

SINTOMAS DEPRESSIVOS EM ADULTOS QUE BUSCAM ATENDIMENTO PSICOTERÁPICO EM UMA CLÍNICA DE PORTO ALEGRE - RS

Fernanda Cerutti¹

Taís Nicoletti Bonato²

Luciana Hoff³

Resumo: O presente estudo teve como objetivo avaliar a prevalência de sintomas depressivos em adultos que procuram atendimento psicoterápico. **Método:** A amostra foi composta por 32 adultos que procuraram atendimento psicoterápico em uma clínica-escola de Porto Alegre. Os participantes responderam a um questionário com dados sociodemográficos, assim como, pontuaram a escala para triagem de sintomas depressivos BDI (*Beck Depression Inventory*). Os dados foram analisados estatisticamente. **Resultados:** A prevalência de sintomas depressivos levantada pelo instrumento apontou uma maior frequência (38%) na sintomatologia leve (n=12). Observa-se que 28% da amostra apresentou sintomas moderados (n=9). Houve correlação significativa entre sintomas depressivos e idade. **Conclusão:** A pesquisa aponta a importância da observação de sintomas depressivos em pacientes que procuram atendimento psicoterápico.

Palavras-chave: Sintomas depressivos. Psicoterapia. Avaliação.

1 INTRODUÇÃO

A depressão é, notavelmente, a mais comum de todas as doenças psiquiátricas. Afeta cerca de 121 milhões de pessoas em todo o mundo. Em situações extremas, a depressão pode levar ao suicídio, uma trágica fatalidade associada com a perda de cerca de 850.000 vidas por ano. Até o ano 2020 é estimado que a depressão alcance o segundo lugar no ranking do cálculo de anos perdidos ajustados por incapacidade (DALY²) para todas as idades e ambos os sexos. Hoje, a depressão já é a segunda causa de DALY na faixa etária de 15 a 44 anos para ambos os sexos e de diferentes origens (WHO, 2010).

De acordo com a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 (OMS, 1993), em episódios depressivos típicos, incluindo as três variedades descritas

¹ Psicóloga, Especialista em Psicologia Clínica/IAFEC. E-mail: fecerutti@hotmail.com

² Orientadora/IAFEC, Psicóloga, Mestre em Psicologia Social/PUCRS.

³ Orientadora/IAFEC, Psicóloga, Especialista em Psicologia Clínica, Especialista em Recursos Humanos e Mestre em Educação/UFRGS.

² DALY (Disability-Adjusted Life Year) Anos de vida perdidos ajustados por incapacidade. É a medida do hiato de saúde que combina, em uma só soma, o tempo vivido com incapacidade e o tempo perdido devido à mortalidade prematura (www.siteresources.worldbank.org).

(leve, moderado e grave), o indivíduo usualmente sofre de humor deprimido, perda de interesse e prazer, diminuição de atividades e redução da energia, levando a um aumento da fadiga. Até mesmo após esforços leves é verificado um cansaço marcante. Para o diagnóstico de episódios depressivos de todos os três graus de gravidade, uma duração de duas semanas é usualmente necessária, embora períodos mais curtos com sintomas graves e início rápido podem ser considerados.

Sobre o curso de um Episódio Depressivo Maior, é importante observar que os sintomas geralmente se desenvolvem ao longo de dias ou semanas. Sintomas de ansiedade e leves sintomas depressivos que duram de semanas a meses podem anteceder um Episódio Depressivo Maior completo. A duração de um Episódio Depressivo Maior também é variável (APA, 2002).

Zimerman (1999), baseado na teoria psicanalítica, propõe alguns conceitos do espectro clínico dos estados depressivos. Este autor enfatiza que a tristeza é apenas um estado de humor afetivo que não indica necessariamente a eminência de um episódio depressivo. O luto, outro conceito, faz parte de um período necessário para elaboração de uma perda de um objeto amado. Porém, se o objeto perdido é introjetado por meio de um processo com um grau acentuado de ambivalência e conflitos, pode-se configurar um estado de melancolia. Já a depressão subjacente às neuroses e psicoses, é observada quando um indivíduo, em grau variado, porta núcleos melancólicos da personalidade.

O entendimento que a abordagem cognitiva faz da depressão envolve a existência de pressupostos disfuncionais que produzem a eclosão de pensamentos negativos automáticos que cumprem um papel de interferir na interpretação de acontecimentos do cotidiano, expectativas sobre o futuro e entendimentos de eventos passados. Forma-se um círculo vicioso com o desenvolvimento da depressão (BECK, et.al., 1997).

Gabbard (1998) refere que a etiologia da depressão severa envolve um composto de forças, incluindo estressores psicológicos, interpessoais, biológicos e ambientais que agem no cérebro. Mesmo no caso de depressões endógenas ou melancólicas graves, os fatores ambientais e psicológicos podem ter um papel-chave. Assim, existe uma interconexão fundamental entre mente e cérebro, em que uma condição envolvendo funcionamento neuroquímico no cérebro pode aparentemente ser alterada por intervenção psicoterapêutica.

O autor supracitado destaca também a utilidade das abordagens psicanalíticas psicodinâmicas na depressão e lança alguns princípios técnicos fundamentais para o

tratamento, tais como o estabelecimento da aliança terapêutica, formulação explicativa da depressão, desenvolvimento de hipóteses sobre a base psicodinâmica de sua depressão, interpretação de aspectos transferenciais e por último, ajudar o paciente a conceber novas formas de vida. Considera ainda, que deve haver muita escuta e empatia com o ponto de vista do paciente (GABBARD, 1998).

A utilização de técnicas que visam alterar comportamentos disfuncionais e corrigir padrões distorcidos de pensamento é objetivo da terapia cognitivo-comportamental breve. Para tanto, são utilizadas a discussão sistemática e tarefas comportamentais a fim de auxiliar o paciente deprimido a detectar e alterar atitudes que restringem atividades que lhe gerem qualidade de vida devido a pensamentos automáticos negativos e pressupostos rígidos associados (NETO; ITO, 1998).

Sobre a associação de farmacoterapia e psicoterapia para tratamento inicial do Transtorno Depressivo Maior, é importante considerar o grau, de leve a grave, se existem problemas psicossociais, problemas interpessoais ou um transtorno da personalidade pré-mórbido clinicamente significativo. Além disso, existem outros aspectos que sugerem essa associação de tratamentos, que dizem respeito à história de resposta apenas parcial a modalidades de terapias isoladas e a adesão insatisfatória as intervenções terapêuticas, necessitando que neste momento a terapia concentre esforços para a adesão ao tratamento (APA, 2007).

Mesmo sendo de conhecimento da população, o acesso ao diagnóstico e ao tratamento ainda deixam a desejar, tanto por não serem realizados adequadamente quanto, até mesmo, por não acontecerem. A depressão pode ser diagnosticada e tratada em nível de atenção primária. Porém, menos de 25% dos pacientes têm acesso a diagnósticos fidedignos e tratamentos eficazes. A medicação com antidepressivos e a psicoterapia breve, formas estruturadas de tratamento, são eficazes para 60 a 80% das pessoas afetadas. No entanto, menos de 25% das pessoas acometidas pela doença (em alguns países menos de 10%) recebem tratamentos. Barreiras ao atendimento eficaz incluem a falta de recursos, a falta de profissionais treinados, além do estigma social associado aos transtornos mentais, como a depressão (WHO, 2010).

Salienta-se que a depressão pode estar presente de forma moderada em certas épocas de estresse mesmo em pessoas basicamente saudáveis. Ainda que estas formas de depressão mais leve não sejam classificadas como transtornos maiores por não preencherem os critérios

do DSM-IV-TR, ao serem diagnosticadas, não podem ser entendidas como fundamentalmente benignas (GABBARD, 1998). Alguns casos de depressão considerados novos podem, entretanto, se tratar de uma recaída. Episódios passados da doença podem ser esquecidos, especialmente por pacientes com sintomatologia moderada, ou que não receberam tratamento, ou até mesmo, por terem apresentado episódios pouco recorrentes (MENEZES; NASCIMENTO, 2000).

Estudos sobre a depressão são extremamente necessários, pois há uma grande abrangência deste transtorno na população. Além disso, a gravidade dos sintomas coloca em risco a vida das pessoas, isto porque, constata-se que existe uma incidência de diagnósticos falhos e uma grande parcela de pacientes sem tratamento. Deste modo, muitos pacientes não procuram tratamento psicoterápico e muitas vezes, quando isso acontece, o diagnóstico de um transtorno depressivo não é abarcado. Uma atenta entrevista é essencial para a obtenção de um diagnóstico fidedigno, pois o relato pode estar comprometido por dificuldades na concentração, prejuízo de memória ou uma tendência a negar, minimizar ou justificar os sintomas. Informações de fontes adicionais podem ser especialmente úteis para o esclarecimento deste diagnóstico, segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002).

Assim, o presente estudo se fez relevante, na medida em que pretendeu abarcar o tema depressão, investigando sua prevalência em atendimentos psicoterápicos. Desta forma, proporcionou uma melhor compreensão a respeito da importância do diagnóstico de sintomas depressivos e debateu a necessidade da prevenção da possível evolução destes sintomas para um quadro grave.

2 MÉTODO

Pesquisa quantitativa, transversal de cunho exploratório. A amostra foi composta por 32 adultos, de ambos os sexos, com idade entre 18 e 67 anos que procuraram atendimento psicoterápico em uma clínica-escola de Porto Alegre no período de agosto de 2011 a outubro do mesmo ano.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS), sob o Registro do CEP: 632 – Processo Nº. 001.015878.11.2. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, manifestando estarem cientes e de acordo com as implicações éticas da pesquisa.

Os participantes responderam a um questionário com dados sociodemográficos que contemplava as informações: idade, situação conjugal, sexo e escolaridade. Assim como, pontuaram a escala para triagem de sintomas depressivos BDI – Inventário de Depressão de Beck (*Beck Depression Inventory, BDI*), criada por Aaron Beck em 1961, revisada e publicada novamente em 1996. Para uso no Brasil, foi traduzida e validada por Cunha (2001). Este instrumento tem sido utilizado recentemente em muitas pesquisas que visam ao diagnóstico de sintomas depressivos (AMARAL, 2007; ANDRADE, 2006; CASTRO, TRENTINI, RIBOLDI, 2010; BOTTI, et al; 2010; TUMAS et al, 2008).

O BDI é constituído por 21 itens com grupos de afirmações. Em cada item o indivíduo elege a afirmativa que melhor descreve o que sente na última semana e no dia da aplicação. Trata-se de um exercício de autorrelato que abrange componentes cognitivos, afetivos, comportamentais e somáticos que podem identificar sintomas depressivos. Cada grupo de afirmativas é composto por escores que pontuam de zero a três. Os pontos de corte da versão brasileira são: mínimo= 0-11, leve= 12-19, moderado= 20-35, grave= 36-63.

Para a coleta de dados, fez-se contato com terapeutas que receberam pacientes no ambulatório da clínica-escola, na fase de avaliação, ou seja, nas oito primeiras consultas. Foi solicitado que estes entregassem aos pacientes um envelope que continha o *rapport* descrito, o TCLE e o BDI. Os terapeutas realizavam um *rapport* padrão aos seus pacientes, explicando que se tratava de uma pesquisa realizada no ambulatório da clínica-escola por uma terapeuta em formação na instituição. Pediam que os participantes levassem para casa o envelope, e trouxessem, estando de acordo em participar, o instrumento respondido, assim como o TCLE assinado. O percentual de perdas e recusas foi de 36%, dado que pode estar relacionado ao pouco vínculo entre o terapeuta e o paciente e, também a exposição a uma situação de avaliação, que comumente é rejeitada pelas pessoas.

Os dados foram transformados em números e armazenados em uma planilha estatística. As informações da Ficha Sociodemográfica foram analisadas de forma descritiva (média, desvio padrão e percentual) e relacionadas com a pontuação do Inventário de Depressão de Beck. Foi utilizada a análise de Correlação de Spearman para averiguar relação entre variáveis, considerando-se resultado significativo quando $p \leq 0,050$. Para a análise estatística foi utilizado o Programa Estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Science*) versão 17.0.

3 RESULTADOS

A amostra é composta por 63% participantes do sexo feminino (n=20) e 38% do sexo masculino (n=11). Quanto à situação conjugal, a maioria, 53% dos participantes são solteiros (n=17). No que se refere à escolaridade, 32% dos sujeitos completaram o 3º grau (n=10), sendo esta a maior frequência nesta variável. A média de idade é de 34 anos (DP= 11,9).

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DAS VARIÁVEIS POR FREQUÊNCIA E PERCENTIL

		n	%
Situação Conjugal	Solteiro	17	53
	Casado	7	22
	Separado	3	9
	Relacionamento Estável	5	16
Escolaridade	2º grau incompleto	1	3
	2º grau completo	8	25
	3º grau incompleto	5	16
	3º grau completo	10	32
	Pós-graduação incompleta	4	12
	Pós-graduação completa	4	12

A prevalência de sintomas depressivos levantada pelo instrumento apontou uma maior frequência (38%) na sintomatologia leve (n=12). Observa-se que 28% da amostra apresentou sintomas moderados (n=9). E houve a ocorrência de 6% da amostra com sintomatologia grave (n=2). Estes resultados se encontram na Tabela 2 que segue abaixo.

TABELA 2 – PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS

		n	%
Sintomas Depressivos	0-11 mínimo	9	28
	12-19 leve	12	38
	20-35 moderado	9	28
	36-63 grave	2	6

Quanto à relação entre sintomas depressivos e as variáveis, a idade dos participantes apresentou resultado significativo, demonstrando correlação negativa moderada. Estes dados apontam que quanto mais velho o participante menos sintomas depressivos apresenta ($p=0,021$; $r= -0,406$).

4 DISCUSSÃO

Neste estudo, ficou evidenciado um considerável percentual de participantes (72%) que apresentaram sintomas depressivos, desde a sintomatologia leve até grave. Este percentual se acentua quando levado em conta que a amostra não foi estipulada a partir de queixas voltadas especificamente ao tema. Outros estudos também objetivaram investigar a prevalência de sintomas depressivos a partir de variáveis que não estavam diretamente ligadas à depressão (AMARAL; et al, 2007; AMARAL; et al, 2008; FLECK; et al., 2002; SANTOS & KASSOUF, 2007).

Uma pesquisa de cunho transversal e descritivo objetivou investigar a prevalência de transtorno depressivo maior em pacientes hipertensos. Para tanto, contou com uma amostra aleatória representativa, obtida de forma sistemática, de 285 pacientes em atendimento contínuo na Liga de Hipertensão Arterial da Universidade Federal de Goiás. Os participantes responderam ao Inventário de Depressão de Beck para rastreamento de sintomas depressivos e a Entrevista Estruturada para o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - Transtornos do Eixo I para avaliação diagnóstica de transtorno depressivo maior. Foi encontrada a prevalência de 20% de depressão maior na população investigada, sendo que 15,8% dos participantes apresentaram sintomas depressivos moderados, e 35,1% sintomas graves (AMARAL; et al, 2007).

Amaral et al (2008) por meio de um estudo que teve como objetivo investigar a prevalência de sintomas depressivos em alunos de medicina da Universidade Federal de Goiás, utilizando como instrumentos o Inventário de Depressão de Beck e um questionário de identificação, constataram que, dos 287 participantes, 26,8% apresentaram sintomas depressivos de acordo com escores do BDI estabelecidos para este estudo. A prevalência de sintomas depressivos moderados e graves entre os entrevistados foi de 6,9%, e de sintomas leves foi de 19,9%. O percentual encontrado no estudo em debate pode estar mais elevado que os demais citados, pois a amostra contou com pacientes psiquiátricos.

Quanto à correlação significativa entre a prevalência de sintomas depressivos e a variável idade, os resultados do presente estudo evidenciaram que quanto mais idade, menos prevalência de sintomas depressivos. Santos e Kassouf (2007) investigaram a relação entre fatores sociodemográficos e depressão mental a partir de dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) de 2003. Constataram que o fator idade teve relação positiva

com sintomas depressivos. Além disso, apontaram que as condições socioeconômicas podem ser determinantes no desenvolvimento de sintomas depressivos, e um maior nível educacional pode reduzir o risco de depressão. O casamento se mostrou um fator de proteção para a incidência de sintomas depressivos (SANTOS; KASSOUF, 2007). Os dados sobre correlação significativa entre sintomas depressivos e grau de escolaridade foram incipientes no presente estudo. O mesmo também apresentou um percentual maior de sujeitos solteiros em seus dados, embora esta variável, estado civil, não esteve correlacionada aos sintomas depressivos nesta amostra.

CONCLUSÃO

Não é possível afirmar que os participantes que apresentaram sintomas depressivos fechem critérios para um transtorno depressivo maior, mas este estudo evidencia a importância da investigação de sintomas depressivos para a prevenção e tratamento da depressão. A depressão em expressivos casos é subdiagnosticada e, mesmo quando diagnosticada de forma correta, frequentemente é subtratada. Para tornar o quadro mais complexo, a síndrome depressiva está presente em muitas doenças clínicas crônicas. Esta comorbidade acaba influenciando em piores evoluções, uma má aderência aos tratamentos indicados, e conseqüentemente, a uma qualidade de vida deficitária, que eleva casos de morbimortalidade (TENG; HUMES; DEMETRIO, 2005).

No presente estudo, houve um significativo percentual de sintomas depressivos entre os participantes. Lopez (2011) aponta que a ocorrência significativa do diagnóstico da depressão em adultos jovens se firma como uma variável importante, uma vez que repercute na qualidade de vida desta população. Assim, é importante salientar que o diagnóstico precoce e correto e o tratamento adequado da depressão devem fazer parte das intervenções de profissionais da saúde.

Além disso, no estudo em questão, buscou-se investigar a prevalência de sintomas depressivos em adultos que procuraram atendimento psicoterápico, sem que a queixa fosse critério de inclusão ou exclusão. Nos serviços de cuidados primários, os sintomas depressivos são comumente encontrados após investigação mais aprofundada da queixa inicial, o que indica a necessidade de que tais pacientes sejam submetidos a tratamentos específicos para depressão maior. Isto porque, a presença de sintomas depressivos implica em um grande

impacto na qualidade de vida, se estendendo para além das características clínicas do transtorno (LIMA; FLECK, 2009).

Diante do exposto, conclui-se que a sintomatologia depressiva necessita ser considerada nas avaliações para que um diagnóstico de Depressão Maior não seja negligenciado, e para que este transtorno de expressiva prevalência e impacto psicossocial receba tratamento devido. Pacientes deprimidos, frequentemente desconhecem os sintomas de depressão e procuram auxílio por outras queixas, principalmente por questões somáticas, por isso deve-se atentar para o reconhecimento e diagnóstico desta doença (FLECK, et al, 2002).

Além disso, cabe ressaltar que estudos que abordam o tema contribuem para que a população geral tenha acesso às características dos sintomas depressivos e lidem com os sintomas sem estigma, pois a forma como as pessoas identificam os sintomas de depressão e as percebem a partir de crenças sobre sua etiologia pode influenciar no momento da procura por ajuda e na adesão ao tratamento (PELUSO; BLAY, 2008).

Agradecimentos

A todos que participaram de forma direta ou indireta neste trabalho, nossa gratidão. Aos terapeutas e pacientes que estiveram envolvidos com o estudo um agradecimento especial.

DEPRESSIVE SYMPTOMS IN ADULTS SEEKING PSYCHOTHERAPY IN A CLINIC OF PORTO ALEGRE – RS

Abstract: The present study aimed to assess the prevalence of depressive symptoms in adults seeking psychotherapy. **Methods:** The sample consisted of 32 adults who sought psychotherapy in a clinical school in Porto Alegre. The participants answered a sociodemographic questionnaire, as well as scored the scale for screening BDI depressive symptoms (Beck Depression Inventory). Data were analyzed statistically. **Results:** The prevalence of depressive symptoms lifted the instrument showed a higher frequency (38%) in mild symptoms (n = 12). It is observed that 28% showed moderate symptoms (n = 9). There was significant correlation between age and depressive symptoms. **Conclusion:** The study suggests the importance of observation of depressive symptoms in patients seeking psychotherapy.

Keywords: Depressive symptoms. Psychotherapy. Evaluation Symptoms of depression.

Referências

AMARAL, G. F. do A. Prevalência de transtorno depressivo maior em centro de referência no tratamento de hipertensão arterial **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. [online], 2007.

AMARAL, G. F. do A.; et.al. Sintomas depressivos em acadêmicos de medicina da Universidade Federal de Goiás: um estudo de prevalência. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 30, p.124-130, 2008.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

ANDRADE, T. M. R. **Sintomas depressivos em usuários e não usuários de maconha**. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. (Mestrado em Psicologia Clínica) – Faculdade de Psicologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2006.

BECK, A. T., RUSH, A. J.; SHAW, B. F., EMERY, G. **Terapia cognitiva da depressão**. Porto Alegre: Artmed, 1997.

BOTTI, N. C. L. et al. (2010). Prevalência de depressão entre homens adultos em situação de rua em Belo Horizonte. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. [online], v. 59(1), p. 10-16.

CASTRO, S. M. DE J., TRENTINI, C., RIBOLDI, J. Teoria da resposta ao item aplicada ao Inventário de Depressão Beck. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. [online], v. 13, p. 487-501, 2010.

CUNHA J. A. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2001.

FLECK, M. P. de A., et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 431-438, ago., 2002.

GABBARD, G. O. **Psiquiatria psicodinâmica: baseado no DSM-IV**. 2. ed. Porto Alegre: ArtMed, 1998.

LIMA, A. F. B. DA S., FLECK, M. P. de A. Qualidade de vida e depressão: uma revisão da literatura. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul**. [online], v. 31, p. 1-12, 2009.

LOPEZ, M.; et al. Depressão e qualidade de vida em jovens de 18 a 24 anos no sul do Brasil. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul**. [online], p. 1-6, 2011.

MENEZES, P. R., NASCIMENTO, A. F. Epidemiologia da depressão em diversas fases da vida. In B. Lafer (Org.). **Depressão no ciclo da vida**. Porto Alegre: Artmed, 2000. p. 29-36.

NETO, F. L., ITO, L. M. Terapia comportamental-cognitiva da depressão. In: A. V. Cordioli (Org.). **Psicoterapias: Abordagens atuais**. Porto Alegre: Artmed, 1998. p. 269-277.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PELUSO, E. T. P.; BLAY, L. S. Percepção da depressão pela população da cidade de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, 42(1), p. 41-8, 2008.

SANTOS, M. J., KASSOUF, A. L. Uma investigação dos determinantes socioeconômicos da depressão mental no Brasil com ênfase nos efeitos da educação. **Economia Aplicada** [online]. v. 11, p. 5-26, 2007.

TENG, C. T., HUMES, E. de C., DEMETRIO, F. N. Depressão e comorbidades clínicas. **Revista de psiquiatria clínica**, jun, v. 32, p. 149-159, 2005.

TUMAS, V. et al. The accuracy of diagnosis of major depression in patients with Parkinson's disease: a comparative study among the UPDRS, the geriatric depression scale and the Beck depression inventory. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**. [online], v. 66, p. 152-156, jun. 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental health**: Depression. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/>. Acesso em: 25 nov. 2010.

ZIMERMAN, D. **Fundamentos psicanalíticos**. Porto Alegre: Artmed, 1999.