

**ASSISTÊNCIA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM PACIENTES COM
DEPRESSÃO ATENDIDOS NO PRONTO SOCORRO**

**Multi professional assistance team in patients with depression help served at
the ready**

Jaiciana Ramos Vieira¹, Luciane B. Ceretta², Magada T. Schwalm³, Valdemira Santana Dagostim⁴, Maria Tereza Soratto⁵

¹Enfermeira Pós-Graduada em Assistência de Enfermagem em Urgência e Emergência – UNESC - Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina - Criciúma – SC - Brasil.

²Doutora em Ciências da Saúde. Mestre em Enfermagem. Coordenadora UNASAU- Unidade Acadêmica de Saúde - Coordenadora Adjunta e Professora do Curso de Enfermagem – UNESC- Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina- Criciúma - SC - Brasil.

³Mestre em Educação. Doutoranda em Ciências da Saúde. Coordenadora e Professora do Curso de Enfermagem da UNESC - Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina- Criciúma – SC - Brasil.

⁴Mestre em Ciências da Saúde - Curso de Enfermagem – UNESC - Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina - Criciúma - SC - Brasil.

⁵Mestre em Educação. Curso de Enfermagem – UNESC - Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina - Criciúma - SC - Brasil.

Endereço para correspondência :

Maria Tereza Soratto, R. Dom Joaquim Domingos de Oliveira, 50. Apt 301. Ed Jatobá. Centro. Criciúma-SC. CEP : 88.801-230.

Email : guiga@engeplus.com.br; guiga@unesc.net

Resumo

O estudo teve como objetivo conhecer como ocorre a assistência aos pacientes com depressão, na emergência hospitalar. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva-exploratória e de campo. Foram entrevistados quatro profissionais da equipe atuante na emergência, sendo um médico, um enfermeiro e dois técnicos de enfermagem. Os dados foram coletados através de entrevista semi-estruturada e analisados a partir da categorização dos dados. Os resultados da pesquisa denotam a falta de capacitação da equipe multiprofissional para a assistência ao paciente com depressão no pronto socorro; sendo que a própria equipe multiprofissional que atua nos serviços de saúde pode estar imbuída de preconceitos e crenças em relação à doença mental e a depressão, o que pode interferir na assistência ao paciente. Considera-se essencial a capacitação da equipe multiprofissional que atua no hospital geral para o acolhimento dos pacientes com depressão e a organização integralizada e em rede do serviço de Saúde Mental, de acordo com os princípios da Política Nacional de Humanização.

Palavras-chave: depressão; assistência; equipe multiprofissional; Acolhimento.

Abstract

The study aimed to understand how the care given to patients with depression, the emergency room. This is a qualitative, descriptive-exploratory and field. We interviewed four professional staff acting in an emergency, being a doctor, a nurse and two nursing technicians. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed from data categorization. The survey results show the lack of training of the multidisciplinary team to care for patients with depression in the emergency room, and that the very multidisciplinary team engaged in health services may be imbued with prejudices and beliefs about mental illness and depression, which can interfere with patient care. It is essential to train multidisciplinary team that operates in a general hospital for the care of patients with depression and the organization paid up and service network of Mental Health, in accordance with the principles of the National Humanization Policy.

Keywords: depression; attendance; team multiprofessional; reception.

INTRODUÇÃO

Os transtornos depressivos são um grave problema de saúde pública, pela alta prevalência na população e grande impacto na morbidade, mortalidade e qualidade de vida dos afetados (Teng e Cezar, 2010; Lopez et al., 2011; Soares e Caponi, 2011; Fleck, 2012; Boing et al., 2012; Silva et al., 2012; Molina et al., 2012; Martin et al., 2012; Oliveira et al., 2012; Takakura e Tung, 2012).

A Organização Mundial de Saúde considera que a depressão é a principal causa de incapacitação em todo o mundo e ocupa o quarto lugar entre as dez principais causas de patologia (Neto e Alves, 2012; Martin et al., 2012; Molina et al., 2012; Oliveira et al., 2012). Em 2020 a depressão poderá ser a segunda maior causa de incapacitação nos países desenvolvidos e a primeira nos países em desenvolvimento. Esta projeção, associada à alta prevalência de sintomas depressivos na população em acompanhamento por conta de doenças, reforça a necessidade da familiarização da equipe multiprofissional com o diagnóstico e tratamento deste problema de saúde pública (Michelon et al., 2008; Oliveira et al., 2012).

Apesar desta projeção, o diagnóstico de depressão costuma ser prejudicado pela presença frequente de comorbidades, pela dificuldade da equipe de saúde em reconhecê-la e pela falta de atenção à saúde mental no sistema de saúde primário (Teng e Cezar, 2010; Molina et al., 2012). Molina et al. (2012) destaca que 50% a 60% dos casos de depressão não são detectados ou não recebem tratamento adequado e específico.

A depressão caracteriza-se por um período mínimo de 2 semanas durante as quais predomina um humor deprimido ou perda de interesse ou prazer por quase todas as atividades, o que é identificado na maior parte das vezes pelo sentimento de tristeza e tendência ao choro. Há também um desinteresse por atividades antes consideradas prazerosas nota-se uma redução no tempo destinado ao trabalho ou atividades rotineiras por desinteresse e/ou por uma sensação de fraqueza, cansaço, falta de energia; o pensamento pode ficar lento e a capacidade de concentração e atenção prejudicadas, o apetite pode estar reduzido ou aumentado, a qualidade do sono fica comprometida, ocorrendo insônia ou hipersônia; pode ocorrer uma

diminuição da atividade motora, com prostração ou situações de inquietação, o conteúdo do pensamento pode alterar-se, ocorrendo idéias de menos-valia, inutilidade, culpa, pessimismo, pensamentos de suicídio e/ou planejamento suicida podem aparecer em quadros mais graves, inclusive com tentativas frustradas de suicídio. Em situações graves de depressão podem ocorrer sintomas psicóticos, com alucinação e delírios. (Michelon et al., 2008; Teng e Cezar, 2010; Louzã Neto, 2010; Lopez et al., 2011; Oliveira et al., 2012; Takakura e Tung, 2012).

A depressão possui aspectos de saúde pública que necessitam do desenvolvimento e da implementação de programas mais específicos para o atendimento do indivíduo de maneira integral (Oliveira et al., 2012).

A depressão esta associada a situações que requerem uma assistência emergencial ao paciente, como ansiedade, pânico, tentativa de suicídio entre outros. Além disso o paciente depressivo pode possuir comorbidades, o que pode suscitar no agravamento do caso e a necessidade de atendimento no Pronto Socorro. Diante da proposta da pesquisa tem-se como objetivo: Identificar como ocorre a assistência da equipe multiprofissional a pacientes com depressão em um hospital de médio porte de um município do extremo sul de Santa Catarina.

MÉTODOS

A abordagem metodológica da pesquisa caracterizou-se como qualitativa, descritiva e de campo. O estudo foi desenvolvido no Pronto Socorro de um hospital de médio porte do extremo sul de Santa Catarina. O hospital pesquisado não possui equipe especializada em saúde mental. Dos quinze (15) integrantes da equipe multiprofissional atuante no Pronto Socorro; quatro (04) aceitaram participar da pesquisa. Realizou-se entrevista semi-estruturada com quatro profissionais da equipe atuante na emergência, sendo um médico, um enfermeiro e dois técnicos de enfermagem. Uma profissional da equipe foi a própria pesquisadora, que não participou da pesquisa. A análise de dados foi realizada a partir da categorização de dados proposta por Minayo (2009).

Para preservar o sigilo decorrente da aplicação das entrevistas realizadas com a equipe de enfermagem, de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras da Res. 196/96 que envolvem pesquisa com Seres Humanos, utilizou-se a palavra “E” para os participantes da pesquisa seguido do respectivo número. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – UNESC – 10222/2012.

RESULTADOS

Em relação ao perfil dos profissionais, todos são do sexo feminino, com faixa etária de 24 anos a 50 anos, tendo como formação um Médico, um Enfermeiro e dois Técnicos de Enfermagem, sendo que o tempo de trabalho dos entrevistados na área da saúde e no setor Pronto Socorro variou de 2 anos a 14 anos. A equipe multiprofissional não possui especialização em Saúde Mental e nem capacitação para a assistência ao paciente depressivo em crise. Não existe equipe especializada para o atendimento de pacientes com depressão e em sofrimento mental no Pronto socorro estudado.

Em relação ao conceito, o profissional E-2 considera a depressão como um “*distúrbio físico, químico e social*” (E2). A depressão é uma doença mental caracterizada pela falta de vontade de viver; conforme descrito na fala de E1: “*É uma doença mental no qual o ser humano fica desanimado, sem força, vontade para seguir a vida*” (E1). O profissional E3 caracteriza a depressão como “*uma doença causada por stress*”.

As crenças e o preconceito na assistência ao paciente depressivo atendidos na emergência foram ressaltados na fala do profissional E4: “*Falta de serviço*” (E4).

Os motivos mais referidos para o atendimento a pacientes com depressão no pronto socorro está relacionado a problemas e brigas entre famílias (E1; E3; E4).

O profissional E1 ressaltou que os motivos de atendimento além de “*brigas entre familiares*” estão relacionados a “*término de relacionamento e dividas*”.

Para o profissional E2 o maior motivo de atendimento é relacionado a “*crise conversiva*”.

Em relação à conduta da equipe no atendimento a pacientes com depressão o profissional E1 ressaltou a importância do diálogo e do acolhimento do paciente e familiares, encaminhando ao serviço especializado; conforme destacado na fala: *“Conversar com os pacientes e familiares, orientar a procura de um psicólogo e tratamento psiquiátrico”* (E1). Ainda segundo o profissional E1 as crenças da equipe multiprofissional interferem na assistência ao paciente com depressão:

“[...] há funcionários que trata depressão como falta do que fazer deixando de fazer um acolhimento adequado a essas pessoas que necessita de atendimento diferenciado” (E1).

De acordo com as profissionais E2; E3 e E4 não é realizado encaminhamento dos pacientes com depressão atendidos no Pronto Socorro a outro serviço de referência em saúde mental.

No atendimento, E1; E2; E3 relatam a utilização de medicação tranqüilizante. Sendo que o profissional E2 tem como conduta pessoal no atendimento ao paciente depressivo: *“consulta, medicação, orientação”*. O profissional E1 encaminha o paciente, se necessário, ao CAPS.

DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa denotam a falta de capacitação da equipe multiprofissional para a assistência ao paciente com depressão no pronto socorro; sendo que a própria equipe multiprofissional que atua nos serviços de saúde pode estar imbuída de preconceitos e crenças em relação à doença mental e a depressão, o que pode interferir na assistência ao paciente.

É fundamental um melhor acesso à informação e educação continuada, principalmente para a equipe multiprofissional, pois a grande maioria acaba tendo a necessidade de abordar os transtornos mentais (Teng e Cezar, 2010).

Soares e Caponi, (2011) descrevem relatos de pacientes que trazem a angústia de estar deprimido e a dificuldade de aceitação do fato por pessoas próximas. Transtornos mentais são estigmatizados em muitas culturas (Ribeiro e Inglez-Dias, 2011). As representações sociais agregam a diferença e a divergência

dos indivíduos em sofrimento psíquico e depressão à incapacidade social e à impossibilidade de estabelecerem trocas sociais (Ramos et al., 2011).

Os motivos para o atendimento a pacientes com depressão no pronto socorro esta associado a conflitos e problemas de relacionamento interpessoal entre familiares e relacionamentos afetivos; dificuldades financeiras; além de crise conversiva.

A crise conversiva é uma resposta do organismo a uma situação de estresse ou de emoção forte e provoca considerável disfunção psíquica, seus principais sintomas estão relacionados a chamar atenção de quem os cercam, um pedido de ajuda (Motta et al., 2007). A crise é uma emergência psiquiátrica, pois a pessoa não consegue resolver o problema com seus mecanismos habituais de enfrentamento. Crise esta relacionada a dificuldade do paciente em resolver um problema, provocando o aumento da ansiedade, sendo considerado um momento crítico, ocasionando, diversas vezes, um desequilíbrio emocional, podendo haver ameaça biológica, psicológica, social, cultural e espiritual (Borges et al., 2012).

Vários são os fatores que podem determinar ou contribuir para o surgimento da depressão no indivíduo: biológicos, genéticos, psicossociais, distorções cognitivas e impotência apreendida ligada à experiência de acontecimentos incontroláveis (Teng e Cezar, 2010; Oliveira et al., 2012; Takakura e Tung, 2012).

De acordo com Kaplan et al. (1997) e Holmes (2001), dentre os fatores ambientais relacionados a depressão, podem-se destacar os aspectos psicológicos e sociais: frustração (amorosa, ideológica), derrotas (políticas, esportivas), recessão econômica (desemprego, subemprego, achatamento salarial), conflitos familiares e sociais (divórcio, brigas familiares, desentendimentos sociais), mudanças adaptativas (emprego, escola, residência, cidade, país), mutações adaptativas (idades, estado civil, gravidez, parto, menopausa, aposentadoria), e estresse (principalmente o estresse mental devido a intensas e repetidas atividades desprazerosas e angustiantes).

Outro fator importante a ser considerado na ocorrência de depressão é a relação do indivíduo com sua família e o funcionamento desta, pelo fato de muitas famílias serem extremamente desestruturadas e com estilos de vidas doentios. Com propriedade, Kaplan et al. (1997) destacam que o grau de psicopatologia na família

pode afetar o índice de recuperação, o retorno dos sintomas e o ajuste pós-recuperação do paciente. Em face disto, verifica-se a vital necessidade de avaliar a vida familiar de um paciente depressivo e abordar quais estresses podem estar relacionados a ela.

Segundo Ribeiro e Inglez-Dias (2011), em estudos realizados em serviços específicos de saúde mental, a demanda calculada não traduz, necessariamente, a demanda que acessou estas unidades hospitalares pelo fato de muitos profissionais não estarem aptos a reconhecer sintomas específicos e efetuem o encaminhamento adequado. Estima-se que apenas um caso de transtorno mental em vinte observados na clínica geral seja encaminhado para médico ou serviços especializados. Isto pode ser corroborado pelo elevado consumo de psicotrópicos prescritos pela população em geral. Transtornos como a depressão, onde com frequência o paciente procura o serviço de saúde reportando sintomas físicos inespecíficos, acabam subdiagnosticados e, conseqüentemente, subtratados. Estima-se que menos de um quarto desses casos sejam diagnosticados e tratados corretamente, comprometendo uma noção mais acurada sobre as reais necessidades desta clientela. Isso reforça a idéia de que profissionais especializados devem estar mais presentes nos serviços gerais de atenção em saúde.

A maioria dos pacientes com transtornos depressivos segue sem diagnóstico ou sem tratamento adequado. Dificuldades diagnósticas como o reconhecimento da bipolaridade em pacientes depressivos e os preconceitos em relação às doenças mentais, devem ser conhecidas e contornadas na prática clínica. (Teng e Cezar, 2010).

Desta forma, constatou-se na pesquisa a necessidade de capacitação para toda a equipe multiprofissional que atende o paciente depressivo em situação de crise em serviço de emergência; desde o momento do acolhimento, como na consulta, alta, internação ou encaminhamento para serviços de referência em saúde mental. Sendo que a equipe deve conhecer toda a estrutura da rede de serviço em saúde mental do município, de forma a tomada de decisão que favoreça o menor risco ao paciente e melhor acompanhamento do caso.

Um serviço de emergência que não se encontra inserido em uma rede de outros serviços tende a se cristalizar como uma referência em si mesmo: a assistência a pacientes essencialmente em crise. Dessa maneira, para onde deverão ir os outros pacientes, aqueles que necessitam de assistência contínua, de suporte, ou os que obtêm alta do hospital e da própria emergência psiquiátrica? (Sousa et al., 2010).

A partir da reforma psiquiátrica, com a ênfase no tratamento extra-hospitalar levou a um aumento do número de pacientes sujeitos a descompensações na comunidade. Nesse contexto, inserem-se os serviços de emergências psiquiátricas, mediante interface entre a comunidade e as instituições de tratamento de saúde mental, oferecendo atendimento rápido e ágil, com vistas a caracterizar diagnósticos clínicos e psicossociais do quadro apresentado pelo paciente. Viabilizam, assim, uma intervenção imediata, e tentam orientar o tipo de tratamento com maior indicação para o caso em médio e longo prazo. A exigência da intervenção imediata e a função decisória de encaminhamento de um caso trazem características próprias ao manejo de situações de emergência, tanto na avaliação do paciente, quanto na conduta proposta ao caso (Sousa et al., 2010).

No Brasil, a política de saúde mental tem como eixos principais a redução de leitos psiquiátricos, o maior controle sobre as internações, a organização de rede de serviços de saúde mental substitutivos e o reconhecimento dos direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais. Tais estratégias configuram uma nova forma de compreender e tratar os transtornos mentais, ainda dependente da estruturação de modelos assistenciais orientados pela perspectiva da integralidade. A política de saúde mental brasileira, baseada nos pressupostos da reforma psiquiátrica, prevê a progressiva substituição dos hospitais psiquiátricos por serviços de caráter extra-hospitalar. (Sousa et al., 2010).

A Reforma Psiquiátrica determina a disseminação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como eixo estratégico do novo modelo. Há um reconhecimento de que o sucesso da reforma dependa da adoção de novas práticas clínicas e terapêuticas. No entanto, ao longo de seu desenvolvimento, o movimento não foi isento de conflitos com associações civis (hospitais, familiares) e de restrições aos mecanismos de desospitalização. Ao longo de sua implementação, a noção de

desospitalização orientada ao ataque ao manicômio ganhou contornos adicionais na forma de redução gradual de leitos psiquiátricos. Este processo passa a combinar o uso de leitos em hospitais gerais e de mecanismos de atenção diária de diversos níveis nos CAPS (Ribeiro e Inglez-Dias, 2011).

A acessibilidade, a diversificação das ações, a existência de profissionais qualificados para atender à demanda em saúde mental, e a responsabilidade com a desmistificação/desconstrução do imaginário social acerca do ser louco e da loucura e da depressão, são outras características de uma rede de atenção articulada. A articulação desses serviços, equipamentos, saberes e práticas, cada um desempenhando adequadamente sua função dentro do contexto da Reforma Psiquiátrica, contribui para o resgate pessoal e social do usuário na rede de atenção, conjuntamente com os profissionais de saúde, a família e a sociedade em geral (Ramos et al., 2011).

Na concepção de Ribeiro e Inglez-Dias (2011), os CAPS deveriam atuar como serviços especializados de referência e a presença de pessoal especializado em Saúde Mental deveria ser fortalecida nos serviços hospitalares, ambulatoriais e comunitários do SUS.

A articulação da rede de atenção à saúde mental relaciona uma série de ações que, de forma contígua, favorece a articulação da rede de atenção, destacando-se: a gestão competente dos recursos destinados à saúde mental, a quantidade suficiente de serviços substitutivos, o número de leitos psiquiátricos condizentes com o preconizado pela Reforma Psiquiátrica brasileira, além do bom funcionamento do sistema de referência e contra referência. (Ramos et al., 2011).

O movimento de desinstitucionalização propõe um novo modelo assistencial, tendo como prioridades a manutenção e a integração do paciente na comunidade. Nessa perspectiva, os Serviços de Emergências Psiquiátricas no Hospital Geral surgem como um dos pilares assistenciais deste contexto de atenção ao doente mental, providos de uma rede de atenção diversificada, descentralizada e integrada à rede de serviços de saúde.

A partir das reflexões sobre a reforma psiquiátrica e a necessidade de uma organização estruturada para a efetividade da proposta, questiona-se a partir dos resultados desta pesquisa, qual o preparo técnico da equipe de enfermagem para o

atendimento dos pacientes com depressão? Até que ponto a rede de atendimento do SUS é norteada pelos princípios da integralidade? A equipe que trabalha na emergência de um hospital geral está preparada técnica, ética e nos princípios do acolhimento e humanização do cuidado para o atendimento do paciente depressivo em crise?

Takakura e Tung (2012) reafirmam que a depressão segue sem diagnóstico ou sem tratamento adequado, sendo necessária a divulgação de informações adequadas e atualizadas sobre o diagnóstico e tratamento da depressão. Os médicos não psiquiatras devem estar aptos a diagnosticar um episódio depressivo, a conduzir um tratamento antidepressivo inicial e a lidar ao menos com uma falha de resposta. Também devem estar aptos a identificar aspectos que indiquem maior complexidade e gravidade, encaminhando tais casos para avaliação psiquiátrica.

Santos (2008) ressalta a importância de conhecer melhor o cliente atendido no pronto socorro e demonstra que ações de enfermagem em Emergência e Pronto Socorro podem e precisam ser pensadas a fim de garantir a integridade da pessoa que sofre psíquica e fisicamente, tendo em vista que cabe ao hospital geral atender as descompensações antes designadas exclusivamente aos serviços manicomiais.

CONCLUSÕES

Constatou-se, através da pesquisa, que a demanda atendida na emergência de pacientes com depressão, não traduz a acessibilidade destes pacientes ao serviço, em decorrência da sub-notificação e/ou a dificuldade de diagnosticar, tratar e acolher estes pacientes em hospital geral.

As dificuldades de assistência ao paciente com depressão na emergência esta relacionada a falta de preparo e capacitação da equipe multiprofissional para o atendimento a estes pacientes em sofrimento mental; além das crenças e preconceitos que envolvem a depressão.

Considera-se essencial o preparo e capacitação da equipe multiprofissional que atua no hospital geral para atender os pacientes em sofrimento mental e com depressão, conhecimento da estrutura da rede de serviços, acolhimento dos

pacientes, orientação e encaminhamento dos casos de forma efetiva. O cuidado terapêutico nestes casos é mais do que o preparo técnico, permeia o cuidado ético e humano.

REFERÊNCIA

Boing AF, Melo GR, Boing AC, Moretti-Pires RO, Peres KG, Peres MA. Associação entre depressão e doenças crônicas: um estudo populacional. Rev. Saúde Pública. 2012 Ago ; 46(4): 617-623.

Borges LR et al. Atendimento à crise psíquica no pronto-socorro: visão de profissionais de enfermagem. Rev. Gaúcha Enferm. 2012 Set ; 33(3): 27-33.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução 196/96. Disponível em <<http://www.ufrgs.br/HCPA/gppg/res19696.htm>.> Acesso em 02 de janeiro. 2012.

Fleck MP. Temas atuais em depressão. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, 2012 . 31 (supl.1): S1-S2 .

Holmes DS. Psicologia dos transtornos mentais. 2^a.ed Porto Alegre: Artmed, 2001. 565 p.

Lopez MRAC et al . Depressão e qualidade de vida em jovens de 18 a 24 anos no sul do Brasil. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul, Porto Alegre, 2011; 33 (2): 103-108.

Louzã Neto MR. Depressão (Transtorno Depressivo), 2010. Disponível em <<http://www.saudemental.net/depressao.htm>.> Acesso em 16 de janeiro de 2012.

Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 7.ed. Porto Alegre : Artes médicas, 1997. 1.169p.

Martin D, Cacozi A, Macedo T, Andreoli SB. Significado da busca de tratamento por mulheres com transtorno depressivo atendidas em serviço de saúde público. Interface (Botucatu). 2012 Dez ; 16(43): 885-899.

Michelon L, Cordeiro Q, Vallada H. Depressão. Revista Brasileira de Medicina, São Paulo, v.65, 2008. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=3944&fase=imprime> Acesso em: 18 de fevereiro de 2012.

Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 28 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009. 108 p.

Molina MRAL et al. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. Rev. psiquiatr. clín.. 2012, 39 (6): 194-197.

Motta GCP, Oliveira CC, Junges M, Unicovsky AR. Paciente com crise conversiva: um estudo de caso. Revista HCPA 2007: 27(Supl1). Disponível em: <www.lume.ufrgs.br> Acesso 13 de fevereiro de 2013.

Neto C, Alves F. A experiência subjetiva com a doença mental: o caso da depressão. *Sociologia, Problemas e Práticas*. 2012, 70: 111-129.

Oliveira MF, Bezerra VP, Silva AO, Alves MSCF, Moreira MASP, Caldas CP. Sintomatologia de depressão autorreferida por idosos que vivem em comunidade. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012 Ago; 17(8): 2191-2198.

Ramos DKR, Guimaraes J, Enders BC. Análise contextual de reinternações frequentes de portador de transtorno mental. *Interface (Botucatu), Botucatu*, jun 2011; 15 (37): . 519-527. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011005000015>.

Ribeiro JM, Inglez-Dias A. Políticas e inovação em atenção à saúde mental: limites ao descolamento do desempenho do SUS. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, Dez. 2011; 16 (12): 4623-4634 .DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300011>.

Santos IP. Avaliação da presença de depressão entre usuários de plantão noturno em unidade de emergência. 2008. [Dissertação - Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica]: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto; 2008. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-27052008-142838/> Acesso em 02 de maio de 2012.

Silva ER, Sousa ARP, Ferreira LB, Peixoto HM. Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: subsídio ao cuidado de enfermagem. *Rev. esc. enferm. USP* . 2012 Dez ; 46(6): 1387-1393.

Soares GB, Caponi S. Depressão em pauta: um estudo sobre o discurso da mídia no processo de medicalização da vida. *Interface (Botucatu)* 2011 Jun; 15(37): 437-446.

Sousa FSP, Silva CAF, Oliveira EN. Serviço de Emergência Psiquiátrica em hospital geral: estudo retrospectivo. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, 2010; 44(3): 796-802.

Takakura TY, Tung TC. Depressão. *RBM* Dez 2012; 69: (12):59-73.

Teng CT, Cezar LTS. Depressão. *Revista Brasileira de Medicina*, São Paulo, v. 67, 2010. Disponível em <http://www.moreirajr.com.br/revista.asp?fase=roo3&idmateria=4526>. >Acesso 14 de fevereiro de 2012.