

QUATRO ENFOQUES DA DEPRESSÃO FOUR APPROACHES TO DEPRESSION

Aldo Vannucchi¹, Ana Maria Cortez Vannucchi²

A depressão é a principal causa de incapacidade (medida por anos vividos com incapacidade) e a quarta causa da carga global de doenças em todo o mundo, segundo a Organização Mundial da Saúde.¹

É uma enfermidade crônica e de alto custo socioeconômico, pois, além da alta prevalência (cerca de 20% na população geral), acarreta incapacidade e prejuízo no funcionamento global do indivíduo, aumenta o risco de desenvolvimento de doenças de alta mortalidade (cardiovasculares, por exemplo) e é a principal causa de suicídios.²

Embora, frequentemente, a depressão seja chamada de “mal do século”, podemos encontrar descrições de sintomas depressivos que remontam à Grécia Antiga, época na qual o conceito de depressão ainda não existia e o termo usado era melancolia (oriundo da teoria da bilis negra).

Desde então, o tema vem sendo estudado e analisado sob diversas perspectivas, sem que se tenha chegado a exaurir, totalmente, a questão.

Diante disso, apresentamos aqui breves reflexões sobre depressão, visando a examiná-la a partir de quatro focos: a Etimologia, a Filosofia, a Teologia e a Prática Clínica.

I. É ilustrativo começar essa reflexão pela etimologia da palavra “depressão”, composta de um prefixo e um substantivo. O prefixo “de” indica movimento de cima para baixo, e “pressão” vem do verbo latino “prêmere”, que significa “premer”, “apertar como um peso”.

Pressão faz parte do nosso vocabulário habitual. Muitas vezes, ela se insere de forma positiva, como em “expressão” e “impressão”; outras vezes, bem negativamente, como em “opressão” e “compressão”.

Em “depressão”, a palavra “pressão”, em si, não é nem positiva nem negativa. Veja-se, por exemplo, a depressão, de sentido físico, apontada por sinal de trânsito. É uma cavidade de pouca profundidade na via, sugerindo atenção do motorista. Assim também, no sentido moral, a pressão não vem nem de cima nem de baixo. Não vem de força externa. Vem de dentro da pessoa, como, aliás, a nossa pressão arterial. Na depressão de sentido moral, o que se tem é um peso, um aperto, uma angústia, em que a própria pessoa se pressiona para baixo, sentindo-se na aridez de um deserto, no vazio, na fossa e, no limite máximo, num inferno.

II. A Filosofia também oferece excelentes subsídios ao estudo da depressão. Na Filosofia antiga, um ponto de partida pode ser a definição que o velho Aristóteles dá do ser humano como o animal do logos ou o animal lógico (*zoonlógikon*). *Logos* é termo grego de vários significados, mas, basicamente, merecem destaque três sentidos: *logos* é razão (daí a outra definição como animal racional), palavra (daí a definição também como animal social ou político) e luz. Por isso, nessa visão aristotélica, a pessoa deprimida é quem está abdicando ou se privando do *logos*, ou seja, da própria razão, deixa de ser razoável. Está totalmente entregue ao silêncio, recusando o *logos*, a palavra, deixando de se comunicar. E sente-se presa no escuro, sem luz nos olhos, reclusa, seja no espaço ínfimo de um quarto seja na amplidão de um banco de jardim.

Um passo à frente foi dado, no século XIII, quando a Escolástica assumiu e aperfeiçoou a conceituação de Aristóteles, vendo na individualidade humana, mais do que um animal racional, uma Pessoa. Esse termo “Pessoa” veio de *persona* que, no mundo romano, era o objeto, com uma fenda sobre os lábios, que fazia ressoar a voz do ator em cena. Era a máscara do teatro antigo. Com o tempo, passou a denotar a própria personagem, ou seja, a pessoa representada e, a seguir, todo e qualquer ser humano.

Apesar dessa contribuição tomista, tem-se, hoje, como insuficiente a antropologia aristotélica. Embora assumida e ajeitada ao teocentrismo da Idade Média, ela esquece a historicidade do ser humano, intrinsecamente ligada à sensibilidade, à emotividade, à afetividade e à imaginação.

A Filosofia Moderna, em posição totalmente antropocêntrica, busca suprir essa deficiência, como se pode ver em três concepções bem representativas: a marxista, a existencialista e a personalista.

O pensamento antropológico marxista é de base materialista e dialética. É materialista, porque vê o espírito como mero produto de um órgão material, o cérebro, sendo o pensamento o resultado mais alto da evolução da matéria orgânica. É também dialético, porque para ele tudo se explica pelo choque de forças contrárias, no universo físico e na sociedade humana. Tudo se faz com tese (afirmação), antítese (a negação) e síntese (a negação da negação). Exemplo bem simples: a semente (tese) se desfaz na terra (antítese) para se tornar uma planta (síntese). Uma vez estabelecida, a síntese se torna tese, que, por sua vez, vai provocar uma antítese e assim por diante. Na vida humana, individual e social, passa-se o mesmo. Daí a luta do marxismo contra a alienação humana, ou seja, contra tudo o que impede o homem de ser o que deve ser, como o trabalho escravo, o fetichismo do dinheiro, a coisificação do trabalhador, o endeusamento da propriedade privada, a mistificação religiosa.

Se o Marxismo tende a unir doutrina com ação, chegando a uma plataforma revolucionária de massas, o Existencialismo tem sua força e fraqueza na preocupação obsessiva pelo eu existencial. Nele tudo converge para a situação concreta do ser humano vivo e responsável: sua contingência, sua finitude, sua solidão, sua marcha para a morte. Essa corrente filosófica não busca definição de ideias nem propõe normas de conduta individual. Fixa-se na realidade vivida por cada um neste mundo, na sua situação individual, nesse seu corpo, na secreta intimidade de cada eu. É a filosofia do existente concreto e não dos conceitos. Mais do que os temas gerais, como a vida, a morte, a liberdade, focaliza o fato existencial: eu vivo, eu morrerei, eu sou livre. Para o Existencialismo, o homem não é bem um ser; é um poder-ser, porque, a todo momento, em cada situação, ele se cria a si mesmo, livremente, enquanto todos os outros seres (objetos, vegetais e animais) são predeterminados e fixados na sua essência.

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 14, n. 4, p. 169 - 172, 2012

1. Mestre em Filosofia e Teologia.

2. Médica psiquiatra, mestre em Saúde Coletiva.

Recebido em 21/9/2012. Aceito para publicação em 4/10/2012.

Contato: aldo.vannucchi@uniso.br

Coexistindo e dialogando com o Marxismo e o Existencialismo, o Personalismo trabalha o primado da pessoa humana, livre, criadora e imprevisível, com visão espiritualista (oposta ao Marxismo) e essencialista (oposta ao Existencialismo). Enquanto as coisas, os vegetais e os animais estão fixados no que são, o ser humano é de uma natureza que pode e deve ser mais e melhor do que é personalizando-se. O Personalismo pode ser resumido nas seguintes teses: 1) A pessoa não vive sem a matéria, mas pode transcendê-la. No mundo material, reina a exclusão (um espaço não pode ser ocupado duas vezes, ao mesmo tempo), enquanto a pessoa, no mesmo movimento que a faz ser, expõe-se. 2) O eu não existe sem o tu. 3) A vida pessoal em plenitude só se atinge unificando o mundo objetivo com a própria interioridade, no esforço contínuo de conversão íntima, que nada tem a ver com egocentrismo. 4) Ser é afirmar-se em atos e opções. Lembre-se a palavra grega mais próxima do conceito de pessoa: “prósopon” = aquele que olha de frente. 5) Com essa capacidade de afrontamento, desfrutamos da liberdade condicionada pelas situações concretas, liberdade limitada pelo ser particular, limitado de cada um, e liberdade limitada pelo mundo que nos precede e nos situa. 6) Como ser produtor, autoafirmativo, a pessoa tende sempre para valores personalizantes, em busca do Absoluto. 7) Mais do que impulso vital, utilitarista, a ação é essencial ao ser humano. A vida é compromisso pessoal e social.

Nota 1. Em Aristóteles, destaca-se o primado da Razão; na pessoa em depressão, tudo perde sua Razão de ser.

Nota 2. Na Escolástica, a descoberta da Pessoa; na depressão, o paciente é uma pessoa angustiada, infeliz, mas sempre uma pessoa sequiosa de uma vida com sentido.

Nota 3. Na Filosofia Moderna, vale destacar os conceitos-chave (alienação, situação existencial, personalização); na depressão, o alheamento, a perda de interesses, a desestima pessoal.

Nota 4. Esta brevíssima apresentação de enfoques filosóficos que podem ser úteis na análise da depressão, não pretende, de forma alguma, propor apoio às ideias defendidas no livro “Mais Platão, menos Prozac”. Para nós, não é verdade que a depressão se cura, apenas, com mais Filosofia e menos Farmacologia. Não existe esse automatismo.

III. A Teologia, é, literalmente, a ciência de Deus. Falamos aqui de uma teologia basicamente cristã, que se esforça por sintetizar todos os elementos do cristianismo, para responder às questões e aos problemas do ser humano. Fundamentada na pessoa de Jesus Cristo, ela oferece perspectivas luminosas para o estudo da depressão. Veremos aqui algumas.

1. A fé cristã não aceita o culpismo. Por outras palavras, não é cristã a ideia de que a depressão é um sofrimento merecido, inevitável. Lembrem-se as palavras de Cristo: “Pai, livra-me desta hora de sofrimento” (João 12, 27); “Afasta de mim este cálice de sofrimento” (Mateus 26, 39).

2. Cristo nunca ensinou que se deve gostar de sofrer. Pelo contrário, está sempre a repelir a doença, confortando e curando as pessoas. “Saía dele uma força que curava a todos” (Lucas 6, 19). “Eu sou a ressurreição e a vida” (João 11, 25).

3. Evangelho é termo grego que significa Boa Nova. Jesus Cristo anuncia um mundo novo e a novidade não é que desaparecerão as doenças, mas que elas são superáveis: “No mundo vocês vão ter sofrimento (Em latim está: “*in mundo pressuram habebitis*”. “*Pressura*” é pressão!), mas tenham coragem. Eu venci o mundo” (João 16, 33).

4. Doentes neurológicos tiveram especial cuidado de Jesus. O Evangelho cita epiléticos, lunáticos e pessoas

“atormentadas por espíritos maus” (Lucas 6, 17).

5. A fé cristã se define pela referência a Jesus Cristo. Quando se pensa em doença, há dois enfoques diferentes entre as pessoas religiosas: uns privilegiam o ângulo da cruz (paixão e morte de Jesus - vítima); outros privilegiam a perspectiva da superação da dor pela fé (a ressurreição de Jesus - vencedor).

6. O cristão autêntico não vive em situação dicotômica: Deus lá, eu aqui (“Eu estou com vocês todos os dias” - Mateus 28, 20); meu corpo limitado, minha alma superior (“Quando os olhos de vocês são bons, todo o seu corpo fica cheio de luz” - Lucas 11, 34); o mundo de um lado, eu de outro (“Não peço, ó Pai, que os tire do mundo, mas que os guarde do mal” - João 17, 15); aqui na terra, um vale de lágrimas; no céu, só alegria (“Que a paz esteja com vocês” - João 20, 26).

7. O Evangelho, como Boa Nova que é, não promete ausência de tristezas na vida, mas com as curas que faz, Cristo está sinalizando uma nova ordem no nosso mundo interior e exterior, pautada pela fé: “Vocês agora estão tristes, mas eu os verei novamente e vocês ficarão cheios de alegria, e ninguém poderá tirar de vocês essa alegria” - João 16, 22).

Nota 1. Palavra de Santo Agostinho: “Tristeza é como esterco. Posto em lugar impróprio, torna imunda a casa; colocado, porém, no lugar devido, traz fecundidade à terra” (Sermão 254).

Nota 2. Palavra de Jung: “Precisamos ler a Bíblia para entender a Psicologia”.

IV. Prática Clínica

Embora a prevalência da depressão seja alta e os impactos negativos no funcionamento dos indivíduos deprimidos estejam bem estabelecidos, é alto o número de pacientes não diagnosticados e não tratados.

O diagnóstico do transtorno depressivo é um desafio não somente para os clínicos, mas também para os próprios psiquiatras e pesquisadores, que buscam a forma mais adequada para sua classificação nosográfica.

Segundo o *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*, DSM-IV (2000), para o diagnóstico de depressão maior, deve-se observar, obrigatoriamente: humor deprimido e/ou perda de interesse ou prazer (anedonia), por pelo menos duas semanas.³

No mesmo período, também devem estar presentes cinco ou mais dos seguintes sintomas:

1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase diariamente;
2. Interesse ou prazer acentuadamente diminuídos por todas ou quase todas as atividades, na maior parte do dia;
3. Perda ou ganho significativo de peso, sem estar em dieta, ou diminuição ou aumento do apetite, quase todos os dias.
4. Insônia ou hipersonia;
5. Agitação ou retardo psicomotor;
6. Fadiga ou perda de energia;
7. Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada;
8. Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão;
9. Pensamentos de morte recorrentes, ideação suicida recorrente, sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

Apesar de estarem estabelecidos tais critérios diagnósticos, diferente de outras doenças (principalmente as não psiquiátricas), a depressão tem uma apresentação clínica variável (humor deprimido e anedonia são os únicos critérios

presentes em todos os casos), sua história natural e prognóstico são difíceis de prever em nível individual e sua (s) causa (s) e resposta ao tratamento estão mais relacionadas ao indivíduo do que à condição clínica em si.⁴

Essa é uma questão relevante já que, cada vez mais tem sido preconizado, inclusive nos países desenvolvidos, que médicos generalistas sejam capazes de realizar o diagnóstico e iniciar o tratamento de quadros depressivos, referenciando ao especialista apenas os quadros clínicos graves e/ou resistentes ao tratamento.⁵

Esta prática é de fundamental importância, pois estudos recentes confirmam taxas mais altas de mortalidade em pessoas deprimidas, sendo as doenças cardiovasculares a principal causa de morte.^{6,7}

A evidência é mais consistente ao se avaliar a associação entre depressão e eventos cardiovasculares não fatais (infarto do miocárdio e doença arterial coronariana). Esta associação é bidirecional: indivíduos com depressão têm maior incidência de doenças cardiovasculares e indivíduos com doença cardiovascular (eventos agudos, principalmente) têm maior incidência de depressão.

A associação entre transtornos depressivos e a incidência de eventos cardiovasculares é mediada por diversos fatores como: desigualdade social e pobreza,⁸ dificuldade no acesso aos serviços de saúde,⁶ menor adesão aos tratamentos de saúde,⁹ alterações biológicas,¹⁰ efeitos colaterais da medicação psiquiátrica,¹¹ pior estilo de vida, frequência significativamente maior do uso do tabaco e inatividade física.¹²

Além da associação com as doenças cardiovasculares, a prevalência da depressão entre pacientes com doenças físicas é muito grande, com percentuais que chegam até 70% em algumas situações.¹³

Na oncologia, por exemplo, o transtorno depressivo maior tem uma frequência que ultrapassa os 38%,¹⁴ aumentando o risco em três vezes para a não adesão ao tratamento.¹⁵

De cada três pacientes com doença renal terminal,¹ apresenta transtorno depressivo concomitante, que, em geral, não é diagnosticado, aumentando a mortalidade e o risco de suicídio nessa população.¹⁶

Dentre as doenças infecciosas, podemos apontar a hepatite C e a infecção pelo HIV, como agravos fortemente relacionados à depressão.¹⁷ Na endocrinologia, destacam-se a Síndrome de Cushing, tireoidopatias, paratireoidopatias e Diabete Melito.¹⁸

Das doenças reumáticas, é importante lembrar o Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) e a artrite reumatóide, cujos portadores apresentam uma prevalência de depressão de até 50% e 25%, respectivamente.¹⁵

É relevante também a associação de quadros depressivos com doenças gastrointestinais (úlceras duodenais e doenças inflamatórias, por exemplo) e neurológicas, como epilepsia, esclerose múltipla, traumatismo cranioencefálico, entre várias outras.¹⁵

Em todos os casos de associação da depressão com doenças físicas, há piora do sofrimento do indivíduo, do prognóstico e da utilização dos serviços de saúde, evidenciando o quanto a depressão permeia a prática clínica dos médicos em geral, trazendo muitos desafios para sua correta abordagem.

Embora haja consenso de que a atenção à saúde mental deve ser inerente a qualquer prática de saúde e de que deve estar contemplada em todos os níveis de um sistema de saúde, mais de 75% das pessoas que vivem em países de baixa e média-

baixa renda, que precisam de atendimento em saúde mental, não o conseguem.¹⁹

Isso é consequência de vários fatores. Um deles é a carência de recursos para a saúde mental, somada à má gestão desses recursos e baixo investimento no setor. Para se ter uma ideia, os dados apontam que o Brasil investiu cerca de 2,5% do orçamento federal da saúde na Política de Saúde Mental, nos últimos anos. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de 61,5% dos países da região europeia gastam mais do que 5% do orçamento da saúde na área.²⁰

Esse cenário, porém, também é consequência da formação dos profissionais de saúde, contribuindo para a dificuldade do acesso dos usuários ao cuidado em saúde mental.

Para Feuerwerker,²¹ a formação desses profissionais tem ocorrido segundo critérios privados e globalizados, conforme a oferta de serviços e não de acordo com a lógica pública, e da demanda local da população atendida. Além disso, para a autora, as instituições formadoras têm perpetuado modelos essencialmente conservadores, centrados em aparelhos e sistemas orgânicos e tecnologias altamente especializadas, dependentes de procedimentos e equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico.

Essa situação é clara com relação à formação em saúde mental de médicos e enfermeiros, durante a graduação e a pós-graduação. Observa-se, frequentemente, que a carga horária destinada ao tema é insuficiente e predominantemente focada no modelo biomédico e nos aspectos teóricos, referentes aos transtornos mentais, em detrimento das habilidades práticas com supervisão adequada.²²

Para Amarante,²³ a formação dos trabalhadores de saúde para o cuidado em saúde mental precisa contemplar outras histórias epistemológicas, agregando saberes que tratam do humano, da subjetividade, das relações sociais, como, por exemplo, a filosofia, a antropologia, e até mesmo a literatura.

As diretrizes curriculares atuais reforçam a necessidade de planejar o currículo das escolas de medicina, considerando muitos aspectos da formação que não são preconizados pelo modelo de ensino tradicional. Entre as recomendações, nota-se grande preocupação com o alargamento da visão do médico, estendendo-se das questões biomédicas, tradicionalmente aprendidas na graduação, à complexidade das situações de doença e a prática humanizada da medicina.²⁴

Sendo assim, constatamos que, embora seja bastante desafiador proporcionar o cuidado adequado, integral e acessível de grande parte dos usuários do nosso sistema de saúde, também se observa cada vez mais estudos que apontam para essa necessidade, seja enfocando os aspectos clínicos da depressão, seja tratando da gestão dos recursos para esse fim, seja ainda para incentivar para uma formação médica que contemple a temática em suas matrizes curriculares.

V. Considerações finais

Pretendemos demonstrar com esse artigo, que a depressão está extensivamente ligada à condição humana e assim se explica por que tem sido abordada, há muitos séculos, por diversas áreas do conhecimento humano, além da medicina, como a filosofia e a teologia.

Por outro lado, apesar da contribuição dessas e outras vertentes, permanece sendo um tema que desafia qualquer abordagem, tanto em termos teóricos como em termos práticos.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Mental health: depression [Internet]. Washington: WHO; 2012 [acesso em 14 set. 2011]. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/management/depression/en/.
2. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States results from the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1994; 51:8-19.
3. Jorge MR. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-IV-TR. 4ª ed. rev. Porto Alegre: Artmed; 2000.
4. Branco BM, Fernandes FN, Powell VMB, Quarantini LC, Miranda-Scippa AMA, Lacerda ALT. Depressão: considerações diagnósticas e epidemiológicas. In: Lacerda ALT, Quarantini LC, Miranda-Scippa AMA, Porto JA, et al. Depressão: do neurônio ao funcionamento social. Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 13-26.
5. Thornicroft G, Tansella M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care. *Br J Psychiatry*. 2004; 185:283-90.
6. Laursen TM, Munk-Olsen T, Agerbo E, Gasse C, Mortensen PB. Somatic hospital contacts, invasive cardiac procedures and mortality from heart disease in patients with severe mental disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2009; 7:713-20.
7. Grigoletti L, Perini G, Rossi A, Biggeri A, Barbui C, Tansella M, Amaddeo F. Mortality and cause of death among psychiatric patients: a 20-year case-register study in an area with a community-based system of care. *Psychol Med*. 2009; 39:1875-84.
8. Lund C, Breen A, Flisher AJ, Kakuna R, Corrigal J, Joska JA, et al. Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: a systematic review. *Soc Sci Med*. 2010; 71:517-28.
9. DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for compliance with medical treatment. *Arch Intern Med*. 2000; 160:2101-7.
10. Vreeburg SA, Hoogendijk WJG, Van Pelt J, DeRijk RH, Verhagen JCM, Van Dyck R, et al. Major depressive disorder and hypothalamic-pituitary-adrenal axis activity. *Arch Gen Psychiatry*. 2009; 6:617-26.
11. Smits JAJ, Rosenfield D, Mather AA, Tart CD, Henriksen C, Sareen J. Psychotropic medication use mediates the relationship between mood and anxiety disorders and obesity: findings from a nationally representative sample. *J Psychiatric Res*. 2010; 44:1010-6.
12. Strine TW, Mokdad AH, Dube SR, Balluz LS, Gonzalez O, Berry JT, et al. The association of depression and anxiety with obesity and unhealthy behaviors among community-dwelling US adults. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008; 30:127-37.
13. Trask PC, Esper P, Riba M, Redman B. Psychiatric side effects of interferon therapy: prevalence, proposed mechanisms, and future directions. *J Clin Oncol*. 2000; 18:2316-26.
14. Massie MJ. Prevalence of depression in patients with cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 2004; 32:57-71.
15. Quarantini LC, Almeida ACGO, Melo ACML, Mariyama TS, Meleiro A, Marinho V, et al. Depressão e doenças físicas. In: Lacerda ALT, Quarantini LC, Miranda-Scippa AMA, Porto JA, et al. Depressão: do neurônio ao funcionamento social. Porto Alegre: Artmed; 2009. p.99-122.
16. Drayer RA, Piraino B, Reynolds CF 3rd, Houck PR, Mazumdar S, Bernardini J, et al. Characteristics of depression in hemodialysis patients: symptoms, quality of life and mortality risk. *Gen Hosp Psychiatry*. 2006; 28:306-12.
17. Quarantini LC, Bressan RA, Galvão A, Batista-Neves S, Paraná R, Miranda-Scippa A. Incidence of psychiatric side effects during pegylated interferon- alpha retreatment in nonresponder hepatitis C virus-infected patients. *Liver Int*. 2007; 8:1098-102.
18. Pies RW. The diagnosis and treatment of subclinical hypothyroid states in depressed patients. *Gen Hosp Psychiatry*. 1997; 5:344-54.
19. Organización Mundial de la Salud. mhGAP Programa de Acción para Superar las Brechas em Salud Mental. Mejora y ampliación de la atención de los transtornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. Ginebra: OMS; 2008.
20. Gonçalves RW, Vieira FS, Delgado PG. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. *Rev Saúde Pública*. 2012; 1:51-8.
21. Feuerwerker LCM. Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados. São Paulo: Hucitec; 2002.
22. Pereira AA. Propuesta educativa em salud mental para medicos y enfermeros de la atencion primaria em Sobral, CE, Brasil. [dissertação]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Publica de Cuba; 2006.
23. Amarante P. Saúde Mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
24. Kertzman NT. O Ensino de humanidades na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo [tese]. São Paulo. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; 2008.