

**SMAD**

Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas

ISSN: 1806-6976

Av. Bandeirantes, 3900. Ribeirão Preto/SP - Brasil CEP: 14.040-902 Telefone: 055-16-602-3477 Fax: 055-16-602-4754



## Atenção da Enfermagem ao Portador de Transtorno Depressivo: Uma Reflexão *Mariluci Camargo F. S. Candido<sup>1</sup>; Antonia Regina F. Furegato<sup>2</sup>*

### Resumo

Esta reflexão objetiva divulgar conhecimentos sobre a atenção ao portador de transtornos depressivos. Abordam-se aspectos históricos e clínicos da depressão e da atenção de enfermagem. A literatura enfatiza que a doença diagnosticada e tratada precocemente evita prejuízos sociais e pessoais, aumentando a responsabilidade dos profissionais em todos os níveis de atenção. Frente ao quadro apresentado, sugere-se a implementação de programas de educação em saúde e de ensino básico ao enfermeiro, revendo conceitos, formas de abordagens e tratamentos. Profissionais assistenciais e docentes devem estar alertas sobre a importância das ações terapêuticas na depressão, em todos os níveis de complexidade do cuidado de enfermagem.

**Palavras-chave:** enfermagem, saúde mental, transtorno depressivo

## ATENCIÓN DE LA ENFERMERÍA AL PORTADOR DE TRASTORNO DEPRESIVO: UNA REFLEXIÓN

### Resumen

Esta reflexión objetiva divulgar conocimientos sobre la atención al portador de trastornos depresivos. Se abordan aspectos históricos y clínicos de la depresión y de la atención de enfermería. La literatura enfatiza que cuando la enfermedad es diagnosticada y tratada precozmente, se evita perjuicios sociales y personales, aumentando la responsabilidad de los profesionales en todos los niveles de atención. Ante el cuadro presentado se sugiere la implementación de programas de educación en salud y de enseñanza básica del enfermero, reviendo conceptos, formas de aproximaciones y tratamientos. Profesionales asistenciales y docentes deben estar alertas sobre la importancia de las acciones terapéuticas en la depresión en todos los niveles de complejidad del cuidado de enfermería.

**Palabras clave:** enfermería, salud mental, trastorno depresivo

## NURSING CARE TO PEOPLE WITH DEPRESSIVE DISORDERS: A REFLECTION

### Abstract

This reflection aims to disseminate knowledge about care to people with depressive disorders. Its authors address historical and clinical aspects concerning depression and nursing care. The literature emphasizes that if the disease is diagnosed and treated early, social and personal damage can be prevented, which adds to the responsibility of professionals at all care levels. In view of this situation, the implementation of education programs in health care as well as in nurses' basic qualification programs is suggested, revision of concepts, approaches and treatments. Clinical professionals and faculty must be alerted to the importance of therapeutic actions in depression at all complexity levels of nursing care.

**Key words:** nursing, mental health, depressive disorder

<sup>1</sup> Doutora pela EERP/USP e docente do Centro Universitário de Votuporanga /SP. Rua Theodoro José de Souza, 1042 - Centro Indiaporã - CEP 15690-000 [mcfscandido@ig.com.br](mailto:mcfscandido@ig.com.br)

<sup>2</sup> Prof<sup>a</sup> Titular do Depto de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas – EERP/USP – [furegato@eerp.usp.br](mailto:furegato@eerp.usp.br)

## INTRODUÇÃO

Há anos observa-se o aumento de clientes relatando sintomatologia sugestiva de depressão, recorrendo aos diversos serviços de saúde, sem que tenham a devida atenção profissional. Observa-se a atenção ausente ou inadequada ao portador de transtorno depressivo. Da mesma forma, verifica-se escassez de estudos científicos, ou mesmo experiências, visando aprimorar as ações do enfermeiro dirigidas ao portador de transtorno depressivo.

A OPAS/OMS<sup>(1)</sup> vem chamando a atenção para alguns fatores responsáveis pela deficiência na identificação e no manejo dos portadores de transtornos do humor: falta de conhecimento do profissional de enfermagem, falta de destreza clínica, limitação no tempo da consulta para escutar o cliente, falta de apoio especializado para o manejo e referência de pacientes com problemas complexos.

Concordando com as afirmações da OPAS/OMS<sup>(1)</sup>, verifica-se que os profissionais em atividade na rede, em qualquer especialidade, mas principalmente nos serviços de atenção primária, emergências e atendimento a grupos mais vulneráveis da população, nem sempre estão preparados para depararem-se com o portador de transtorno mental e sua sintomatologia.

O transtorno depressivo é uma patologia mental muito freqüente na população em geral. Relata-se que 50% dos pacientes deprimidos, que buscam atenção primária, permanecem sem serem diagnosticados e sem receberem tratamento, o que repercute em carga excessiva de sofrimento, elevada morbidade e mortalidade, além do contínuo risco de suicídio<sup>(2)</sup>.

Os membros da equipe de saúde precisam tomar medidas imediatas para assistir o cliente identificado com depressão, pois o risco de suicídio é uma constante.

Os casos mais graves impossibilitam a pessoa de realizar suas funções habituais, inclusive cuidar de si mesma. A falta de interesse e de motivação para participar de atividades

profissionais e sociais, rotineiramente, transformam o cotidiano dos portadores de depressão e dos que os cercam<sup>(1)</sup>.

A baixa produtividade das pessoas afetadas e as ausências ao trabalho representam perdas importantes. Resultam em muitos dias de incapacidade para o trabalho e em 12 vezes mais recidivas do que nas doenças crônicas do coração, hipertensão arterial, diabetes e dores lombares<sup>(3)</sup>.

Se o transtorno depressivo envolve alto grau de incapacidade, leva a sérios danos morais, físicos, psicológicos e financeiros e causa diversos problemas sociais. Conseqüentemente, o custo pode ser muito alto, tanto para o paciente e sua família como para a comunidade.

A prevalência do transtorno depressivo e a procura por locais de atendimento primário pelos clientes com sintomas depressivos, torna o reconhecimento dessa doença extremamente importante para todos os profissionais da saúde, incluindo enfermeiros dos mais diferentes serviços, mas, principalmente, para os responsáveis pelo atendimento primário em saúde.

É urgente que a equipe de saúde desenvolva ações de identificação e intervenção voltadas ao portador de transtorno depressivo.

## **O TRANSTORNO DEPRESSIVO ATRAVÉS DOS TEMPOS**

A palavra depressão é descrita no dicionário médico<sup>(4)</sup> como o deslocamento para baixo ou para dentro, abaixamento ou redução da atividade funcional, tristeza mórbida. É sinônimo do ato de deprimir-se, debilitar-se, enfraquecer, causar angústia, abater-se, sofrer e angustiar-se.

Na literatura especializada encontram-se diferentes denominações como transtorno do humor, transtorno depressivo, distúrbio depressivo ou transtorno afetivo em referência à depressão<sup>(2-3,5)</sup>.

Muitas pessoas confundem depressão com tristeza. O sentimento de tristeza é normal e natural no ser humano. Na depressão, as pessoas têm sentimentos duradouros, persistentes e profundos de tristeza, muitas vezes inexplicáveis.

Em sua maioria, nas classificações nosográficas dos manuais psiquiátricos, as depressões são intituladas transtornos do humor, que incluem o transtorno depressivo maior e suas variantes como a distímia e transtorno bipolar e suas variantes como a ciclotímia<sup>(6-7)</sup>.

**Tabela 1 - Diretrizes para o diagnóstico de episódios depressivos no DSM-IV e na CID 10**

DSM – IV	CID -10
<p>Cinco ou mais sintomas dos descritos abaixo devem estar presentes durante o período de duas semanas, representando mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas deve ser humor deprimido ou perda do interesse ou prazer.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, indicado por relato subjetivo (sente-se triste ou vazio) ou observação feita por outros (Ex.: ele chora muito).</li> <li>2. Interesse ou prazer acentuadamente diminuído por todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicado por relato subjetivo ou observação feita por outros).</li> <li>3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta; diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias.</li> <li>4. Insônia ou hipersonia quase todos os dias.</li> <li>5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outros, não meramente sensações subjetivas de inquietações ou de estar mais lento).</li> <li>6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.</li> <li>7. Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante), quase todos os dias (não meramente auto-recriminação ou culpa por estar doente).</li> <li>8. Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se ou indecisão, quase todos os dias (por relatos subjetivos ou observação feita por outros).</li> </ol> <p>Pensamentos de morte recorrentes (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.</p>	<p>Presença mínima de dois dos sintomas abaixo.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Humor deprimido em um grau anormal para o indivíduo.</li> <li>2. Perda de interesse ou prazer em atividades antes prazerosas.</li> <li>3. Energia diminuída ou fadigabilidade aumentada.</li> </ol> <p>Presença dos sintomas abaixo que, somados aos dois acima, devem resultar em um total de quatro (episódio leve), seis (episódio moderado) ou oito (episódio grave).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perda de confiança ou auto-estima.</li> <li>2. Sentimentos de culpa ou auto-reprovação.</li> <li>3. Pensamentos de morte ou suicídio.</li> <li>4. Alteração na atividade psicomotora (agitação ou lentificação).</li> <li>5. Indecisão ou perda de concentração.</li> <li>6. Alteração do sono.</li> <li>7. Alteração do apetite.</li> </ol> <p>Sintomas psicóticos (alucinações e delírios em pacientes esquizofrênicos) caracterizam episódio depressivo grave.</p>

Fonte: CID – 10 (1997) e DSM – IV (1995)<sup>(6-7)</sup>

É importante ainda lembrar que no diagnóstico das depressões, algumas vezes, o quadro mais típico pode ser mascarado por queixas proeminentes de dor crônica (cefaléia, dores vagas no tórax, abdômen, ombros, região lombar). Com freqüência, a ansiedade está associada. As queixas de caráter hipocondríaco costumam ser muito comuns, principalmente em idosos<sup>(8)</sup>.

A dificuldade em conceituar a depressão deve-se à amplitude desses distúrbios. A origem da depressão situa-se entre os pontos de origem da esquizofrenia e da neurose, havendo muitos graus de sobreposição. Essas variam do quase normal ao quase patológico. Há momentos em que as idéias destrutivas são dominantes na pessoa deprimida<sup>(9)</sup>.

O indivíduo que teve ou tem transtorno depressivo luta contra a angústia que esse provoca, mas também luta contra o preconceito e freqüentemente tenta esconder o que sente. Na sociedade em geral, o transtorno depressivo é visto como fraqueza de caráter, como loucura ou ainda como “frescura”, não sendo compreendida como uma doença.

## **CONTEXTUALIZANDO A ENFERMAGEM NA REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Na segunda metade dos anos 80, teve início o movimento da reforma psiquiátrica, marcado pela noção de desinstitucionalização, seguido pela construção de novas possibilidades terapêuticas e de qualidade de vida para as pessoas portadoras de sofrimento psíquico: novos sujeitos de direito e cidadania<sup>(10)</sup>.

A reforma psiquiátrica brasileira é considerada uma das mais ricas e inovadoras iniciativas contemporâneas de transformação do paradigma psiquiátrico. Propõem-se estratégias variadas, simultâneas e articuladas entre si, nos âmbitos conceitual, assistencial, jurídico, político e cultural.

Trata-se de um projeto de mudanças na relação profissional-cliente, que tem repercussões transformadoras na compreensão da sociedade frente à loucura<sup>(10)</sup>.

O percurso do movimento da reforma psiquiátrica é visto através de marcos fundamentais, tanto do modelo psiquiátrico clássico, quanto das principais correntes. Nesse movimento, a importância conferida à terapêutica das enfermidades dá lugar à promoção da saúde mental, não apenas para um ou outro indivíduo, mas para a comunidade em geral<sup>(11)</sup>. Observam-se mudanças institucionais na organização e oferecimento de serviços especializados; observam-se mudanças nas condutas terapêuticas para os portadores de doença mental tanto na fase aguda da doença como no seu acompanhamento bem como na condição dos casos crônicos; observam-se mudanças no atendimento básico de saúde, incluindo a promoção da saúde e a prevenção do transtorno mental.

Para mudanças das pequenas coisas é sempre necessário transformar todas as coisas tais como a implementação de políticas de saúde<sup>(10)</sup> bem como na formação dos profissionais que atuam nesta área. Foi preciso mudar a Política Nacional de Saúde Mental para desinstitucionalizar, desconstruir e construir no cotidiano das instituições novas formas de lidar com a loucura e com o sofrimento psíquico.

O movimento da reforma não se constitui apenas na desospitalização (redução do número de leitos, do tempo médio de internação hospitalar, do número de altas hospitalares), mas, principalmente, na política do aumento de serviços ambulatoriais, hospitais-dia, centros de convivência além de outros recursos e tecnologias<sup>(9)</sup>.

Como consequência, observam-se transformações também nas mudanças de hábitos, culturas e tecnologias, bem como uma nova ética de cuidado requerendo iniciativas de reformulação do papel dos profissionais<sup>(10)</sup>.

A proposta da reforma psiquiátrica quanto à reformulação do papel dos trabalhadores de saúde vem ao encontro das reflexões sobre o cuidado de enfermagem ao portador de transtorno depressivo. Essa postura fortalece a importância da inserção efetiva do enfermeiro

junto aos portadores de transtorno mental em todos os níveis e especialidades de atenção à saúde.

## **A ENFERMAGEM E O PORTADOR DE TRANSTORNO DEPRESSIVO**

A enfermagem sempre esteve ligada ao sofrimento das pessoas doentes. As pessoas que sofrem precisam de alguém que lhes dê os cuidados necessários para aliviar tal sofrimento<sup>(12)</sup>.

O portador de doença mental sempre esteve presente no cotidiano profissional do enfermeiro, independentemente da sua área de atuação (hospital geral ou especializado, serviço público ou privado, unidade básica de saúde, programa de saúde da família ou clínica particular). Embora se reconheça que o enfermeiro da área de psiquiatria tenha mais experiência, os profissionais de outras áreas precisam estar preparados para identificar, cuidar e orientar o portador de transtorno mental.

A atenção de enfermagem psiquiátrica se oferece em todos os lugares, escolas, comunidades e centros de saúde mental, serviços de assistência gerais e especializados e atendimentos psiquiátricos. Sendo uma parte da enfermagem geral, todos os enfermeiros necessitam de conhecimentos da enfermagem psiquiátrica<sup>(12-14)</sup>.

Na década de 70, já era reconhecido pela enfermagem psiquiátrica<sup>(15)</sup> que a saúde mental é um componente essencial da saúde, um direito humano, o que vem reforçar a idéia de que é um dever do enfermeiro promover a saúde mental das pessoas. Já se reconhecia que assistência na prática de enfermagem, centralizada na doença e no doente hospitalizado, deveria concentrar-se na pessoa com seus comportamentos específicos, os quais significam um grito, um alerta, para sua necessidade de ajuda.

O desempenho do enfermeiro psiquiátrico e as relações interpessoais desse profissional foi estudado tomando por base os diferentes modelos de atenção que determinam

a prática. O autor, apresenta os diferentes modelos de assistência nessa área, discutindo a relação de ajuda, as comunicações interpessoais e o cuidado em saúde mental<sup>(12)</sup>.

O enfermeiro é, ou deveria ser, o profissional de saúde que mais freqüentemente entra em contato com o cliente no atendimento primário de saúde<sup>(1)</sup>. Entretanto, observou-se que enfermeiros, em atividade na rede básica de saúde (atenção primária), não estão preparados para dar a devida atenção ao portador de transtorno mental, apesar de apresentarem médio conhecimento teórico sobre a doença<sup>(16)</sup>.

O enfermeiro é um dos profissionais da saúde que tem contato direto, prolongado e constante com os clientes dos serviços de saúde. Está em posição de identificar os sinais indicativos de depressão, fazer o levantamento das possíveis dificuldades desse portador, realizar os devidos encaminhamentos e atuar terapêuticamente sempre que estiver em interação com o portador de transtorno depressivo.

O trabalho inovador que vários enfermeiros vêm realizando em serviços de saúde mental faz supor que o preparo para o exercício profissional do enfermeiro tem se dado no próprio mercado de trabalho já que, em tese, o ensino de enfermagem ainda não incorporou em suas práticas ações baseadas no novo paradigma contido na atual política de saúde mental<sup>(17)</sup>.

Nessa direção, afirma-se que o principal desafio para a atuação da enfermagem voltada para ações de saúde mental está no ensino, pois a formação ainda se dá, predominantemente, dentro dos hospitais psiquiátricos tradicionais, ou seja, nos manicômios<sup>(18)</sup>.

Em outras palavras, o ensino de enfermagem ainda não incorporou integralmente a nova filosofia da Reforma Psiquiátrica e suas conseqüências e os enfermeiros que atuam na rede não foram devidamente atualizados em seus conhecimentos.

Assim, faz-se necessário o envolvimento dos diversos segmentos da enfermagem (ensino, assistência e pesquisa) para o desenvolvimento efetivo da prática terapêutica da enfermagem aos portadores de transtorno mental.

No que tange à atenção ao portador de transtorno depressivo, algumas reflexões e alertas são importantes para o enfermeiro incorporar às suas ações profissionais.

O planejamento e a implementação do cuidado de enfermagem devem basear-se nas características clínicas que cada portador de transtorno depressivo apresenta, identificadas através da observação constante no relacionamento enfermeiro-cliente.

Em geral, os objetivos para todo cuidado de enfermagem à pessoa deprimida devem estar relacionados ao aumento da auto-estima desse indivíduo e às ações técnicas para atender as suas necessidades.

No relacionamento enfermeiro/pessoa deprimida, a abordagem deve ser tranqüila, sem críticas, de forma amigável, gentil, compreensiva e séria. A paciência é um elemento importante no cuidado a essas pessoas, pois apresentam várias funções prejudicadas (pensamento, sentimentos e ações) e cada movimento ou palavra exige esforço e tempo excessivos. Deve-se demonstrar honestidade, empatia e compaixão<sup>(13)</sup>.

Os clientes deprimidos tendem a permanecer isolados, a verbalizar pouco, a pensar que não merecem ajuda e a formar vínculos de dependência, resistem ao envolvimento, retraindo-se ou deixando de responder às pessoas, em virtude de suas visões negativas. Nem sempre é fácil dar atenção e cuidados a uma pessoa que não responde e se isola. O profissional pode sentir-se irritado, magoar-se com o cliente ou temer a rejeição. Paciência e crença no potencial de cada pessoa para crescer e mudar são sempre necessárias. A comunicação feita calmamente, ainda que leve algum tempo, estimula o cliente a responder.

Deve-se evitar assumir uma posição excessivamente agressiva ou compassiva com a pessoa deprimida. Comentários como “você tem tantos motivos para viver”, “alegre-se – as

coisas vão melhorar”, ou “você não deveria sentir-se tão deprimido” transmitem pouca compreensão e respeito pelos sentimentos do cliente. Esses comentários podem criar mais distância e bloquear um possível vínculo terapêutico.

Da mesma forma, não se deve aderir à autocomiseração do indivíduo, pois a identificação excessiva e subjetiva dos profissionais de saúde pode fazer com que tenham emoções similares às do cliente, de falta de esperança e de desamparo. Isso não os ajuda<sup>(13,19)</sup>.

A melhor forma de estabelecer vínculo com o deprimido é a presença freqüente e interessada, sempre demonstrando apoio e compreensão mesmo que ele fale pouco. A simples presença do profissional indica que ela é vista como uma pessoa de valor. É preciso ajustar-se ao ritmo da pessoa deprimida, falando mais devagar e dando mais tempo para que ela responda. Deve-se chamá-la pelo nome e escutá-la. Estudando os relatos sobre a vida e os interesses dessa pessoa é possível selecionar tópicos que permitam a criação de comunicações que despertem seu interesse.

Em razão da falta de energia, os portadores de depressão sempre precisam da assistência em todos os aspectos da vida diária. É necessário o acompanhamento da equipe de enfermagem ou de familiares no seu domicílio, encorajando, estimulando e apoiando.

Desse modo, deve-se observar: as respostas fisiológicas (alterações do sono, constipação, fadiga); as respostas cognitivas (queixas somáticas, atividade inquieta e sem direção, indecisão, diminuição da concentração e do limite de atenção); as respostas emocionais – ruminação (preocupações constante com os mesmos pensamentos), delírios somáticos, pensamento empobrecido, tristeza, desânimo, raiva, agitação, ressentimento, culpa e menos valia, desespero e impotência; as respostas comportamentais – apatia, higiene pessoal deficiente, retardo psicomotor, baixa motivação, anedonia, queixas e exigências freqüentes; falta de espontaneidade<sup>(13,19-21)</sup>.

No que se refere aos cuidados físicos, o modo mais efetivo de cuidar de uma pessoa deprimida é estabelecer um plano de atividades com horários que inclua banho, penteado, alimentação e atividade física. Quanto mais agudo o quadro de depressão, mais necessários são os cuidados físicos<sup>(13,19)</sup>.

Recomenda-se também a sistematização da assistência para prestação de cuidados de enfermagem. Usa-se uma abordagem de resolução de problemas que passou a ser aceita como a metodologia para o cuidado de enfermagem. A sistematização compõe-se das etapas: (re)avaliação, diagnóstico, identificação de problemas, planejamento, prescrição, implementação ou intervenção e evolução. É um processo contínuo, onde a enfermeira e a pessoa sob seus cuidados devem ter interações dirigidas à modificação das respostas físicas ou comportamentais, atendendo as suas necessidades e melhorando sua qualidade de vida.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A depressão, a exemplo de outras doenças, ao ser diagnosticada e tratada precocemente pode ser resolvida mais rapidamente e causar menos prejuízos pessoais, profissionais e sociais.

Os profissionais de enfermagem, nos diferentes níveis de atenção, não estão preparados para identificar e cuidar das pessoas que apresentam transtornos depressivos. Sabendo disso, aumenta a responsabilidade dos educadores nessa área.

Cada um dos profissionais da saúde tem contribuições a dar na assistência ao deprimido. Um bom trabalho em equipe deve contar com a participação efetiva e constante de todos os profissionais, visando resultados mais eficazes. É tarefa da equipe de saúde reconhecer as manifestações de comportamento do cliente com transtorno depressivo. É responsabilidade e compromisso ético de todo profissional de saúde assistir o indivíduo deprimido com qualidade e eficiência.

A adoção de uma prática que não exclua ações promotoras da saúde mental e atendimento aos casos psiquiátricos precisa estar fundamentado na formação básica do enfermeiro, o que remete à necessidade de coerência entre ensino e prática, contribuindo para a conquista do espaço profissional do enfermeiro e para um desempenho de melhor qualidade.

Concluindo, faz-se necessário sensibilizar o profissional assistencial e o docente sobre a importância da implementação de ações específicas no cuidado de enfermagem ao portador de transtorno mental em todos os tipos de assistência. Os programas de educação em serviço revendo conceitos, abordagens e tratamentos poderão favorecer melhor desempenho do enfermeiro na sua área de competência.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OPAS/OMS. Programa de Salud Mental División de Promoción de Salud. Modelo para la capacitación de la enfermera general en identificación y manejo de los trastornos afectivos. Generalista I, Washington: OPAS; 1999.
2. Montgomery S. Confrontando la depression: Guía el médico. New York (EUA): Pfizer; 1997.
3. Willians A, Strasser PB. Depression in the workplace: impact on employees. AAOHN J 1999; 47(11): 526-39.
4. Dorland: dicionário médico. São Paulo (SP): Roca; 1997.
5. Carvalho AC. Depressão: doença do corpo e da alma. Rev Psicanál Psychê. 2000; 22(50): 39-50.
6. Associação Psiquiátrica Americana (APA) DSM - IV - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1995.
7. CID - 10 - Classificação estatística internacional das doenças e problemas relacionados à saúde. São Paulo (SP): EDUSP; 1997.
8. Lafer B, Almeida OP, Fráguas RJr, Miguel EC. Depressão no ciclo da vida. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 2000.
9. Winnicott DW. O ambiente e os processos de maturação: estudo sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1983.

10. Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2001.
11. Furegato ARF. A conduta humana e a trajetória do ser e do fazer da enfermagem. In: Jorge MSB, Silva WV, Oliveira FB. Saúde mental: da prática asilar ao terceiro milênio. São Paulo (SP): Lemos; 2000.
12. Furegato ARF. Relações interpessoais terapêuticas na enfermagem. Ribeirão Preto (SP): Scala; 1999.
13. Taylor CM. Fundamentos de enfermagem psiquiátrica de Mereness. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1992.
14. Travelbee J. Intervencion en enfermeria psiquiátrica. Carvajal (Colômbia): OPAS/OMS; 1982.
15. Minzoni MA, Alencastre MB, Goulart MCS, Paciencia E, Rodrigues ARF, Silva JN, et al. Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: a busca de uma posição. Enfermagem em Novas Dimensões. 1977; 3(6): 350-5.
16. Silva MCF, Furegato ARF, Lobo MC Jr. Depressão: pontos de vista e conhecimento do enfermeiro da rede básica de saúde. Rev Latino-am Enfermagem. 2003 janeiro-fevereiro; 11(1): 7-13.
17. Barros S. O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem *subjudice*. [Tese] - São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 1996.
18. Fraga MNO. A enfermagem psiquiátrica frente ao processo de desospitalização. In: 50<sup>o</sup> Congresso Brasileiro de Enfermagem; 20 a 25 junho 1998; Salvador, Bahia. Salvador: ABEn Secaf. Bahia; 1998. p.
19. Stuart GW, Laraia MT. Respostas de autoproteção e comportamento suicida. In: Enfermagem Psiquiátrica: princípios e prática. 6 ed. Porto Alegre (RS): Artemd; 2001. p. 417-37.
20. Isaacs A. Saúde mental e enfermagem psiquiátrica: série de estudos em enfermagem. 2. ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 1998.
21. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde – IDS. (BR). Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Manual de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p. 204-5.