com/watch?v=hmpK3XJZf4
Depressão na adolescência e antidepressivos/ Drauzio Varella Comenta	https://www.youtube.com/watch?v=e-W52pEez20
Quais são os sintomas de depressão?	https://blog.psicologiaviva.com.br/depressao/

Fonte: Criação própria

Ressaltamos que não existe tratamento exitoso no caso de depressão juvenil sem o cuidado de todos os envolvidos e construção de vínculo estável e confiável para os adolescentes.

Sendo assim, se queremos evitar a medicalização desnecessária, temos que criar espaços de cuidado coletivos, diálogo com os familiares, comunidades, escolas e outros espaços de convivência potencial para esses jovens.

As equipes precisam de organização e gestão de processos coletivos e dinâmicos para sustentar o aumento da demanda e trabalharem em conjunto com todos para um tratamento exitoso, de curto/médio prazo, evitando complicações como risco de suicídio e aumento do uso de álcool e outras drogas. Falaremos sobre esses aspectos gerais organizativos da equipe no item Síntese – O que fazer e o que não fazer na depressão em todos os ciclos de vida.

Mas, vale destacar para adolescentes, a psicoterapia psicodinâmica breve (individual ou em grupo), pois pode ser uma opção se a rede contar com psicólogos na APS. Para ocorrer um trabalho eficaz na psicoterapia com adolescentes é fundamental estabelecer um vínculo de confiança com o adolescente e manter uma relação de confiança com os pais/cuidadores.

Mais uma possibilidade é o Método *Friends* (amigos), que é um programa indicado pela OMS, que tem demonstrado capacidade de prevenção de ansiedade e depressão na infância e adolescência, além do desenvolvimento de resiliência em seus participantes ¹⁵.

O Método *Friends* apresenta-se como um programa estruturado e organizado para diferentes idades, possuindo quatro formas: *Fun Friends* (amigos divertidos) (4-7 anos), *Friends for Life* (Amigos para a vida) (8-11 anos), *My Friends* (meus amigos) (12-16 anos), *Adult Resilience* (resiliência em adultos) (17-em diante) ¹⁵. Para saber mais acesse: <https://www.youtube.com/watch?v=0jxJ987-zHE>; <http://metodofriends.com/o-metodo-friends/>

Adultos

Desde 2001 a OMS está nos alertando sobre a saúde mental global, prevendo que até 2030, 30% da população terá algum transtorno de humor depressivo. Em 2008, afirmou que 60% das pessoas acolhidas na APS teriam algum tipo de problema relacionado a adoecimentos psíquicos ao longo da vida e reiterou: “NÃO HÁ SAÚDE SEM SAÚDE MENTAL”.

No sítio da OPAS encontramos a seguinte definição para depressão:

A depressão é um transtorno comum, mas sério, que interfere na vida diária, capacidade de trabalhar, dormir, estudar, comer e aproveitar a vida. É causada por uma combinação de fatores genéticos, biológicos, ambientais e psicológicos. Nem todas as pessoas com transtornos depressivos apresentam os mesmos sintomas. A gravidade, frequência e duração variam dependendo do indivíduo e de sua condição específica. A depressão é resultado de uma complexa interação de fatores sociais, psicológicos e biológicos. Pessoas que passaram por eventos adversos durante a vida (desemprego, luto, trauma psicológico) são mais propensas a desenvolver depressão. A depressão pode, por sua vez, levar a mais estresse e disfunção e piorar a situação de vida da pessoa afetada e o transtorno em si. Há relação entre a depressão e a saúde física; doenças cardiovasculares, por exemplo, podem levar à depressão e vice e versa (Organização Pa-Americana de Saúde).

Provavelmente, pela complexidade da conjunção de todas as variáveis contidas e pelas possibilidades de apresentação de combinação dos sinais e sintomas da depressão, que este adoecimento pode ser diferente para cada pessoa.

Trabalhadores de saúde, familiares e pessoas em geral precisam estar atentos há alguns sinais do adoecimento psíquico depressivo. Geralmente os sinais aparecem de forma mais evidente nos ambientes familiares e de trabalho, por isso a necessidade de se manter uma rede intersectorial forte e com diálogo constante para identificar, de forma breve, os casos, evitando agravos e uso da medicação.

Para tentar sintetizar alguns sinais de depressão em adultos elaboramos os pontos a seguir:

- Humor triste e sensação de vazio persistentes;
- Desesperança;
- Pessimismo;
- Irritabilidade;
- Pensamentos negativos recorrentes;
- Busca pelo isolamento social;
- Desinteresse pela vida;
- Apatia;
- Sensações de impotência, culpa e baixa estima;
- Fadiga;
- Dificuldade de concentrar-se em diferentes atividades cotidianas;
- Alguns sintomas corporais como dores de cabeça, alterações no sono, do apetite sem evidências clínicas;
- Padrão de repetição em comportamentos autodestrutivos (abuso de álcool e outras drogas, dirigir alcoolizado, manter múltiplos parceiros sexuais sem uso de preservativo, etc.).

Esses sinais podem afetar o cotidiano dos adultos em diferentes situações:

- No rendimento do trabalho e desinteresse pelo mesmo;
- Na relação com os amigos e com familiares;
- Nas atividades do dia-dia como as de autocuidados, comer, dormir, lazer, dentre outras.

Esses sinais com frequência alta (mais de 4 vezes na semana) e por um período longo (semanas ou meses) é que caracterizam o alerta para o tratamento precoce.

O que pode desencadear a depressão na fase adulta:

- Perda de entes queridos;
- Separação de pessoas próximas (companheiros, pais, etc.);
- Perda ou não ter emprego;
- Discriminação de gênero, raciais, físicas, verbais, psicológicas;

- Violências vividas pontualmente ou regularmente;
- Vulnerabilidades sociais, econômicas;
- Uso de álcool e outras drogas.

Os profissionais de saúde, conjuntamente com familiares e amigos têm papel fundamental na detecção de depressão em pessoas adultas próximas nos diferentes contextos de vida, utilizando diversos métodos de escuta e acolhimento do processo de sofrimento, sem julgamentos ou juízo de valores.

A APS é a porta de entrada para várias demandas da comunidade. A demanda por cuidado pode chegar por outras pessoas e instituições, tendo a APS o papel de busca ativa, acolhimento, avaliação e matriciamento das demandas que chegam.

Assim, a demanda de cuidado pode chegar:

- Dos familiares e amigos;
- Da comunidade e vizinhos;
- Dos CRAS e CREAs com possíveis violações dos direitos básicos, violências e vulnerabilidades;
- De outros profissionais da rede de saúde;

Em cidades que possuem CAPS (Tipo I, II, III ou AD) deve-se contar com essa rede para casos mais graves, que necessitam de diagnósticos diferenciais, frequência de tratamento maior e por vezes uso de medicação.

Nos primeiros acolhimentos, que podem ser feitos por qualquer profissional de saúde, deve-se buscar informação sobre a história de vida e sentimentos das pessoas.

Segue alguns pontos para guiar o acolhimento:

- Conte-me um pouco quem você é, sua história de vida?
- Você trabalha?
- Tem companheiro(a)?
- O que você gosta ou gostava de fazer?
- Você tem algum sonho/plano para o futuro?
- Percebe comportamentos diferentes no seu dia-a-dia? Há quanto tempo eles se apresentam e com qual frequência?

- Você sofreu ou sofre violências sexuais, físicas, psicológicas, de gênero e/ou raça?
- Consegue recordar algum evento/acontecimento na sua vida que possa ter gerado essa tristeza/sofrimento/dor?
- Como é a sua rotina semanal? Pedir com riqueza de detalhes a hora que acorda, como acorda, alimentação e horários, atividades laborais, de cuidado consigo e com outros, o que come e qual a quantidade, quais os momentos de lazer, etc.;
- Como essa tristeza/sofrimento/dor tem afetado sua rotina, o seu dia-a-dia?
- Existem casos na família com depressão?
- Você faz ou já fez uso de álcool ou outras drogas, com que frequência?

Cada equipe e território pode adaptar essas perguntas ao seu contexto, criando um formulário de fácil acesso a todos os profissionais, um fluxograma de chegada, acolhimento, ofertas de cuidado coletivos e reuniões frequentes de discussão de caso, na equipe e intersetoriais.

A seguir segue um quadro com um instrumento simples que pode ser útil aos profissionais da saúde para diagnóstico diferencial

Quadro 6. Instrumentos de apoio na detecção de sinais de depressão - adulto

Instrumentos de apoio na detecção de sinais de depressão - Adulto	
Instrumento	Artigo/ acesso em
Escala de depressão, ansiedade e estresse (DASS) do Brasil	https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/SZ4xmWDdk_xwzPbSYJfyV5c/?lang=pt&format=pdf https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/48328
PHQ9	Santos, I. S., Tavares, B. F., Munhoz, T. N., Almeida, L. S. P. D., Silva, N. T. B. D., Tams, B. D., ... & Matijasevich, A. (2013). Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. Cadernos de Saúde Pública, 29, 1533-1543.

Fonte: Criação própria

Após o acolhimento, que pode ser feito por todos os profissionais da equipe, é importante a discussão de caso para a construção do PTS, buscando tratamentos não farmacológicos.

Lembrando dos determinantes sociais em saúde, em que mulheres têm mais risco a depressão pelas questões de gênero, pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas, sem emprego e em vulnerabilidades.

Segue abaixo alguns vídeos e textos orientadores e socioeducativos para todos os públicos.

Quadro 7. Vídeos e artigo sobre depressão em adultos

Vídeos e artigo sobre depressão em adultos	
Título	Endereço eletrônico
Vídeo - Inclusão - A dor da Alma - TV Senado	https://www.youtube.com/watch?v=xXkQDQf0QRw
Canal – Valeska Zanella (Gênero e Saúde Mental)	https://www.youtube.com/channel/UC54qAezd5IglNA4vtBiJ2Rg
Vídeo - Depressão tem cura - Saia Justa - GNT	https://www.youtube.com/watch?v=3M7WFknsV8Y
Artigo - Saúde mental da população negra: relato de uma relação terapêutica entre sujeitos marcados pelo racismo	https://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/2076
Artigo - “Mais música, menos Haldol”: uma experiência entre música, Phármakon e loucura	https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/19628/1/ARTIGO_MaisMusicaMenos.pdf

Fonte: Criação própria

Ressaltamos que não existe tratamento exitoso sem construção de vínculo estável e confiável, sendo assim, se queremos evitar a medicalização desnecessária, temos que criar espaços de cuidado coletivos, diálogo com os familiares, comunidades e outros espaços de convivência.

As equipes precisam de organização e gestão de processos coletivos e dinâmicos para sustentar o acolhimento devido ao aumento da demanda e trabalharem em conjunto com todos, para um tratamento exitoso, de curto/médio prazo, evitando complicações como risco de suicídio, comorbidades e aumento do uso de álcool e outras drogas. Falaremos sobre esses aspectos gerais organizativos da equipe no item Síntese – O que fazer e o que não fazer na depressão em todos os ciclos de vida.

Existem alguns manuais, guias e instrumentos para auxiliar os profissionais a montarem e sustentarem grupos. Por exemplo, temos o Guia de Gestão autônoma da medicação (GAM), o Manual de Grupos de ajuda e suporte mútuo (GASM), e para estruturar o apoio matricial, temos o Guia de Matriciamento em Saúde Mental (GMSM).

Em anexo ao GMSM temos também o cartão Babel, com vários instrumentos e entrevistas rápidas para diagnóstico diferencial, com dicas de como criarem grupos e oficinas terapêuticas a partir de diferentes linguagens. Também indicamos e fomentamos a criação de oficinas terapêuticas a partir de diferentes linguagens, utilizando desde atividades físicas, dança, artesanato, até as Práticas Integrativas Comunitárias (PICs).

Todos estes recursos listados acima e destacados no quadro abaixo servem tanto para adultos como para idosos.

Quadro 8. Guias, indicadores e instrumentos para a criação de grupos, oficinas e apoio matricial

Guias, métodos e instrumentos para criação de grupos, oficinas e apoio matricial	
Guias/métodos/instrumentos	Endereço eletrônico
Gestão Autônoma da Medicação - GAM (guia do moderador)	https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/-guia_gam_moderador_-_versao_para_download_julho_2014.pdf
Gestão Autônoma da Medicação (guia do usuário)	https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/-guia_gam_para_download_com_correcoes.pdf
Manual de ajuda e suporte mútuo (guia do moderador)	http://nesp.unb.br/obsam/wp-content/uploads/2018/09/Manual-de-ajuda-e-suporte-m%C3%BAtuos-em-sa%C3%BAde-mental2013.pdf
Manual de ajuda e suporte mútuo (guia do usuário)	https://www.ufmg.br/saudemental/wp-content/uploads/2020/01/-Cartilha-ajuda-e-suporte-m%C3%BAtuos-em-sa%C3%BAde-mental.pdf
Guia de matriciamento em Saúde Mental	https://redehumanizasus.net/90969-guia-pratico-de-matricia-mento-em-saude-mental/
Anexo - Cartão Babel	https://moodle.unasus.gov.br/vitrine29/pluginfile.php/1070/mod_page/content/3/bibliografia_basica/D455_texto8.pdf
Centros de Convivência	https://www.youtube.com/watch?v=NUpD069X-lw https://www.crpsp.org/uploads/impresso/93/tLLJogKTvnMyl1pS-qa07XS5cUpycXgTX.pdf

Fonte: Criação própria

Idosos

A depressão é um grave adoecimento em idosos, pois se estima que 48,9% da população idosa no Brasil sofrem de mais de uma doença crônica e, destas, a depressão alcança o número de 9,2% do total ¹³.

O envelhecer humano é visto e estudado em aspectos interligados: o físico, o social, o cultural e o subjetivo. A aposentadoria, a viuvez, a imagem que muitos idosos tem de si mesmo é negativa, como aquele ser que não consegue fazer, que não tem forças para fazer, que não se lembra mais das coisas, que seu corpo não responde mais aos movimentos e o isolamento de seus familiares. Tudo isso gera ao idoso um alto nível de tensão, que pode ser somatizado e surgem (dor pelo corpo, angústia, palpitação, insônia, gripes, resfriados ¹².

Trabalhadores de saúde, familiares e pessoas em geral que convivem com idosos precisam estar atentos há alguns sinais do adoecimento psíquico depressivo. Geralmente são sinais corporais, com queixas psicossomáticas, e menos em relação a tristeza profunda. Por isso, a necessidade de se manter uma escuta ativa para identificar de forma breve os casos, evitando agravos e uso da medicação.

Para tentar sintetizar alguns sinais de depressão em idoso elaboramos os pontos a seguir:

- Queixas somáticas (perda de memória; dores no corpo, estômago, dores de cabeça, etc);

- Pensamentos negativos recorrentes;
- Busca pelo isolamento social;
- Desinteresse por atividades que antes eram prazerosas;
- Apatia;
- Sensações de impotência, culpa e baixa estima;
- Fadiga;
- Dificuldade de concentrar-se nas atividades cotidianas;
- Alterações no sono, do apetite sem evidências clínicas;
- Sensação ou pensamentos de perseguição;
- Outros adoecimentos (agudos ou crônicos).

Esses sinais podem afetar o cotidiano dos idosos em diferentes situações:

- Aumentando o isolamento social;
- Na relação com os amigos e com familiares;
- Nas atividades do dia-dia como as de autocuidados, comer, dormir, locomover-se, lazer, dentre outras.

Esses sinais com frequência alta (mais de 4 vezes na semana) e por um período longo (semanas ou meses), é que caracterizam o alerta para o tratamento precoce.

O que pode desencadear a depressão no idoso:

- Perda de entes queridos;
- Separação de pessoas próximas (companheiros, filhos, etc);
- Perda da locomoção ou do vigor físico;
- Uso de medicamentos para controle de outras doenças;
- Alterações metabólicas esperadas neste ciclo da vida como anemia, baixa de vitaminas e hormonais;
- Discriminação;

- Violências vividas pontualmente ou regularmente;
- Vulnerabilidades sociais, econômicas.

Os profissionais de saúde, conjuntamente com familiares e amigos, têm papel fundamental na detecção de depressão em idosos nos diferentes contextos de vida, utilizando diversos métodos de escuta e acolhimento do processo de sofrimento, sem julgamentos ou juízo de valores.

A APS é a porta de entrada para várias demandas da comunidade. A demanda por cuidado pode chegar pelas pessoas e instituições, tendo a APS o papel de busca ativa, acolhimento, avaliação, tratamento e matriciamento das demandas que chegam.

Assim, a demanda de cuidado pode chegar:

- Dos familiares e amigos;
- Da comunidade e vizinhos;
- Dos CRAS e CREAs com possíveis violações dos direitos básicos, violências e vulnerabilidades;
- De outros profissionais da rede de saúde.

Em cidades que possuem CAPS (Tipo I, II, III ou AD) ou Centro de Referência para Idosos (CRI), deve-se contar com essas redes para casos mais graves, que necessitam de diagnósticos diferenciais, frequência de tratamento maior e por vezes uso de medicação. Mas, reforçamos que 80% dos casos não vão precisar de uso farmacológico e sim de espaços terapêutico de promoção da saúde, prevenção dos adoecimentos, em apoio matricial aos territoriais e as equipes da APS.

Nos primeiros acolhimentos, que podem ser feitos por qualquer profissional de saúde, deve-se buscar informação sobre a história de vida e sentimentos das pessoas.

Segue alguns pontos para guiar o acolhimento:

- Conte-me um pouco quem você é, sua história de vida?
- Com o que trabalhava? Com quem mora?
- O que você gosta ou gostava de fazer?
- Percebe comportamentos diferentes no seu dia-a-dia? Há quanto tempo eles se apresentam e com qual frequência?
- Você sofreu ou sofre violências sexuais, físicas, psicológicas, de gênero ou raça?

- Como é a sua rotina semanal? Pedir com riqueza de detalhes a hora que acorda, como acorda, alimentação e horários, o que come e qual a quantidade, quais os momentos de lazer, etc;
- Como essa falta de motivação ou dor tem afetado sua rotina, o seu dia-a-dia?
- Você faz ou já fez uso de álcool ou outras drogas, com que frequência?
- Você tem alguma doença que está tratando?
- Quais os medicamentos em uso neste momento?

Cada equipe e território pode adaptar essas perguntas ao seu contexto, criando um formulário de fácil acesso a todos os profissionais, um fluxograma de chegada, acolhimento, ofertas de cuidado coletivos e reuniões frequentes de discussão de caso, na equipe e intersetoriais.

A seguir segue um quadro com um instrumento que pode ser útil aos profissionais da saúde, para diagnóstico diferencial.

Quadro 9. Instrumento de apoio na detecção de sinais de depressão em idosos

Instrumento de apoio na detecção de sinais de depressão em idosos	
Instrumento	Artigo/acesso em
Escala de depressão geriátrica Yesavage	http://www.revistanursing.com.br/revistas/237-F-evereiro2018/aplicacao_da_escala_de_depressao_geriatrica.pdf

Fonte: Criação própria

Após o acolhimento, que pode ser feito por todos os profissionais da equipe, é importante a discussão de caso para a construção do PTS, buscando tratamentos não farmacológicos. Lembrando dos determinantes sociais em saúde, em que mulheres têm mais risco a depressão pelas questões de gênero, pessoas em adoecimento crônico, sem renda ou em outras vulnerabilidades.

Segue abaixo alguns vídeos orientadores - socioeducativos para todos os públicos sobre depressão em idosos.

Quadro 10. Vídeos sobre depressão em idosos

Vídeos sobre depressão em idosos	
Título	Endereço eletrônico
Estudo piloto trata depressão em idosos por meio de cuidado colaborativo em unidades do SUS	https://www.youtube.com/watch?v=47eR9EXfPNg
Cuidados para evitar depressão em idosos	https://www.youtube.com/watch?v=C7mQVVloX68
Saúde Agora – Depressão nos idosos – Dr. Drauzio Varella	https://www.youtube.com/watch?v=XvC5ECpn-2s

Fonte: Criação própria

Ressaltamos que não existe tratamento exitoso sem construção de vínculo estável e confiável. Sendo assim, se queremos evitar a medicalização desnecessária, temos que criar espaços de cuidado coletivos, diálogo com os familiares, comunidades e outros espaços de convivência para os idosos. As equipes precisam de organização e gestão de processos coletivos e dinâmicos para sustentar o acolhimento devido ao aumento da demanda de idosos e depressão. Falaremos sobre esses aspectos gerais organizativos da equipe no item Síntese – O que fazer e o que não fazer na depressão em todos os ciclos de vida.

Assim, para fecharmos os ciclos de vida e depressão, destacamos a Terapia Comunitária (TC). Desenvolvida no Brasil por Adalberto Barreto e incluída na Política de Práticas Integrativas Comunitárias (PICs), recomendamos a TC e as PIC como instrumentos e métodos de gestão de cuidado para todas as pessoas da comunidade, incluindo as pessoas com sinais de depressão em todos os ciclos de vida. Ressaltando que de todos guias e instrumentos citados no Quadro 08 para adultos, servem para idosos também.

Segue quadro para acessar materiais sobre a Terapia Comunitária e PICs.

Quadro 11. Guias e métodos de promoção e prevenção a saúde da comunidade

Guias e métodos de promoção e prevenção a saúde da comunidade, incluindo idosos com depressão	
Guias/métodos/instrumentos	Endereço eletrônico
Terapia Comunitária - Canal Saúde Focruz	https://www.canalsaude.fiocruz.br/canal/videoAberto/pics-terapia-comunitaria-integrativa-LES-1921
Projeto 4 varas -TEDxFortaleza - Adalberto Barreto	https://www.youtube.com/watch?v=C9d2SrRyyAc
Terapia comunitária passo a passo	https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1023333

Fonte: Criação própria

Síntese

O que fazer e o que não fazer na depressão em todos os ciclos de vida

Para as nossas considerações finais, preparamos um último quadro para profissionais e gestores com sugestões do que pode ser feito e o que é recomendável evitar no processo de acolhimentos, avaliação, tratamento e gestão da rede de cuidados em saúde.

Quadro 12. Ações dos profissionais e gestão de serviços/rede diante de pessoas com sinais de depressão

Ações dos profissionais e gestão de serviços/rede diante de pessoas com sinais de depressão	
O que fazer	O que não fazer
Acolher sempre com empatia e ética a pessoa e sua rede de apoio	Não julgar os sentimentos ou dar conselhos
Utilizar roteiro construídos pela equipe, indicados por esse capítulo ou cientificamente comprovados, para embasar a discussão de caso e construção do PTS	Evitar buscas rápidas e descontextualizada na internet ou redes sociais de técnicas e métodos sem base científica





Buscar estratégias de cuidado coletivo grupal, através de atividades interessantes e significativas para cada ciclo de vida e comunidade	Evitar tratamentos individuais, em que só um profissional da equipe acompanha o caso, onerando o sistema e com baixa efetividade comprovada
Construir um projeto terapêutico singular e coletivo contextualizado com parceria da rede intra e intersetorial	Não indicar uma consulta ao psiquiátrica como sendo a primeira opção de todo e qualquer caso, sem antes fazer várias avaliações e tentar tratamentos não medicamentosos
Buscar apoio do médico da família para investigação clínica de outros adoecimentos	Não encaminhar ao psiquiatra, sem antes avaliar e buscar tratamentos não farmacológicos listados ao longo desse capítulo
Criar grupos e oficinas terapêuticas	Evitar grupos por diagnósticos, que podem gerar mais estigmas e preconceitos
Manter diálogo constante com familiares e cuidadores, em formato de grupo de ajuda mútua, para troca de experiências entre eles	Não excluir familiares e cuidadores, mesmo sendo possível agressores. Eles também precisam de tratamento e orientação
Criar eventos e oficinas psicoeducativos de interação de toda a rede	Não buscar culpados, julgar atitudes não colabora para uma psicoeducação
Manter reuniões sistemáticas com a rede intrasetorial e intersetorial, buscando identificar casos que necessitam de avaliação	Não negar apoio e escuta a toda rede
Criar espaços de educação permanente e redes de diálogo coletiva entre os diferente pontos da rede, com construção de fluxos para casos mais graves	Não parar de estudar e de se atualizar

Fonte: Criação própria

Assim, esperamos ter contribuído para a diminuição dos estigmas e preconceitos relacionados a depressão nos diferentes ciclos de vida, apoiando os trabalhadores de saúde e gestores para as várias possibilidades de cuidado da população acometida.

Bom trabalho!

Referências bibliográficas

1. Bahls SC. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes: clinical features. *Jornal de pediatria*. 2002;78:359-66.. [acesso 20 set 2021]. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/jped/v78n5/7805359.pdf> >
2. Baptista MN. Avaliando" depressões": dos critérios diagnósticos às escalas psicométricas. *Avaliação Psicológica*. 2018;17(3):301-10. [acesso 08 set 2021]. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712018000300004 >
3. Bittner A, Egger HL, Erkanli A, Costello EJ, Foley DL, Angold A. What do childhood anxiety disorders predict? *J Child Psychol Psychiatry*. 2007;48(12):1174-83. [acesso 20 set 2021]. Disponível em: < <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01812.x> >
4. Bloc L, Melo AK, Leite E, Moreira V. Fenomenologia do corpo vivido na depressão. *Estudos de Psicologia (Natal)*. 2015 Oct; 20:217-28. [acesso 10 set 2021]. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/epsic/a/SH6DkGnCYvL9XTCrN3QVVGKL/?lang=pt> >
5. CID-11. Classificação Internacional das doenças (CID-11)/OMS. [acesso 10 set 2021]. Disponível em: < <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/1563440232> >
6. Cruvinel M, Boruchovitch E. Sintomas depressivos e estratégias de aprendizagem em alunos do ensino fundamental: uma análise qualitativa. Afetividade e Dificuldades de aprendizagem: uma abordagem psicopedagógica. 2006:181-206. [acesso 08 set 2021]. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/pe/v9n3/v9n3a04.pdf> >
7. Dalgalarondo, P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
8. DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. American Psychiatric Association: Arlington, VA. 2013.
9. Ferriolli SHT, Marturano EM, Puntel LP. Family context and child mental health problems in the Family Health Program. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(2):251-9. [acesso 07 set 2021]. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006005000017> >
10. Gomes LP, BaronE, Albornoz ACG, Borsa JC. Inventário de depressão infantil (CDI): uma revisão de artigos científicos brasileiros. *Contextos Clínicos*. 2013;6(2):95-105. [acesso 07 set 2021]. Disponível em: < <https://doi.org/10.4013/ctc.2013.62.03> >
11. Lima MO, Schünke LK, Mosmann CP. Instrumentos de avaliação da depressão infantil: revisão integrativa da literatura. *Rev. Bras. Psicoter. (Online)*. 2020:53-69. [acesso 01 set 2021]. Disponível em: < <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1223936> >
12. Mello E, Teixeira MB. Depressão em idosos. *Revista Saúde-UNG-Ser*. 2011 Jun 1;5(1):42-53. [acesso 04 set 2021]. Disponível em: < <http://revistas.ung.br/index.php/saude/article/view/562> >
13. Nascimento DC, Brito MAC, Santos AD. Depressão em idosos residentes em uma instituição asilar na cidade de Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil. *J Manag Prim Health Care*. 2013[citado em 2017 maio 04];4(3):146-50. [acesso 04 set 2021]. Disponível em: <http://www.jmphc.com.br/saude-publica/index.php/jmphc/article/viewFile/182/185> >
14. Paula CS, Duarte CS, Bordin IAS. Prevalence of mental problems in children and adolescents from the outskirts of São Paulo city: treatment needs and service capacity evaluation. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007;29(1):7-11. [acesso 07 set 2021]. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/S1516-44462006005000012> >
15. Pavoski GT, de Salvo Toni CG, Batista AP, Ignachewski CL. Prevenção universal e promoção de saúde em grupo de crianças a partir do Método FRIENDS. *Psico*. 2018;49(2):148-58. [acesso 03 set 2021]. Disponível em: < <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-967626> >
16. Villela, W; Doreto, D. Sobre a experiência sexual dos jovens. *Cad. Saúde Pública*, 2006. [acesso 04 set 2021]. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/21.pdf> >

